NKS OLAVIKEN
ALDERSPSYKIATRISKE SYKEHUS

Utviklingsplan 2035

SAMMENDRAG

NKS Olaviken driver den eneste alderspsykiatriske spesialistpoliklinikken og er størst innen fagområdet alderspsykiatri i felles opptaksområdet med Helse Bergen. Vi er en aktiv pådriver for utvikling av et felles bærekraftig alderspsykiatrisk fagmiljø. Vi er i førersetet i forhold til tjenesteinnovasjon for å skape et «utadvendt sykehus» og bringe spesialistkompetanse ut til pasientene.

Vi skal i økende grad bringe den høyt spesialiserte alderspsykiatriske kompetansen ut til pasientene i kommunene og DPS, heller enn at veksten i behov av alderspsykiatriske tjenester løses med flere senger og flytting av eldre og svært syke pasienter mellom helsetjenestenivåer.
Vi skal differensiere tjenester for å i større grad kunne møte behov knyttet mot den enkelte pasient.
Vi skal øke samhandlingen mot andre deler av spesialisthelsetjenesten og herunder koordinere det samlede alderspsykiatriske spesialisttilbudet i felles opptaksområde («rett pasient på rett sted til rett tid»).

NKS OLAVIKEN
ALDERSPSYKIATRISKE SYKEHUS

Innhold

Utviklingsplan 2035 0
1. Innledning 3
1.2 Gjennomføring av prosjektet 3
2. Nåsituasjon 3
2.1 Pasientens helsetjeneste 3
2.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, kvalitet og pasientopplæring 4
2.3 Oppgavedeling og samhandling 7
2.4 Organisering og ledelse 8
2.5 Bemanning og kompetanse 9
2.6 Forskning og innovasjon 10
2.7 Økonomi 10
2.8 Teknologi og utstyr 12
2.9 Dagens bygg og tomtearealer– tilstand og muligheter 12
3. Overordnede strategier og føringer 13
3.1 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 13
3.2 Helse2035 og tilhørende tiltaksplan 13
3.3 NKS Olaviken – Strategiplan 2021-2024 14
4. Utviklingstrekk 14
4.1 Demografi og sykdomsutvikling 14
Med økende antall eldre forventer vi en økning i gruppen med kompleks sykdomsbilde med somatikk, psykiatri og kognitiv svikt, og dermed også behov for alderspsykiatriske tjenester. ... 14
4.2 Endringsfaktorer 15
4.3 Regjeringens nye modell for framskrivninger 16
4.4 Kapasitet - Alderspsykiatri i opptaksområdet 16
5. Analyse og veivalg 17
5.1 Veivalg mot 2035 17
5.2 Spesielle vurderinger i forhold til øyeblikkelig hjelp-tilbud 19
5.3 Overordnet mål mot 2035 19
6. Målbilde, tiltak og organisering for pasientens helsetjeneste 19
6.1. Utnyttelse av felles ressurs i felles opptaksområde 19
6.2 Kommunene er fremdeles den sentrale aktøren i fht vår målgruppe 20
6.3 Endringsdyktig organisasjon som tilpasser seg aktuelle endringsfaktorer 20
6.4 Olaviken vil også i fremtiden ha dyktige medarbeidere, sunn husholdning og innovativ utvikling 21

1. Innledning

NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus er et spesialisthelsetjenestetilbud innen psykisk helsevern og med driftsavtale med Helse-Vest RHF siden 2004. Vårt oppdragsområde dekker Helse Bergen sitt opptaksområde og deler av Sogn og Fjordane og Rogaland. Vi gir tilbud om utredning og behandling til mennesker med alderspsykiatriske lidelser og demenssykdommer, og har egen døgnavdeling på Askøy og poliklinikk ved Haraldsplass diakonale sykehus. I tillegg driver vi nevropsykiatrisk spesialsykehjem for mennesker med Huntington sykdom.

NKS Olavikens sentrale styringsdokument er pt. Strategi- og handlingsplan 2021-2024. Nasjonal helse- og sykehusplan forutsetter at alle helseforetak skal utarbeide utviklingsplaner, med tidshorisont mot 2035. Grunnlaget for slik utviklingsplan for NKS Olaviken ligger i nevnte strategiplan og ulike eksterne styringsdokumenter og føringer. Et av flere sentrale grunnlagsdokumenter vil også være rapporten «Samhandling om eldre pasienter med sammensatte lidelser» (mars 2021, utarbeidet av arbeidsgruppe sammensatt av ledere og fagfolk fra HDS, HBE og NKS Olaviken). Utviklingsplan 2035 inkluderer ikke nevropsykiatrisk seksjon Huntington, men kun spesialisthelsetjenestedelen av virksomheten.

1.2 Gjennomføring av prosjektet

Se vedlegg 1: Prosjektplan NKS Olaviken utviklingsplan 2035.

2. Nåsituasjon

2.1 Pasientens helsetjeneste

NKS Olaviken legger vekt på at tjenestene er innrettet etter pasientenes behov, med gode pasientforløp, helhetlig behandling og godt samarbeid med pårørende, fastleger, kommuner og øvrig spesialisthelsetjeneste. Det arbeides kontinuerlig med kvalitetsutvikling og pasientsikkerhet, med blant annet forbedringsprosjekter knyttet til kvalitetssikring av pasientens legemiddelliste og bruk av behandlingsplaner i miljøterapeutisk arbeid. Et av de styrende prinsippene i de to siste strategiplanene har vært å utvikle tjenester slik at det blir minst mulig behov for å flytte eldre og sårbare pasienter unødvendig, med tilhørende satsning i ambulant virksomhet. Fra 2021 har vi startet prøveprosjekt med «Intensivt ambulant team» (IAT), med mål om å tilby raske vurderinger og helsehjelp til pasienter som bor i kommunale institusjoner.

2.1.1. Brukermedvirkning

NKS Olaviken har gjennom flere år hatt et aktivt Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (KOP), med brukerrepresentanter. Det legges til rette for å sikre brukermedvirkning i forskning og annet utviklingsarbeid. Brukerrepresentanter kan også spille inn temaer som de, etter eget initiativ eller etter forespørsel fra pasienter/pårørende, ønsker å sette på sakslisten til KOP.

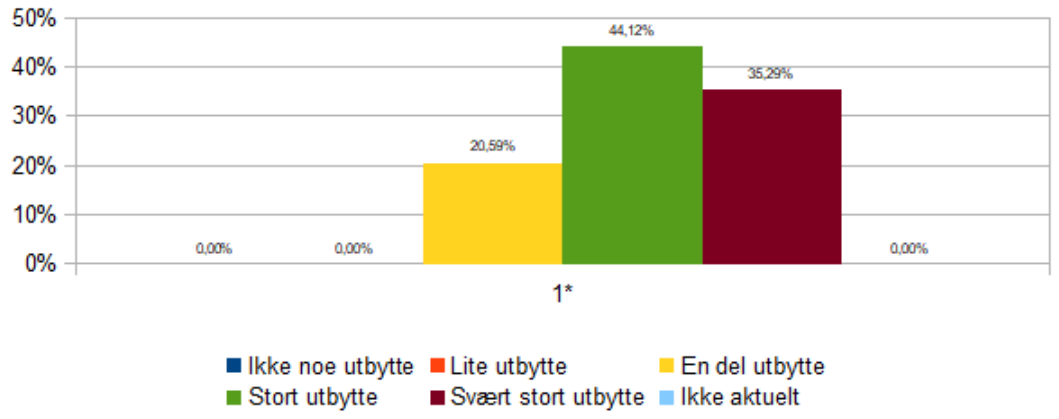
Våre forløpsbeskrivelser for utredning og behandling av pasienter omfatter også brukermedvirkning, slik at alle pasienter (og/ eller deres pårørende) får tilstrekkelig informasjon om tilstanden og alternativer for utredning og behandling, og skal kunne medvirke i utforming av sin utredning/ behandling. Brukermedvirkning er ett av kvalitetsindikatorene som sjekkes kvartalsvis i tilfeldige pasientjournaler, eksempelvis i notat om første konsultasjon eller innkomstsamtale.

2.1.2 Brukertilfredshet

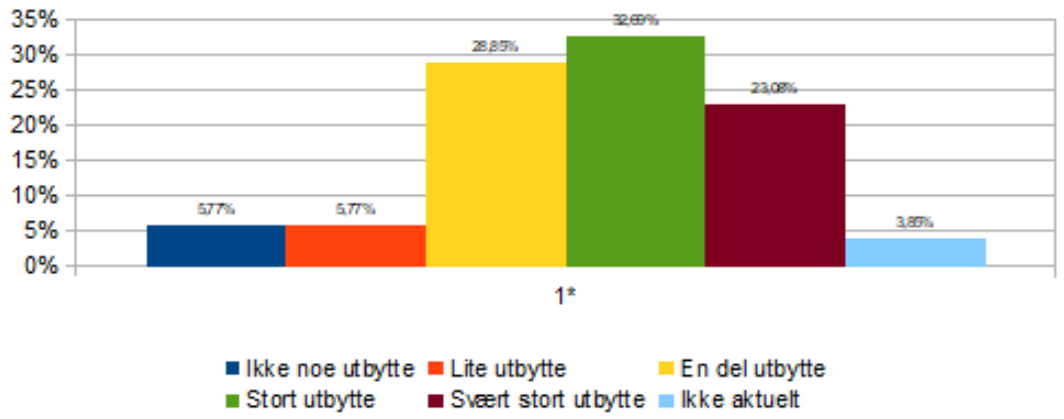
Alderspsykiatri har så langt ikke vært en del av nasjonale pasienttilfredshetsundersøkelser. Vi bruker likevel kontinuerlig en tilpasset versjon av de nasjonale undersøkelsene som et av flere parametere for tjeneste- og kvalitetsutvikling. Undersøkelsene viser at de aller fleste av våre pasienter og deres pårørende opplever at de har hatt utbytte av utredning/behandling ved NKS Olaviken (fra 85% opp mot 100% på tvers av avdelinger), de er fornøyd med behandlingen og synes ikke at ventetiden er for lang. Resultatene peker likevel på noen forbedringsområder, der noen pasienter opplever at de ikke har fått medvirke tilstrekkelig i sin egen utredning/ behandling eller at informasjon fra behandler kunne vært tydeligere. En viss andel av pårørende opplever derimot at de er blitt involvert for mye i behandlingen.

Brukerundersøkelser 2018-2019:

Hvilket utbytte har du hatt alt i alt av behandlingen i institusjonen (døgnavdeling)?



Hvilket utbytte har du hatt alt i alt av tilbudet på poliklinikken?



2.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, kvalitet og pasientopplæring

2.2.1 Faglig prioritering, aktivitet og kapasitet

Sykehuset tilbyr spesialisthelsetjenester til:

- Pasienter med demens og tilleggssymptom som angst, depresjon, psykose og vesentlig omfang av avvikende atferd.

- Pasienter med uavklart kognitiv svikt eller demensdiagnose som er vanskelig å utrede innen kommunehelsetjenesten.
- Pasienter med psykiatriske lidelser med debut etter 65 år (affektive lidelser, angstlidelser, psykoser, suicidalitet).
- Pasienter med hjerneorganiske lidelser med alvorlig forvirring (delir).
- Pasienter med nevrodegenerative lidelser med kognitiv svikt og/eller psykiatriske symptom (eks Huntington).

Tjenestene er i dag organisert under to avdelinger:

Avdeling døgn på Askøy

Sykehusavdeling har tre seksjoner med 21 sengeplasser for utredning og behandling av eldre med psykiske lidelser og/ eller kognitiv svikt. Sykehuset er godkjent for tvungent psykisk helsevern og to av avdelingene er lukket (15 sengeplasser, hvor av fire er skjermingsplasser). Det er også noe poliklinisk ettervern av pasienter som har vært innlagt ved avdeling døgn (integrert poliklinikk).

Avdeling poliklinikk på Haraldsplass diakonale sykehus, Bergen

Poliklinikken omfatter polikliniske og ambulante tjenester for generell alderspsykiatri, hukommelsesklinikk for pasienter under 70 år med mistanke om nevrodegenerativ sykdom og nevropsykiatrisk poliklinikk (primært rettet mot Huntingtons sykdom).

NKS Olaviken har ikke akuttfunksjon. Poliklinikken mottar alle henvisninger og alle henviste pasienter vurderes i henhold til prioriteringsforskriften og –veileder. Utredning /behandling skjer fortrinnsvis poliklinisk eller ambulant (på sykehjem eller i pasientens hjem). Innleggelse i vår døgnavdeling er et alternativ når en ikke kommer i mål med poliklinisk/ambulant utredning eller behandling eller når det vurderes nødvendig av andre årsaker. Vi tilbyr også telefonisk rådgivning til eksterne leger og andre samarbeidspartnere, samt veiledning til ansatte i kommunale institusjoner.

2.2.2 Aktivitet og kapasitet

Samlet aktivitet fra 2017 til 2020 gir et bilde på aktivitetsutvikling over tid:

NKS Olaviken	2017	2018	2019	2020
Mottatte henvisninger	392	426	477	527
Ventetid, antall dager	28	28	26	22
Polikliniske konsultasjoner (antall pasienter)	1773 (498)	2132 (530)	2643 (557)	2590 (655)
Ambulante konsultasjoner (antall pasienter)	96	118	187 (131)	272 (153)
Innleggelser	133	151	150	156
Liggetid	49	46	43	36
Belegg	90%	91%	90%	88%

Antall henvisninger og særlig den polikliniske aktiviteten har økt i forrige planperiode (2017-2020), uten at dette har ført til kapasitetsproblemer, fristbrudd eller økt ventetid. Økt poliklinisk aktivitet har vært en ønsket og styrt utvikling for å møte veksten i eldre befolkning, gjennom oppgaveplanlegging for mer effektiv drift, økt gruppebehandling og noe økning i behandlerressurser i poliklinikken. Selv om ventetiden i de siste årene har vært rundt 20-30 dager i gjennomsnitt og godt under det som forventes i bestilling fra Helse Vest, opplever vi forventninger om stadig raskere hjelp. Det er herunder også økende etterspørsel for ambulant virksomhet, og mange ønsker relativt raske vurderinger av pasienter i kommunale institusjoner.

Basert på vurderinger av vår kapasitet og kompetanse, har vi ofte kunnet tilby utredning og behandling til pasienter (eller bistand til andre deler av helsetjenesten) som er i grenseland i forhold alderspsykiatriens oppgaver eller oppgavefordelingen mellom alderspsykiatri og DPS/kommuner. Mens kommunene har økt sin kompetanse på demens, har det blitt færre henvisninger for utredning av ukompliserte demenstilstander. Det er likevel fremdeles mange henvisninger for innleggelse av hjemmeboende eldre som åpenbart har behov for økt omsorgsnivå, for å legge til rette overgangen til sykehjem eller pga at en spesialistvurdering/diagnose er noe som blir etterspurt av forvaltningsenheten i kommunen.

En del av forespørsler om «hasteinnleggelser» handler om personer med demens og APSD, der en pga rammebetingelser i den kommunale institusjonen ikke klarer å håndtere pasienten. Kapasiteten utfordres også til tider med henvisninger for å overføre pasienter (ofte under 65 år) med tidligere eller vedvarende rusmisbruk og/eller kronisk psykisk lidelse fra andre deler av spesialisthelsetjenesten til avdeling døgn, der en pga endringer i funksjonsnivå eller behov for mer langvarig behandling på sykehusnivå sliter med å finne tilbud til pasienten. Vi ser også en økning i antall pasienter med mer alvorlig utagering og aggresjon som medfører økt behov for kompetanse og tilpassing av fysiske lokaler for å kunne ivareta pasientene i avdeling døgn.

2.2.2. Kvalitet, pasientsikkerhet og opplæring av pasienter og pårørende

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten understreker ledelsens ansvar for systematisk styring av virksomhetens aktiviteter, samt medarbeidernes medvirkning i dette. NKS Olaviken har eget kvalitetssystem som danner grunnlaget for oppfølging av kvalitet, HMS og pasientsikkerhet. Systemet består av moduler for:

- intern kontroll (tjenestekvalitet, HMS, drift, IKT, økonomi, ytre miljø)
- avviksrapportering og oppfølging
- dokumenter (styrende dokumenter, håndbøker, rutiner og retningslinjer)

Internkontrollmodulen inkluderer blant annet ulike internt prioriterte indikatorer på tjenestekvalitet og pasientsikkerhet som sjekkes kvartalsvis i tilfeldige pasientjournaler.

I tillegg til virksomhetens eget styringssystem benyttes også Nasjonale kvalitetsindikatorer for psykisk helsevern voksne og kvalitetsindikatorer fra Nasjonale kvalitetsregistre (NorKog pr i dag, deltagelse i KVALAP fra 2023) for systematisk oppfølging og forbedring av tjenestekvalitet og pasientsikkerhet.

Nasjonale kvalitetsindikatorer psykisk helsevern voksne 2020	**Mål**	**NKS Olaviken**	**Hele landet**	**Plassering i hele landet**
Fristbrudd, %	0	0	4	1 av 162
Epikriser sendt innen 1 dag, %	60	89	48	2 av 93
Epikriser sendt innen 7 dager, %	100	99	83	2 av 93
Andel tvangsinnleggelser, %	-	35	21	83 av 92
Pasienter utredet innen anbefalt forløpstid, %	-	91	74	-
Pasienter gjennomført første evaluering av behandling innen anbefalt forløpstid, %	-	78	46	-
Gjennomsnittlig ventetid, dager	40	22	44	33 av 162
NorKog kvalitetsindikatorer, 2020 (poliklinisk utredning)	**Mål**	**NKS Olaviken**	**Hele landet**	**Plassering i hele landet**
Innhentet pasientrapporterte mål, %	80	95	92	12 av 25
Nevropsykiatriske symptomer kartlagt, %	80	98	86	6 av 25
Depressive symptomer kartlagt, %	80	100	80	2 av 25

Pasienter med etiologisk demensdiagnose, %[1]	80	70	86	22 av 25

Nasjonale kvalitetsindikatorer psykisk helsevern voksne, NKS Olaviken	2016	2017	2018	2019	2020
Fristbrudd, %	0	0	0	0	0
Epikriser sendt innen 1 dag, %	77	85	85	79	89
Epikriser sendt innen 7 dager, %	94	98	99	98	99
Andel tvangsinnleggelser, %	38	44	40	40	35
Gjennomsnittlig ventetid, dager	32	28	29	26	22
Median ventetid, dager	29	26	24	21	16

Vi gjør det jevnt godt i de nasjonale kvalitetsindikatorene, men har en større rapportert andel tvangsinnleggelser og tvangsmiddelvedtak sammenlignet med landsgjennomsnittet. Dette henger mest sannsynlig sammen med at i vår døgnavdeling er andelen lukkede sengeplasser forholdsvis høy og at vi derfor også mottar et relativt høyt antall pasienter med alvorlige tilstander og uten samtykkekompetanse for helsehjelp. I planperioden 2021-2024 har vi likevel et mål om å øke fokus på riktig bruk og forebygging av tvang, blant annet ved å kunne behandle flere pasienter ambulant der de bor.

NKS Olaviken har siden 2016 hatt i bruk egne standardiserte utrednings- og behandlingsforløp, som forebygger «unødig variasjon» i pasientbehandling. I tillegg ble Pakkeforløp for rus og psykisk helse innført hos oss i januar 2019, som har som mål å gi pasienter og pårørende et behandlingsforløp som er helhetlig og forutsigbart, uten unødig venting.

Vi tilbyr pasienter og pårørende psykoedukative samtalegrupper, samt pårørendeskoler med undervisning om utfordrende symptomer ved demens og hvordan disse kan håndteres.

NKS Olaviken har kontinuerlig bevissthet rundt sammenhengen mellom tjenestekvalitet og godt arbeidsmiljø, og skårer over landssnittet på årlige ForBedringsundersøkelser.

2.3 Oppgavedeling og samhandling

2.3.1. Oppgavedeling i felles opptaksområde

Se Vedlegg 2: Samhandling om eldre pasienter med sammensatte lidelser, punkt 3.1 og 3.2.

2.3.3. Samhandling med kommuner

Vi samhandler på systemnivå med regionens ulike samarbeidsutvalg, med utgangspunkt i til enhver tid gjeldende samarbeidsavtaler (Saman.no). Videre samhandler vi aktivt med den enkelte kommunen i forhold til ulike utviklingsprosjekter (eksempelvis prosjektet «Intensivt ambulant team») og driver utstrakt kompetansebyggende arbeid mot kommunene i opptaksområdet (faste kurs, undervisning, årlig fagkonferanse og veiledning).

Oppgavefordelingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten har endret seg i de siste ti året, og det er stadig mer oppmerksomhet på hvilke oppgaver som ligger på de ulike tjenestenivåene. Det

[1] Forholdsvis lav andel pasienter som har fått spesifikk demensdiagnose kan forklares bl.a. med at en del datasett blir sendt til NorKog med tentativ diagnose, før endelig diagnose er stilt. Dette pga at det har vært ønskelig å sende datasett inn så raskt som mulig.

er fortsatt behov for å øke sammenhengen i tjenester mellom nivåer, og det kan oppstå utfordringer i informasjonsflyt (ulike journalsystem).

Vi legger vekt på god og rask informasjonsflyt med kommunale samarbeidspartnere, for å sikre kontinuitet i behandlingsforløp. Samarbeidsmøter med kommunen er spesielt viktige med pasienter som skrives ut til sykehjem fra vår døgnavdeling, for å sikre en god overføring for pasienter som er sårbare for endringer og nye omgivelser, og deres pårørende. En relativt hyppig utfordring er at pasienter for tildelt plass i kommunen så tett inntil utskrivningen at det ikke blir mulig med dialog eller samarbeidsmøte med mottagende institusjon før utskrivningen.

Vi gjør vårt beste for å være tilgjengelig for fastleger og andre leger som ønsker å drøfte pasienter og/eller får råd. Våre leger fordeler ansvaret for tilgjengelighet knyttet mot henvendelser på ukebasis. Vi kan likevel ikke alltid svare på henvendelser umiddelbart eller i løpet av samme dag.

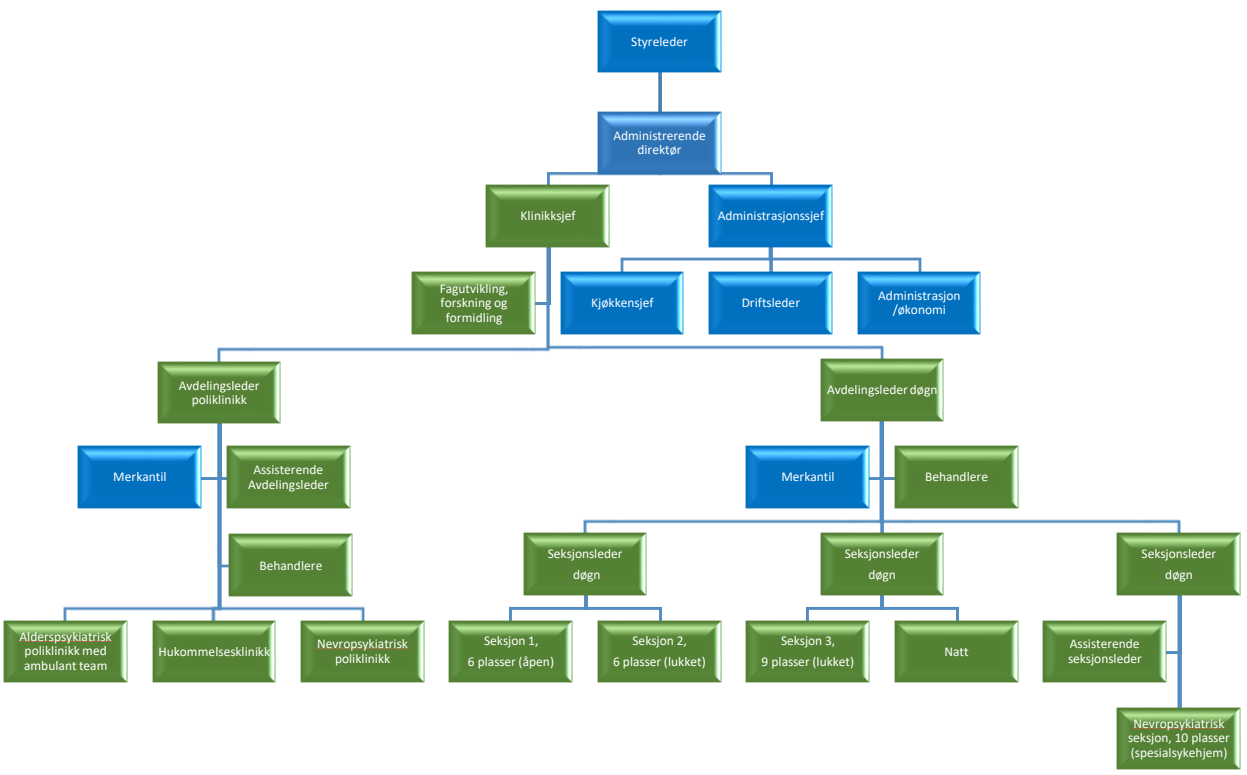
2.3.4 Samhandling med andre helseforetak

NKS Olaviken er offensive og pådrivere for samarbeid med andre helseforetak i opptaksområdet (se rapport om Samhandling rundt eldre pasienter med sammensatte lidelser). NKS Olaviken har også inngått egen samarbeidsavtale med Psykiatrisk akuttmottak (PAM), Helse Bergen, om overføring av eldre pasienter med behov for utredning eller behandling i alderspsykiatri fra PAM til Olaviken.

Vi opplever kommunikasjon med offentlige og andre private ideelle som god, noe som gir oss godt håp om å utnytte felles ressurser i årene fremover til beste for våre felles pasienter. Vi deltar også i ulike regionale ressursgrupper og nettverk for ledere og fagpersoner.

2.4 Organisering og ledelse

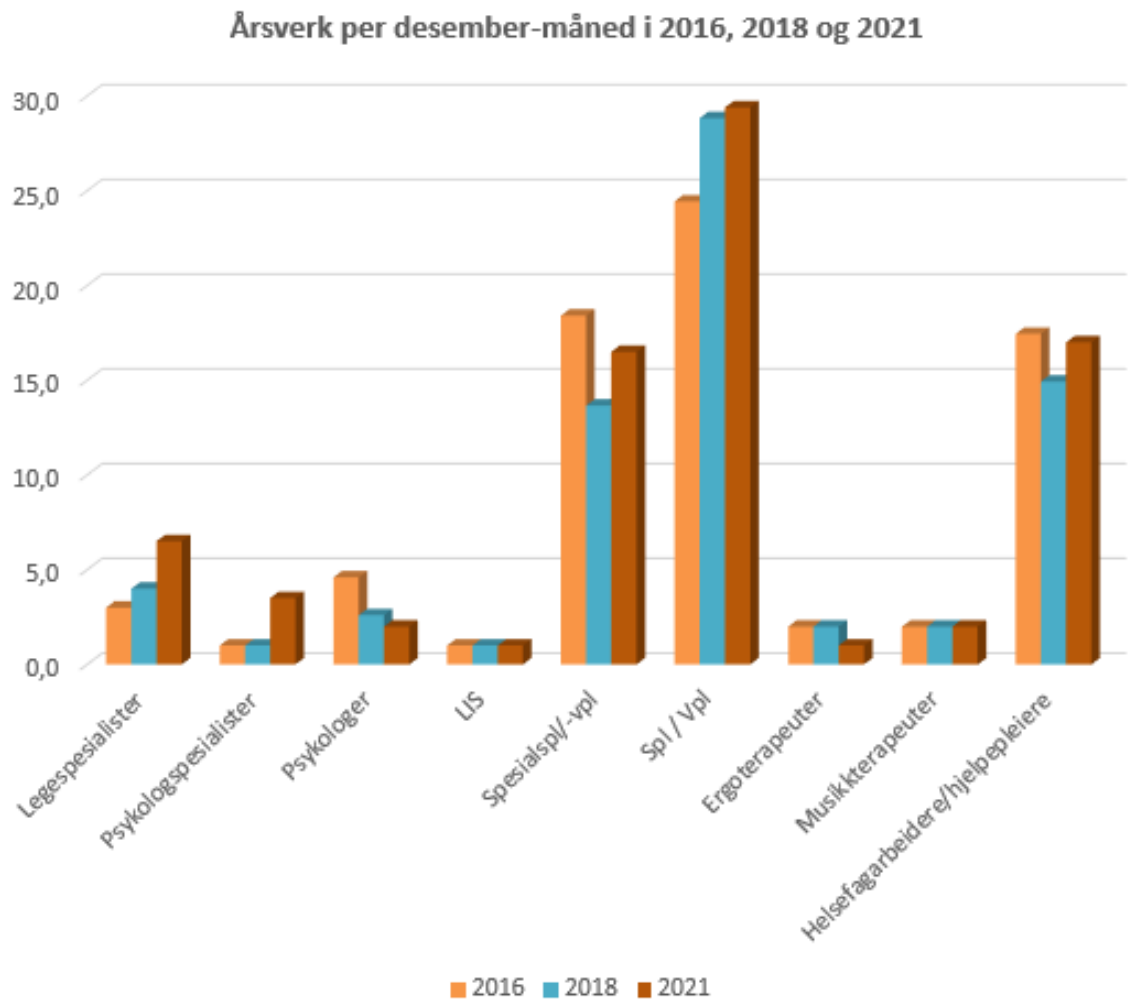
NKS Olaviken, organisasjonskart pr. 20.12.2021:



Vi har videreutviklet og justert lederstrukturen og organisasjonskartet i løpet av de siste fem årene, med blant annet administrasjonssjef og klinikksjef som overordnete stillinger som skal sørge for sammenhengende utvikling og funksjoner i sine respektive ansvarsområder. Videre er det opprettet seksjonslederstillinger for seksjon 1 og 2 og seksjon 3, for å sikre tilstedeværende og tilgjengelig ledelse. Avdelingsledernivå har overordnet daglig ansvar for drift, kvalitet og effektiv bruk av ressurser på tvers av seksjoner/ polikliniske enheter.

Vår retningslinje om faglig ansvar for utredning og behandling på pasient- og systemnivå utdyper lederstruktur og ansvar på ulike nivåer (se vedlegg 3).

2.5 Bemanning og kompetanse



Gjennom årene har vi i stor grad hatt god rekruttering av nødvendig kompetanse, og i senere år har vi også ansatt flere psykiatere og legespesialister. Det har likevel vært noen utfordringer i rekruttering av leger og psykologer til vår døgnavdeling på Askøy. Med pandemien har vi også opplevd færre søkere på sykepleier-/vernepleierstillinger. Kontakt med LIS-leger og vikarleger over tid har vist seg å være en vellykket rekrutteringsstrategi. I tillegg arbeider vi kontinuerlig med å gjøre NKS Olaviken til et attraktivt arbeidsted gjennom en rekke andre tiltak.

Vi benytter IKT-verktøyene Kompetanseportalen og Læringsportalen for struktur og dokumentasjon i kompetansearbeidet. Det legges også vekt på jevn internundervisning, kursing av medarbeidere og

ferdighetstrening/ simulering, samt et kompetansebudsjett som gir rom også for videreutdanning, fagseminarer og eksterne kurs.

Vi har samarbeidsavtaler med utdanningsinstitusjoner som Universitetet i Bergen og Høgskolen på Vestlandet, som formaliserer samarbeidet rundt utdanning og forskning. Vi bidrar med undervisning og veiledning av studenter, og tar imot praksisstudenter hvert semester (spl/vpl, TVEPS).

Pr i dag har vi to LIS-leger. I LIS stillingen i vår avdeling døgn har vi ansatt både leger i spesialisering i psykiatri- og allmennmedisin.

2.6 Forskning og innovasjon

NKS Olaviken har en forskningsstrategi som legger føringer til pasientnær forskning og kliniske behandlingsstudier. Vi har valgt en løsning med forskningsaktivitet og fag-/tjenesteutvikling som integrert del av virksomheten, med en grunnbemanning som tillater at klinikere kan bruke opptil 20% av sin stilling på FoU-arbeid. I tillegg er vi åpen for delte stillinger med 50% eksternt –og til en viss grad internt- finansiert forskning.

	2017	**2018**	**2019**	**2020**
Driftskostnader til forskning, kr	1 274 000	1 320 000	1 709 000	1 700 000
Antall årsverk, forskning	0,88	0,88	1,62	1,35
Antall fagfellevurderte vitenskapelige publikasjoner	2	3	2	5

Det er blitt arbeidet langsiktig med å bygge opp forskningskompetanse og –miljø. Pr. i dag har vi flere pågående forskningsprosjekter med eksterne samarbeidspartnere, lokalt, regionalt og nasjonalt. Vi deltar også i nasjonalt medisinsk kvalitetsregister (NorKog). I de siste 2-3 år har vi også hatt betydelig økning i pågående PhD-forløp.

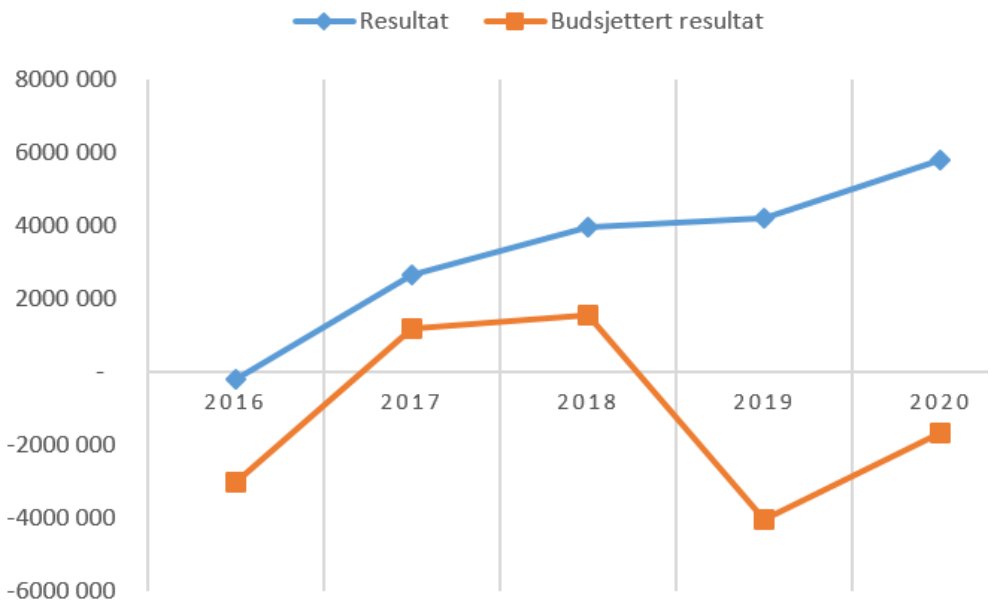
Det er likevel fremdeles behov for å utvikle internt forskningsmiljø videre. Målet er å få i gang flere prosjekter som NKS Olaviken eier og som er relevante for vårt fagfelt, og som våre ansatte forskningsinteresse/-kompetanse kan samarbeide om. Det er også ønskelig at forskere ved NKS Olaviken skal være knyttet til større nettverk, forskergrupper eller prosjekter i samarbeid med andre helseforetak og forskningsinstitusjoner.

I tillegg til forskning prioriterer vi fag- og tjenesteutvikling som er innovativt og bidrar til nye løsninger for tjenester og samhandling for å møte fremtidige behov. Vi har hatt flere eksternt finansierte innovasjonsprosjekter, med utvikling og utprøving av teknologiske løsninger som en del av pasientbehandling og/eller nye tjenestemodeller. Det er også en del mindre fagutviklingsprosjekter, og vi legger rette til gjennomføring av slike prosjekter også som en del av en videreutdanning eller forbedringsutdanning.

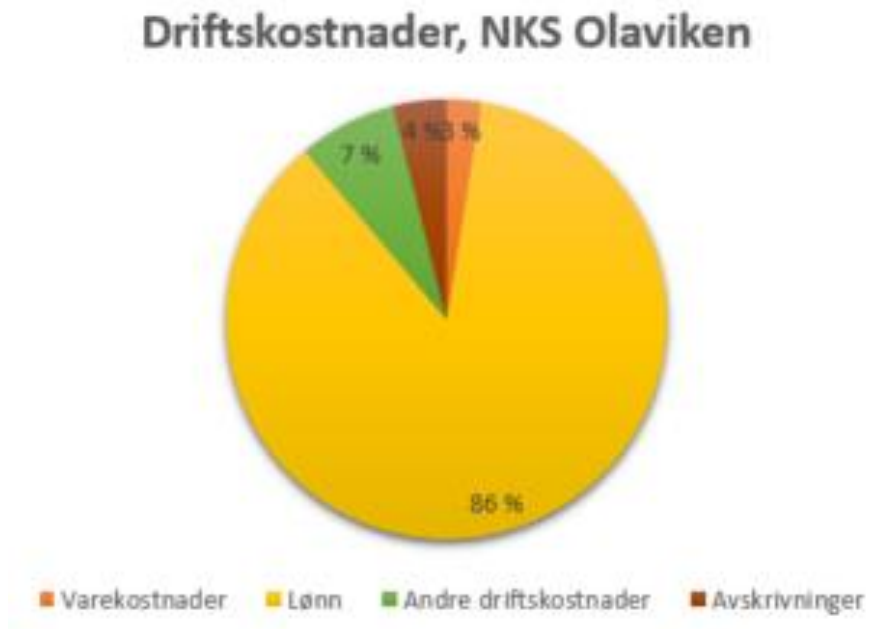
2.7 Økonomi

NKS Olaviken sine inntekter består i hovedsak av rammetildeling fra staten fordelt via Helse Vest RHF i deres årlige «Bestilling». Inkludert i Bestillingen er et fastbeløp for ISF-inntekter basert på et antatt aktivitetsnivå ved poliklinikken som ved årsslutt avregnes mot faktisk aktivitet. Rammen skal dekke midler til drift og investeringer.

NKS Olaviken har de siste fem årene hatt et gjennomsnittlig overskudd hvert år på ca. kr 3,3 mill., totalt kr 16,5 mill. i hele perioden. Grafen nedenfor viser resultatutviklingen ved NKS Olaviken i perioden 2016 – 2020:



Overskuddet har i all hovedsak gått med til ekstraordinær nedbetaling av langsiktig gjeld (investering i rehabilitering av bygg (2012) og nybygg (2015)). NKS Olaviken fremstår i dag som et moderne sykehus med gode lokaler til formålet. NKS Olaviken er per mars 2021 gjeldfri.



Ser vi nærmere på år 2020 så var de totale driftskostnaden kr 93,4 mill. der lønnskostnader utgjør 86 %, varekostnader 3 % og andre driftskostnader 11 % (inklusiv avskrivninger 4 %). I varekostnadene ligger kostnader til medisiner, andre medisinske forbruksvarer, matvarer, noe testmateriale, aktiviteter for pasienter og spesialundersøkelser (kjøp av offentlige helsetjenester).

NKS Olaviken har de siste årene sentralisert innkjøpsfunksjonen internt og har god kostnadskontroll. Vi bruker i all hovedsak innkjøpsordningen via Sykehusinnkjøp AS.

2.8 Teknologi og utstyr

NKS Olaviken har de siste 10 årene hatt som policy at vi skal velge de digitale løsningene som anbefalt av Helse Vest IKT (HVIKT). Vi har det siste året styrket vår digitale infrastruktur ved innføring av nytt telefoni- og alarmløsning (Avaya / Dect), supportert av kundesenteret til HVIKT. NKS Olaviken har også nylig innført DIPS Arena, Meona og Kompetanseportalen. Det er kun vårt regnskaps- og avvikssystem som i dag avviker fra standardløsningene i HVIKT sin IKT-portefølje.

NKS Olaviken bruker også Norsk Helsenett sine videorom for digitale møter / konsultasjoner med pasienter og vi har det siste året investert nødvendig utstyr for våre behandlere og ledere slik at vi kan ta i bruk den nye teknologien.

NKS Olaviken har inngått et samarbeid med Helse-Bergen om innkjøp av medisinsk teknisk utstyr.

NKS Olaviken vil i løpet av første kvartal av 2022 ha ferdigstilt utbedring av våre fire skjermingsarealer (fordelt på seksjon 2 og 3), der vi blant annet installerer lyd- og lysteknologi for behandlingen av våre pasienter.

Med økende ambulerende tjenester vil NKS Olaviken de nærmeste årene ta i bruk digitale verktøy som støtte til det ambulante teamet på reise (f.eks. rapportering / hente ut informasjon direkte til / fra DIPS Arena eller Meona).

2.9 Dagens bygg og tomtearealer– tilstand og muligheter

Sykehuset på Askøy ble i perioden 2012-2015 totalrehabilitert og dels utbygd. Dette gjeldende for både sykehuset og spesialsykehjemmet, kontorarealer, ekspedisjon, kantine og fellesarealer/ møterom. I tillegg ble det anlagt en sanspark i umiddelbar nærhet til institusjonen og alle utearealer knyttet direkte mot seksjonene ble betydelig oppgradert. Samlet investering i perioden var på ca 70 millioner.

Sykehuset fremstår slik pr. 2021 som et moderne anlegg med gode fasiliteter for pasienter og ansatte. Mindre endringer i bygg for å øke egnethet for ivaretagelse, skjerming eller isolasjon av utagerende pasienter vil være nødvendig, arbeidet er i gang høsten 2021. Endelig konklusjon ift behov for kapasitet på eks skjermingsarealer må komme i forbindelse med fremtidig avklaring av hvor slike pasienter skal få helsehjelp. Her vil en ansvarsdeling mellom NKS Olaviken og Helse Bergen være en fornuftig løsning.

Dersom det blir mulig å utvide sengekapasitet for eldre med alvorlige psykiske lidelser (utvidet fremtidig driftsavtale med Helse Vest), kan Olaviken utvide sykehusareal med 10 til 20 plasser. Det vil da være en vurdering om økning i sengekapasitet er mest hensiktsmessig på Erdal/Askøy eller mer sentralt i Haukelandsområdet.

NKS Olaviken har solgt deler av samlet tomteareal (seks mål) beliggende tett mot sykehuset, til Askøy kommune for fremtidig bygging av omsorgsboliger for grupper med spesielle behov. Her ligger fremtidige muligheter for samarbeid og leveranse av ulike tjenester til kommunene (kjøkken/mat, driftstjenester, dekning av fagkompetanse mot pasienter) mv.

Poliklinikken har leieavtale på og med Haraldsplass Diakonale Sykehus (Stiftelsen) frem til 1.6.2024. Lokalene er gode men er pr 2021 noe knappe ift nåværende drift, her er behov for større areal på sikt. Det foreligger planer for overflytting av poliklinikken i større lokaler og samlokalisert med Helse Bergens alderspsykiatriske seksjon – trolig fra slutten av 2025/start 2026.

3. Overordnede strategier og føringer

Utviklingsplan 2035 for NKS Olaviken er del av et hierarki av over- og underordnede strategier og planer. Utviklingsplanen bygger i hovedsak på fire sentrale dokumenter: Nasjonal helse- og sykehusplan frå 2020-2023, Helse2035, Tiltaksplan til Helse2035 og Strategi 2021-2024 for NKS Olaviken.

3.1 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

De viktigste målene i planen er:

- Styrke pasienten
- Prioritere tilbudet innenfor psykisk helse og rusbehandling
- Fornye, forenkle og forbedre helsetjenestene
- Nok helsepersonell med riktig kompetanse
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus
- Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sjukehus

Målet er å utvikle pasientenes helsetjeneste på en bærekraftig måte. Kommuner og sykehus planlegger tjenester sammen med brukere og fastleger i helsefellesskap. Ambulante tverrfaglige team ivaretar pasienter med alvorlige og sammensatte behov, og skrøpelige eldre opplever trygge overganger. Spesialisthelsetjenester utføres der pasienten bor ved hjelp av teknologi. Forbedringsarbeid frigjør tid til pasientarbeid, og personellet bruker ikke verdifull tid på behandling med liten effekt. Store utfordringer krever store endringer – som må ledes. Ledere kjenner sitt ansvar for å nå målene og har støtte og handlingsrom for å ta dette ansvaret. Helsefellesskapene og det utadvendte sykehuset blir arenaer for læring, og kunnskap deles med andre.

3.2 Helse2035 og tilhørende tiltaksplan

Helse Vest RHF vedtok i 2017-2018 strategien *Helse2035* med tilhørende tiltaksplan. I Helse 2035 er det fire område som helseforetakene i Helse Vest skal utvikle spesielt:

- Pasienten sin helsetjeneste – der innsatsen skal rettest inn mot kvalitet og pasientsikkerhet, kommunikasjon og prioritering, pasienter med flere sykdommer og standardiserte pasientforløp
- Ett helsevesen – der et helhetlig helsevesen og strategisk samspill med de private er sentrale stikkord
- Utvikling av helsetjenestene – hvor vi skal få til økt verdiskaping, spesialisthelsetjenester utenfor sykehus, og forsking, innovasjon og teknologi
- Medarbeideren, ledelse og organisasjon – der økt forbedringskompetanse er stikkord

Pasienten sin helsetjeneste handler om at pasientene skal være trygge på at de får hjelp når de trenger det. Pasientene skal bidra og medvirke og samtidig få en helhetlig behandling av høy kvalitet, uten uønsket variasjon. Standardisering av utredning og behandling, spesielt i de tilfellene der flere aktører er involverte, står sentralt i utvikling av helhetlige pasientforløp.

En god og effektiv tilnærming til det helhetlige pasientforløpet krever innføring og bruk av en solid digital plattform og bruk av nye teknologiske løsninger. Da kan det ytes tjenester nærmere pasienten. Mer kunnskap om teknologi og innovasjon, og en kombinasjon av økt spesialisering og tverrfaglig kompetanse, må på plass. Ledere må legge til rette for utvikling og samspill som sikrer rett kompetanse og velfungerende medarbeiderskap.

3.3 NKS Olaviken – Strategiplan 2021-2024

Vår strategiplan 2021-2024 beskriver ønsket utvikling innenfor fire hovedområder:

- Tjenestetilbud
- Forskning, formidling og utvikling
- Samhandling
- Fellestjenester

4. Utviklingstrekk

4.1 Demografi og sykdomsutvikling

Forventet aldersutvikling (SSB 2019, MMM)			**Nye nasjonale tall, 2020**
Aldersgruppe	**2020-30**	**2020-40**	**2020-40**
0-19 år	+0,3%	+4,1%	-4,5%
20-64 år	+3,8%	+4,5%	+1,4%
65 år eller eldre	*+26,0%*	*+52,6%*	*+53,1%*

Estimert antall personer med demens i aldersgrupper 60+, Helse Bergen 2020-2030:

	2020	**2025**	**2030**
60-69 år	963	1030	1107
70-79 år	1893	2268	2372
80-89 år	2516	2928	3916
90 år +	1754	1887	2112
Totalt	*7126*	*8113*	*9507*

Framskrivning av prediksjoner for antall personer med demens i årene 2020-2030, basert på aldersspesifikke prevalensrater fra Prince et. al (2013) med aldersspesifikke folkemengder fra SSBs MMMM alternativ (formel fra Vossius et al., 2015).

Med økende antall eldre forventer vi en økning i gruppen med kompleks sykdomsbilde med somatikk, psykiatri og kognitiv svikt, og dermed også behov for alderspsykiatriske tjenester.

4.2 Endringsfaktorer

4.2.1 Endringer i lover og normer

Endringer i lover og normerende dokumenter som retningslinjer, veiledere o.l. påvirker hvor mye ressurser en pasient utløser. Eksempler på dette er pakkeforløpene og tvangslovgivning. Det forutsettes at tjenesten også fremover vil gjennomgå slike endringer. En relativt høy andel av pasienter i vår døgnavdeling er under tvungent psykisk helsevern. Endringer i lovgivning kan medføre konsekvenser for ressursbehov eller for organisering av utrednings- og behandlingsforløp for alderspsykiatriske pasienter.

4.2.2 Befolkningens etterspørsel og atferd

Eldre over 65 år har tradisjonelt hatt et lavere forbruk av tjenester fra psykisk helsevern enn andre aldersgrupper. Dette kan ha en sammenheng både med eldres tilgang til tjenester og etterspørsel blant eldre over 65 år. Det forventes at nye generasjoner som blir over 65 år mot 2035 vil ha annerledes forventninger og atferd når det gjelder psykisk helse og tjenester fra psykisk helsevern. «Babyboomers» født fra 1946 til 1964 vil sannsynlig være mer åpen om psykiske lidelser, stille høyere krav til tjenester og ta mer aktivt stilling til valg av ulike behandlingsalternativer, sammenlignet med dagens eldre.

4.2.3 Organisering av tjenestetilbudet

De siste 20 årene har psykisk helsevern gjennomgått en omstilling med økt bruk av poliklinikk og redusert døgnkapasitet. Data fra de siste årene viser at det har vært en forskyvning av døgnkapasitet mot mer øyeblikkelig hjelp, økt innleggelsesvolum med alvorligere tilstander og en reduksjon i oppholdstider. For en del pasienter med varige tilstander er poliklinisk oppfølgning sentralt for forebygging og tidlig intervensjon ved tegn på forverring. En forsterket ambulant innsats er godt etablert i Norge og kan vise til flere positive resultater.

4.2.4 Oppgavedeling

Pr i dag er eldre over 65 år underrepresentert i DPSene og får oftere avslag for henvisninger. Helsedirektoratets faglige råd er likevel tydelig: Eldre med psykiske lidelser bør tilbys utredning og behandling i alle ledd av spesialisthelsetjenesten på lik linje med yngre voksne. Primærhelsetjenesten skal som hovedregel utrede og behandle eldre med psykiske lidelser. Alderspsykiatrien har ansvar for å bistå primærhelsetjenesten i denne oppgave.

Det forutsettes at kommunene også fremover utvikler gode tilbud til milde og moderate psykiske lidelser, og vil i økende grad utrede og diagnostisere ukompliserte demenstilstander og håndtere mild til moderat APSD. Videre må vi forvente at DPS og kommunene bygger ut sine tjenester og sengeplasser også for eldre pasienter. Vi skal bidra med kompetansehevende tiltak og alternative behandlings- og oppfølgingstjenester til døgnbehandling, som f. eks. ambulante tjenester.

4.2.5 Bruk av teknologi

Utvikling av ny teknologi og økt bruk av teknologiske løsninger kan forenkle og effektivisere kommunikasjonen med pasienter, pårørende og samarbeidspartnere. Teknologiske løsninger øker tilgjengeligheten til helsetjenesten og reduserer geografiske hindre. Internettassistert behandling som eMeistring kan øke antallet pasienter per behandler. For poliklinisk behandling finnes det også muligheter i digital monitorering av symptomer og fjernkonsultasjoner ved hjelp av videoteknologi. I

årene som kommer forventes det at enda flere også i aldersgruppen 65 år+ vil være komfortabel med å bruke teknologiske løsninger.

4.2.6 Effekt av nye behandlingsmetoder

Behandling av psykiske lidelser og ruslidelser er i kontinuerlig utvikling. Eksempler på dette er høyintensitetsbehandling og digitaliserte tjenester. Nye behandlingsmetoder kan bidra til bedre og mer effektiv behandling også for pasienter i alderspsykiatrien. Det er likevel lite sannsynlig at eksempelvis en ny og effektiv behandling for nevrodegenerative lidelser kan ha betydelige konsekvenser for behov av alderspsykiatriske tjenester mot 2035.

4.3 Regjeringens nye modell for framskrivninger

I en ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling blir forekomst av sykdom i befolkningen sammenholdt med aktivitetsdata (Norsk Pasientregister og Kommunalt pasient- og brukerregister) for å vurdere om det er pasientgrupper helsetjenesten trenger å videreutvikle tilbud til i årene frem mot 2040. Resultatet er justert basert på forventninger til endringer i pasientbehandling, nye oppgaver og bruk av ny teknologi.

Den nasjonale modellen, med lokale tilpasninger, skal legges til grunn ved:

- Planlegging av utdanning og rekruttering
- Planlegging av bygg og infrastruktur
- Organisering og innretting av helsetjenesten

Arbeidet baserer seg på følgende forutsetninger:

- Spesialisthelsetjenesten skal dimensjoneres for å håndtere alvorlig og moderate lidelser.
- Kommunene skal også i årene fremover videreutvikle behandlingstilbud til pasienter med moderate og milde lidelser samt lavterskeltilbud
- Basert på forventet befolkningsutvikling, forutsettes et nærere samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten om pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Data indikerer at dekningsgraden i spesialisthelsetjenesten for eldre over 65 år er lav. Modellen reduserer behandlingsgapet for eldre ved å øke dekningsgraden i spesialisthelsetjenesten fra 14% til 16,5%.

Oppsummert anbefales det følgende:

- Mer kapasitet til eldre og de alvorligst syke
- Økt poliklinisk aktivitet og oppsøkende tjenester (+20%), men ikke økning i døgnbehandling for voksne
- Tradisjonell behandling og oppfølgning erstattes delvis med tidsintensive behandlingsopplegg, forsterket oppsøkende poliklinisk innsats, internettassisterte behandlingstilbud og brukerstyrte poliklinikker med digital monitorering av symptomnivå.

4.4 Kapasitet - Alderspsykiatri i opptaksområdet

Økning i antall eldre/eldre med demens har konsekvenser for behov for tjenester. De mest komplekse tilstandene, hvor vi er avhengig av døgnkontinuerlig observasjon av pasienten, må behandles i alderspsykiatriske døgnposter. Norsk psykiatrisk forenings anslag av behov for sengeplasser er 0,8-1,2 per 1000 innbyggere. De fleste alderspsykiatriske avdelinger i Norge, NKS Olaviken inkludert, ligger godt under dette nivået. Pr. 2022 er NKS Olavikens kapasitet 21 senger, i tillegg kommer Helse Bergens 12 døgnplasser innen samme hovedopptaksområde (totalt 33 alderspsykiatriske døgnplasser). Vårt opptaksområde har 75 446 innbyggere over 65 år pr 1.1.2020,

det vil si at det er 0,44 døgnplasser pr 1000 innbyggere 65 år+. I 2025 vil antall døgnplasser pr 1000 innbyggere over 65 år være 0,39, mens det tilsvarende tallet for 2030 vil være 0,34, gitt at det ikke opprettes flere alderspsykiatriske døgnplasser hos oss eller i Helse Bergen.

Til sammenligning angis det et behov for 0,3 døgnplasser per 1000 innbyggere over 65 år i Handlingsplanen for Helse Sør-Øst 2010-2020. Modellen tar utgangspunkt i alderspsykiatri som en spisset funksjon med høyspesialisert virksomhet, og forutsetter et bredt samarbeid med andre enheter (voksenpsykiatriske sykehusavdelinger, DPS og kommunale tjenesteapparat). Videre legges det til grunn gjennomsnittlig oppholdstid i underkant av 30 dager og at eldre over 65 år har et lavere forbruk av tjenester fra psykisk helsevern enn andre aldersgrupper.

Til tross for økning i antall eldre over 65 år har antall liggedøgn på Olaviken vært omtrent på samme nivå siden 2013, uten at ventetiden til døgnbehandling har økt. Dette kan forklares med noe kortere liggetider og økt ambulant virksomhet hos oss, samt en økning i antall alderspsykiatriske døgnplasser i Helse Bergen fra åtte til 12.

Ser vi våre 21 og Helse Bergens 12 døgnplasser i en sammenheng, har vi maksimalt 12 045 liggedøgn i alderspsykiatriske døgnenheter pr år. Håndtering av forventet befolkningsutvikling uten betydelig økning i alderspsykiatriske døgnplasser vil sannsynlig kreve ytterligere spissing av alderspsykiatriske sykehusfunksjoner i forhold til voksenpsykiatriske sykehusavdelinger, DPS og kommunale helsetjenester. Videre vil det være nødvendig å videreutvikle ambulante tjenester som et av hovedinnsatsområdene, og utvikle enda tettere samarbeid mellom alderspsykiatriske sykehus/enheter i regionen, og øke samhandling med andre nivåer i helsetjenestene.

Pr 2022 driver NKS Olaviken den eneste spesialistpoliklinikken spisset mot eldre med alderspykiatriske lidelser i vårt opptaksområde. Helse Bergen driver noe poliklinisk aktivitet med utspring fra Seksjon for alderspsykiatri. Antall pasienter som utredes poliklinisk og ambulant ved NKS Olaviken har vært økende, særlig de siste 2-3 årene. NKS Olaviken har gjennom mange år drevet utbredt ambulant virksomhet og kompetansebygging mot kommunene. Vi anser dette som en viktig del av vår virksomhet, dog utfordres denne delen i forhold til effektivitet i fht ressursbruk pga lange avstander og reisetid, samt dårlig uttelling i form av konsultasjoner og generell finansiering.

5. Analyse og veivalg

5.1 Veivalg mot 2035

Følgende er overordnete veivalg for å møte den kommende veksten i eldre over 65 år på en bærekraftig måte:

1. **Utnyttelse av felles ressurs** i felles opptaksområde. (spesialist-spesialist)
2. **Kommunene er fremdeles den sentrale aktøren** i fht vår målgruppe. (kommune - spesialist)
3. **Endringsdyktig organisasjon** som tilpasser seg aktuelle endringsfaktorer (internt)

1. **Utnyttelse av felles ressurs** i felles opptaksområde

Veksten i eldrebefolkningen inkludert vekst i andel eldre med alvorlig sykdomsbilde, kan ikke demmes opp for hva gjelder spesialisthelsetjenestekapasitet, uten at felles ressurser i felles opptaksområde sees under ett. Fremtidig samhandling med Helse Bergen /Seksjon for alderspsykiatri blir en klar forutsetning for å kunne tilby likeverdige tjenester, redusere unødig variasjon og skape pasientenes helsetjeneste.

Herunder vil en felles tilnærming og arbeidsform, i god samhandling med kommunene, være avgjørende.

En tettere samhandling på spesialisthelsetjenestenivå, gjerne inkludert samlokalisering av definerte enheter, vil sikre regionen et bærekraftig fagmiljø. Som kan stimulere til forskning og innovasjon, øke konkurranseevnen knyttet mot knappe fagressurser og generelt sikre en samlet god ressursutnyttelse.

NKS Olaviken mener at pasientens helsetjeneste må være den overordnede felles målsettingen i opptaksområdet. Gitt en god samarbeidsavtale, grader av samlokalisering, og god arbeidsfordeling kan vi sikre pasienter og kommuner gode tjenester i regionen, også i overskuelig fremtidig. Videre muliggjør samarbeidsavtale inkludert ovennevnte gevinster, at evt fusjon av den private ideelle aktøren og det offentlige sykehuset blir unødvendig å vurdere/realisere.

2. **Kommunene er fremdeles den sentrale aktøren** med tanke på vår målgruppe.

Veksten i eldre over 65 år er så stor at spesialisthelsetjeneste umulig, uavhengig av organisering, samarbeid og styrket ressurs, vil kunne kompensere for økt behov av tjenester alene. Kommunen har vært og vil være den sentrale aktøren for å ivareta målgruppen med omfattende og økende omsorgsbehov. Vi vurderer følgende momenter som avgjørende med tanke på fremtidig ansvars- og arbeidsfordeling:

- Pasienten utredes og ivaretas i kommunen når tilstanden ikke krever spesialisert kompetanse. Så langt som mulig skal alderspsykiatriske tjenester tilbys i pasientens nærmiljø heller enn å flytte pasienten unødig.
- For spesialisthelsetjenesten blir det sentralt å utvikle kapasiteten og arbeidsformer for å bistå kommunene, jfr punkt 1 over.
- Ikke utelukkende flere sykehussenger (i tilfelle større differensiering av disse) - heller mer ressurser ut mot ivaretagelse av pasienten i kommunen.

3. **Endringsdyktig organisasjon** som tilpasser seg aktuelle endringsfaktorer

Vi tolker vårt samfunnsoppdrag som et ansvar for både de som vi til enhver tid har under utredning eller behandling, og samtidig ansvar for de eldre med alvorlige alderspsykiatriske lidelser som står på venteliste. Vi må sørge for at vår organisasjon er tilstrekkelig endringsdyktig for å fortløpende justere seg inn mot de behov vi ser i befolkningen (jfr. pasientens helsetjeneste). Dette innebærer at tjenester utformes med utgangspunkt i en helhetlig vurdering og tilbys utfra individuelle behov (liggetid, grad av utredning og behandling mv). På en slik måte balanserer vi til enhver tid kvalitetsmessig gode helsetjenester til den enkelte pasienten som er i behandling, opp mot pasienter som venter på tjenester.

Vi må også fortløpende justere oss med tanke på endringer i demografi, pasientbehandling og organisering av tjenester. En dreiing av døgnbehandling mot pasienter med alvorligere og/eller mer komplekse tilstander vil kreve ytterligere differensiering av våre døgnplasser, slik at vi kan møte mer krevende pasienter med tilpasset kompetanse, arealer og arbeidsformer. Med tanke på arbeidsformer vil det økende volumet i antall eldre over 65 år også stille krav til effektiv bruk av døgnplasser med kortest mulig liggetid, med mer ambulant/poliklinisk oppfølging i før-/etterkant av innleggelsen. En slik tilpasning i arbeidsformen vil også kunne suppleres med tjenesteinnovasjon som bidrar til tettere og enklere kommunikasjon og samhandling med andre deler av helsetjenestene.

5.2 Spesielle vurderinger i forhold til øyeblikkelig hjelp-tilbud

Øyeblikkelig hjelp-ansvaret innen psykisk helsevern i vårt opptaksområdet er lagt til Helse Bergen. Der er ingen tradisjon for spesifikke akuttilbud i alderspsykiatri (jfr. Plandokument for alderspsykiatri). Det er likevel utfordringer knyttet til akutte behov hos alderspsykiatriske pasienter (utdypes i rapport «Samhandling om eldre med sammensatte lidelser») og økende etterspørsel om raske vurderinger og innleggelser.

Gitt en total sengekapasitet (pr i dag 33 senger innen opptaksområdet) og økt samhandling rundt disponering av disse, kan man planlegge en differensiering av kapasiteten som også i større grad ivaretar behov for akutte/ subakutte tjenester for eldre pasienter med alderspsykiatriske eller sammensatte tilstander. Gitt et slikt samarbeid kan det også være aktuelt å vurdere andre tiltak, eksempelvis felles økt ambulant virksomhet for å forebygge akuttinnleggelser og alderspsykiatrisk tilsyn ved mottaksenheten.

5.3 Overordnet mål mot 2035

Vi skal i økende grad bringe den høyt spesialiserte alderspsykiatriske kompetansen ut til pasientene i kommunene og DPS, heller enn at veksten i behov av alderspsykiatriske tjenester løses med flere senger og flytting av eldre og svært syke pasienter mellom helsetjenestenivåer.
Vi skal differensiere tjenester for å i større grad kunne møte behov knyttet mot den enkelte pasient.
Vi skal øke samhandlingen mot andre deler av spesialisthelsetjenesten og herunder koordinere/organisere det samlede alderspsykiatriske spesialisttilbudet i felles opptaksområde («rett pasient på rett sted til rett tid»).

6. Målbilde, tiltak og organisering for pasientens helsetjeneste

6.1. Utnyttelse av felles ressurs i felles opptaksområde

Mål: Etablerte strukturer for samhandling på spesialistnivå for å realisere «rett pasient på rett sted til rett tid».

Tiltak og organisering: Samlokalisering av NKS Olavikens poliklinikk og Helse Bergens seksjon for alderspsykiatri kan bidra til å etablere et solid og bærekraftig alderspsykiatrisk fagmiljø med flere spesialister i opptaksområdet og samtidig støtte samhandling og utvikling av samordnete og koordinerte tjenester:

- Felles inntaksteam
- Differensierte senger (subakutte mv)
- Tilsynsordning for mottaksklinikken, somatiske avdelinger og evt også DPS.
- Tverrfaglig samarbeid med geriatrisk ressurs i Helse Bergen – eks ifm mottak av ny pasient
- Felles telefonvakt for rådgivning til primærhelsetjenesten
- Koordinering av kompetansehevende tiltak mot kommunene

- Forskningssamarbeid innenfor alderspsykiatri

6.2 Kommunene er fremdeles den sentrale aktøren i fht vår målgruppe

Mål: Lett tilgjengelige tjenester og bistand til kommuner for å ivareta pasienten i kommunen.

Tiltak og organisering: NKS Olaviken prioriterer allokering av spesialistressurser til utadvendt arbeid mot kommunene, heller enn å bygge flere døgnplasser. Alderspsykiatriske tjenester videreutvikles slik at tjenester kan i enda større grad tilbys i pasientens nærmiljø heller enn å flytte pasienten unødig:

- Tjenesteutvikling mot «Hjelp i nærmiljøet» og det «utadvendte sykehus»
    - «Satellitt-poliklinikk» - alderspsykiatrisk poliklinikk noen dager hver måned i et helsehus
    - IAT (Intensivt ambulant team) – raskt responstid og intensiv behandling i en kortere tidsperiode, i første omgang for pasienter i sykehjem og omsorgsboliger, etter hvert også i eget hjem
    - FACT for hjemmeboende eldre med kroniske og alvorlige psykiske lidelser, evt komorbide tilstander med rus – utprøving i samarbeidsprosjekt med kommuner
    - Øke bruken av teknologi for videokonsultasjoner («Digital samkonsultasjon»)
    - Ytterligere utvikle samhandling og kommunikasjon mot kommunene innen rammen av Helsefelleskapet
    - Støtte kommuner i fht økte ressurser knyttet mot omfattende utfordringer i fht mottak og ivaretagelse av omsorgstrengende pasienter
    - Lett tilgjengelig og rask rådgivning og veiledning, på pasient- og systemnivå
    - Fortløpende utviklingsprosjekter/innovasjon i samarbeid med kommunene

6.3 Endringsdyktig organisasjon som tilpasser seg aktuelle endringsfaktorer

Mål: Differensierte tjenester som møter behov i befolkningen og hos den enkelte pasienten.

Tiltak og organisering: Vi setter av gradvis mer ressurser for økt poliklinisk og ambulant virksomhet og differensierer våre døgnplasser. Vi har fokus på utprøving av teknologiske og andre innovative løsninger som bidrar til økt tilgjengelighet og effektivitet – for pasientens beste. Endring i arbeidsformer og tjenesteinnovasjon skal ha et tempo som er tilpasset til våre pasienter og deres ressurser og behov.

- Teknologisk innovasjon for bedre behandlingseffekt og forskning på ikke-medikamentell behandling (eks. chronoterapi og lasermålinger av døgnrytme, søvn og aktivitet)
- Effektiv og treffende bruk av døgnplasser
    - Plasser for raske og relativt kortvarige innleggelser for stabilisering (Obs tilrettelagte lokaler for skjerming og kompetanse i fht utagerende atferd)

    - Kortere liggetid gjennom effektivisering av drift og oppgaveplanlegging, herunder eksempelvis frigjøring av ressurser til godt for- og ettervernsarbeid
    - Utvikle samhandlingen med kommunene knyttet mot å sikre gode overføringer
- Vurdere nedtrekk i sengeplasser opp mot økning av ambulant og poliklinisk aktivitet
- Vurdere nye tjenestetilbud som dagavdeling og kveldspoliklinikk, og arbeidsformer som øker behandlingseffekt og effektivitet, eks. digitale tilbakemeldingssystemer for monitorering av symptomer og behandlingseffekt

6.4 Olaviken vil også i fremtiden ha dyktige medarbeidere, sunn husholdning og innovativ utvikling

Mål:
Rekruttere og beholde ledere og medarbeidere gjennom:

- Utvikling, forbedring og HMS
- Inkludering
- Dyrke det vi allerede er gode på
- Balanse mellom plikter og rettigheter
- Involvere bredt i prosess før ledelsen beslutter
- Samarbeide med utdanningssektoren om rekruttering, forskning og utvikling

Ha sunn økonomi som utvikler tjenesten, fremmer bærekraftig miljø og forbruk, og har fokus på helse ved:

- Aktivitet og behovsstyrt bemanning
- Ansvarlig forbruk og produksjon
- Skape rom for forskning og utvikling
- Standardisere oppgaveflyt og pasientforløp