

Prosjektrapport: Saksutgreiing av Psykisk helsevern med tanke på DPS-struktur, likeverdige tenester og FACT-team

DESEMBER 2025

INNHALD

Samandrag.....	4
1. Innleiing og bakgrunn for prosjektet	6
1.1. Sentrale føringar i styringsdokument og oppdragsdokument	6
1.1.1. Opptappingsplan for psykisk helse	6
1.2. Mandat	8
1.2.1. Hovudmål og delmål	8
1.3. Prosjektgruppe	8
1.4. Arbeidsform og gjennomføring	9
1.5. Interessentar og kommunikasjon	10
1.6. Leveransen sine hovudaktivitetar	10
2. Fakta og vurderingar.....	11
2.1. Befolkningsgrunnlag for DPS i Helse Førde.....	11
2.2. Organisering i psykisk helsevern	13
2.3. Kapasitet i sengepostar og fordeling DPS og sjukehus	13
2.3.1. Bemanning sengepostar DPS	14
2.3.2. Tal senger i Psykisk helsevern nasjonalt og regionalt	14
2.3.3. Framskrivingsmodell	16
2.3.4. Døgncapasitet i Helse Førde framskrive i ulike alternativ	17
2.3.5. Alternativ for døgnposter som er vurdert	18
2.4. Likeverdig tilbod døgn.....	23
2.4.1. Etablerte tilbod ved alle DPS døgnposter	23
2.4.2. Utviklingsområde – likeverdige tenester døgn	23
2.5. Kapasitet i poliklinikk og ambulante tenester	25
2.5.1. Kapasitet og forbruk av polikliniske tenester	25
2.5.2. Tilvisingar, avvisning og ventetider i psykisk helsevern for vaksne	26
2.5.3. Behandlingsintensitet	27
2.5.4. Pasientrapporterte data.....	27
2.5.5. Funksjonsfordeling	28
2.5.6. Utviklingsområde – likeverdige tenester poliklinikk	29
2.5.7. Ambulante tenester – FACT-team	30
2.6. Utdanning, spesialistkompetanse og rekruttering,	31
2.6.1. Utdanning av legar og psykologar.....	31
2.6.2. Spesialistkompetanse, LIS og psykologar ved DPS.....	31

2.6.3. Rekruttering	32
2.7. Samhandling med kommunane	33
3. Risikovurdering	34
3.1. Oversyn risikovurdering alternativ døgn	34
3.2. Risikovurdering utviklingsområde likeverdige tenester døgn, poliklinikk og FACT	35
4. Konsekvensreduserande tiltak	35
5. Psykisk helsevern i framtida.....	36
6. Oppsummering og vidare vegval	37
Vedlegg.....	38

Samandrag

Styret i Helse Førde ga i styresak 60/2025 bestilling om å gjennomføre ei brei og grundig utgreiing av føretaket si DPS-struktur. Bakgrunnen var både ein krevjande økonomisk situasjon og eit ønskje om å sikre meir likeverdige tenester i heile regionen. Mandatet la vekt på tre hovudområde: vurdering av DPS-struktur og døgncapasitet, vurdering av likeverd i tenestene, og vurdering av mogleg etablering av FACT-team ved alle DPS.

I tillegg skulle prosjektet ta for seg dei samla faglege, økonomiske og organisatoriske konsekvensane av moglege tiltak, inkludert verknader for rekruttering, spesialistutdanning, HMS og arbeidssituasjon for tilsette, samt konsekvensar for pasientane – særleg for dei mest sårbare.

Prosjektgruppa har gjennomført arbeidet frå oktober til desember 2025, med ein kombinasjon av fysiske samlingar, teamsmøte, arbeidsmøte og gjennomføring av risikovurdering. Prosjektgruppa har gjort ein omfattande gjennomgang av verksemdsdata, kvalitetsindikatorar, bemanningsgrunnlag, framskrivingsmodellar og pasientrapporterte data. Prosjektgruppa har gjennom deltaking med tre kommunale representantar og innhenta vurderingar og synspunkt frå kommunane, og brukarrepresentantane har gitt viktige og relevante innspel. Gjennom å involvere alle leiarane i psykisk helsevern har ein søkt å hente inn synspunkt frå tenestene undervegs.

Prosjektgruppa delte arbeidet inn i sentrale område for å svare ut styret si bestilling: kapasitet og organisering av døgnpostar, polikliniske og ambulante tenester, rekruttering og utdanningskapasitet, samhandling med kommunar, likeverd i tenestetilbod, vurdering av FACT-modellen og risikovurdering av alternative strukturendringar.

Prosjektgruppa har vurdert om døgncapasiteten er rett dimensjonert samlikna med nasjonal framskrivingsmodell. Analysen syner at noverande kapasitet med 48 DPS-senger er tilstrekkeleg, og kan gi ein teoretisk overkapasitet på 2 senger i 2030. Dette er marginalt lågare enn den tilrådde kapasitetsgrensa på grensa på 85 prosent belegg. Ein større reduksjon i døgncapasitet vil gi for høgt belegg, svekke fleksibiliteten og heve terskelen for innlegging.

Prosjektet har vurdert sju konkrete døgnavternativ. Dei fleste alternativa bryt med nasjonale føringar, inneber uforsvarleg belegg eller reduserer sjansane til å utdanne eigne spesialistar. Det einaste alternativet som kan gjennomførast utan vesentlege faglege konsekvensar, er ein mindre reduksjon på to senger ved Indre Sogn DPS, men dette gir låg økonomisk effekt.

Gjennom kartlegging og vurdering som prosjektgruppa har gjort kjem det fram at mykje av tenestene allereie er relativt harmoniserte. Samstundes peikar prosjektet på konkrete område der ulikskapane er strukturelle og bør jamnast ut: ulik tilgang til musikkterapeut og erfaringskonsulent, varierende praksis for brukarstyrt innlegging og krisesenger, ulik avvisingsprosent og ventetid i poliklinikkane og ulike ambulante tilbod.

Etablering av FACT-team var eit av dei mest sentrale spørsmåla i mandatet. Prosjektet har vurdert at FACT-modellen er fagleg tilrådd og bør etablerast ved alle tre DPS i løpet av 2026, under føresetnad av at kommunane deltek. Nordfjord har allereie etablert eit FACT-team i samarbeid med Stad kommune, medan Førde og Indre Sogn har ambulante team som kan danne grunnlag for FACT.

Den største risikoen er ulik deltaking frå kommunane, noko som kan føre til ulikskap i tenestetilbodet for dei mest sårbare pasientane. Dersom ikkje alle kommunar deltek, må Helse Førde vurdere vidareføring av eksisterande ambulante team med praksis så nært opp til FACT-modellen som mogeleg, men dette gir ikkje same heilskaplege effekt.

Prosjektrapporten gir grunnlag for avgjerd frå styret i Helse Førde. Kapasiteten i døgnplassar er tilstrekkeleg, men sårbar. Prosjektgruppa har ikkje funne modellar som kan gi vesentleg innsparing utan å gå tvers av politiske føringar eller gje uheldige konsekvensar og heve terskelen for døgnbehandling. Prosjektrapporten løftar fram tiltak som kan styrkje kvalitet og likeverd utan vesentleg endra ressursrammer, og viser korleis DPS-struktur, døgnkapasitet, utdanning, rekruttering og FACT-team heng tett saman.

1. Innleiing og bakgrunn for prosjektet

Prosjektet har bakgrunn i Helse Førde sin vanskelege økonomiske situasjon, jf. styresak 60/2025 Økonomi - oppfølging tiltak 2025.

Utdrag av vedtaket:

1. Styret ber administrerende direktør fortsette arbeidet med å følgje opp økonomien i føretaket, og ber difor administrerende direktør utgreie følgjande tiltak:
 - «Gå gjennom Helse Førde sin DPS-struktur (Distrikts psykiatrisk senter) i Førde, Sogndal og Nordfjord, med mål om likeverdig tilbod til pasientane, og vurdere utvikling av FACT-team.»
2. «Styret ber administrerende direktør om ei brei analyse av alle føreslegne tiltak, både faglege, økonomiske, personale/HMS, dei samfunnsmessige konsekvensane, særleg for pasientane, og med vekt på sårbare pasientgrupper. Utgreiinga må syne konsekvensane ved Førde sentralsjukehus, dersom sentralsjukehuset skal overta pasientar frå lokalsjukehusa»

I styresak 60/2025 er følgjande gjort greie for som bakgrunn for saka:

«Tiltaket handlar om å gå gjennom korleis Helse Førde har organisert dei distriktspsykiatriske sentera (DPS) i Førde, Sogndal og Nordfjord. Målet er å sikre eit meir likeverdig tilbod til pasientane, betre vilkår for å rekruttere og halde på helsepersonell, og økonomiske rammer som er tilpassa behova. I dette arbeidet skal ein særskilt ha fokus på korleis ein kan utvikle ambulante tenester basert på FACT-modellen, for heile nedslagsområdet, samt vurdere i kva grad eit slikt tilbod kan redusere behovet for døgnplassar, eller endre plassering av desse.

Det er svært tydelege politiske prioriteringar for eit sterkt psykisk helsevern, og spesifikt mål om å auke tal døgnplassar nasjonalt. Psykisk helsevern har vore prioritert område i spesialisthelsetenesta i oppdragsdokumenta frå Helse og -omsorgsdepartementet til dei regionale helseføretaka, og vidare i styringsdokumenta til Helseføretaka. Det er særleg fokus på å oppretthalde eller auke tal senger, men og på etablering av FACT-team.»

1.1. Sentrale føringar i styringsdokument og oppdragsdokument

1.1.1. Opptappingsplan for psykisk helse

[Styringsdokument for 2025 for Helse Førde](#) har klare prioriteringar som er aktuelle for kapasitet og prioritering i Psykisk helsevern.

«Det er behov for å styrke heile behandlingsskjeda for menneske med langvarige og samansette behov, medrekna pasientar med samtidig somatisk og psykisk sjukdom og rusmiddelproblem. Det er viktig å legge til rette for å førebygge kriser, akuttinnleggingar og fremje frivillige behandlingalternativ når det er fagleg forsvarleg. Tverrfaglege oppsøkjande team som ACT og FACT-team bør etablerast der det er befolkningsmessig grunnlag for det. I tråd med Hurdalsplattforma og dei regionale helseføretaka sine eigne framskrivingar er det behov for å styrke døgnkapasiteten i psykisk helsevern. Samla døgnkapasitet i psykisk helsevern i regionen skal ikkje reduserast, jf. mål i Opptappingsplan for psykisk helse 2023–2033.»

[I oppdragsdokument 2025 – tilleggskdokument etter stortingets behandling av Prop. 146 S](#), er det tydeleggjort nokre mål, og då særleg relevant er mål «*TOD2025-20 Døgnplasser psykisk helsevern. De regionale helseforetakene skal lage en konkret og tidfestet plan for hvordan døgnkapasiteten i psykisk helsevern i regionen skal økes fram mot 2030, i tråd med gjeldende framskrivningsmodell. Planen skal leveres innen 1. november 2025 og det forventes at den faktiske økningen starter i inneværende år*».

Styringsdokument og oppdragsdokument viser til og bygger på [St. mld. 23 \(2022-2023\) Opptappingsplan for psykisk helse 2023-2033](#). Opptappingsplanen har tre innsatsområde:

- helsefremjande og førebyggjande psykisk helsearbeid
- gode og tilgjengelege tenester der folk bur
- tilbodet til personar med langvarige og samansette behov

Regjeringa har sett følgjande resultatkrav i planen:

1. «*Barn og unges selvrapporterte psykiske helseplager er redusert med 25 prosent.*
2. *Andelen av unge som blir uføre med bakgrunn i psykiske plager og lidelser er redusert.*
3. *Innbyggere i alle kommuner har tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus.*
4. *Barn og unge som henvises til psykisk helsevern (PHBU) får tilbud om en vurderingssamtale for avklaring av videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten.*
5. *Gjennomsnittlig ventetid til psykisk helsevern skal reduseres og på sikt være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne (PHV), 35 dager for psykisk helsevern barn og unge (PHBU) og 30 dager for tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB).*
6. *Hindre nedbygging av sengeplasser og sikre at døgnkapasitet i psykisk helsevern er på et nivå som møter behovet for å ivareta barn, unge og voksne med alvorlig psykisk lidelse som har behov for døgnbehandling.*
7. *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblem har økt levealder, og forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den øvrige befolkningen er redusert.*
8. *Helsepersonell har mer tid til pasienter, brukere og fagutvikling.»*

Planen set søkjelys på betre kapasitet og kvalitet i psykisk helsevern for både barn, unge og vaksne, reduserte ventetider for utgreiing og behandling og styrka samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunale tenester. For å følgje opp dette konkret peikar planen på følgjande tiltak

1. Auka kapasitet i poliklinikk og døgnbehandling
 - a. Fleire behandlarar og fleire døgnplassar.
 - b. Sikre medisinfrie tilbod og fleksible behandlingsformer.
2. Tilbod til dei med alvorlege og samansette behov
 - a. Heilskapleg oppfølging for personar med langvarige psykiske lidingar.
 - b. Betre overgangar mellom nivå i tenesta (kommune- og spesialisthelseteneste).
3. Kompetanse og fagutvikling

- a. Styrke rekruttering og utdanning av fagpersonell.
- b. Utvikle kunnskapsbaserte metodar og digitale løysingar.
4. Brukarmedverknad og kvalitet
 - a. Pasientar skal ha større innverknad på medverknad i behandlinga.
 - b. Systematisk arbeid med kvalitetsindikatorar og pasienttryggleik.

Planen legg opp til ein permanent styrking av psykisk helsevern både i kommunane og spesialisthelsetenesta.

1.2. Mandat

1.2.1. Hovudmål og delmål

Prosjektet skal bidra til avgjerdsgrunnlag for administrerande direktør ved å skildre, analysere og vurdere DPS-struktur i i Helse Førde. Ein skal få fram aktivitetstal og kvalitetsdata som gir grunnlag for å vurdere om det er likeverdig tilbod til pasientane ved DPSa i Sogndal, på Nordfjordeid og i Førde. Prosjektet skal og vurdere status i ambulante tilbod ved DPSa i dag og mogelegheit for utvikling av FACT-team ved alle DPSa.

Delmål:

- Prosjektet skal vurdere rekrutteringssituasjon ved kvar DPS med særleg fokus på overlege og psykologspesialist
- Prosjektet skal analysere og vurdere samhandling med kommunane i opptaksområdet for kvart DPS
- Prosjektet skal vurdere om eventuelle endringsforslag har påverknad for utdanningskapasitet for spesialistar

Utgreiinga inneber å kartlegge og skildre aktivitet og organisering i dag ved m.a. å analysere verksemdsdata. Vidare synleggjere konsekvensar for økonomi, fag, pasientar og medarbeidarar, areal/drift, logistikk og samhandling.

Prosjektet si utgreiing vil bli nytta som grunnlag for administrerande direktør si vurdering og tilråding til styret

1.3. Prosjektgruppe

Rolle	Navn	Tilhørighet	Rollebeskrivelse (ansvar, oppgaver etc.)
Prosjektleder	Børge Tvedt	Direktør Psykisk helsevern	Direktør
Deltakar	Trond Fjetland Aarre	Nordfjord psykiatrisenter	Avdelingssjef
Deltakar	Svein Ove Alisøy	Psykiatrisk klinikk, Førde	Avdelingssjef
Deltakar	Øyvind Myrmel	Indre Sogn psykiatrisenter	Avdelingssjef
Deltakar	Sigmund Bjørhovde	Psykiatrisk klinikk	Overlege DPS

Rolle	Navn	Tilhørighet	Rollebeskrivelse (ansvar, oppgaver etc.)
Deltakar	Øystein Sande	Indre Sogn Psykiatrisenter	Psykologspesialist DPS
Deltakar	Tom Arne Hansen	Psykisk helsevern	Økonomirådgjevar
Deltakar	Kenneth Eikeset	Helse Fonna	Klinikkdirektør/ekstern representant
Deltakar	May Tove Lyngset	Sogndal kommune	Kommunal representant
Deltakar	Rune Nordpoll	Kinn kommune	Kommunal representant
Vara	Elin Sørbotten	Kinn kommune	Kommunal representant
Deltakar	Elin Lysne	TV - FO	
Deltakar	Randi Aven	TV - Fagforbundet	
Deltakar	Per N. Solheim	Vernetenesta	Klinikkverneombod
Deltakar	Eystein Udberg post@rusettervernet.no	Rusettervernet	Brukarrepresentant
Deltakar	Anette Shanks shanksanette@gmail.co	LPP	Brukarrepresentant
Prosjektstøtte			
Prosjektstøtte	Christian Moltu	Forskingssjef	Psykisk helsevern
Prosjektstøtte	Eva Solveig Sunde	HR	
Prosjektstøtte	Kjersti E Nygaard	Fag og utviklingsavd	Seniorrådgjevar
Prosjektstøtte	Trine D. Heggheim	Psykisk helsevern	Rådgjevar
Prosjektstøtte	Sissel Karin Hals	Psykisk helsevern	Konsulent

Referansegruppe: Seksjonsleiarar i Psykisk helsevern for vaksne

1.4. Arbeidsform og gjennomføring

Utgreiingsprosjektet har gått føre seg frå slutten av oktober og ut året. Vi har hatt to fysiske møter på Skei og resten av prosjektgruppemøta digitalt på Teams. Avdelingssjefmøter har vore nytta som arbeidsmøte og referansegruppa har hatt to fysiske møter. Vi har innhenta tilbakemeldingar frå prosjektgruppa om kva som er viktigast for likeverdige polikliniske tenester ved DPSa via forms-skjema og for andre saker tatt med oss tilbakemeldingar frå prosjektgruppemøta inn i utgreiingsarbeidet og rapport. ROS-analyse av føreslegne tiltak er gjort i ei mindre gruppe bestående av prosjektleiar, avdelingssjefar, tillitsvalde, brukarrepresentant, støtteressursar og rådgjevarar kring risikovurdering i Synergi frå Fag- og utviklingsavdelinga.

Dato	Tid	Tema	Stad
27.10.25	11.30-15.00	- Gjennomgang - Innleiande analyse, DPS, kapasitet døgn, akuttinnleggingar	Grand Hotel Skei
10.11.25	12.00-14.00	Kapasitet i sengepostar og fordeling DPS og sjukehus	Teams

		Ressursar i sengepost – samanheng med likeverdig tilbod	Saksunderlag klart 07.11.25
		Utgreiing og innspel	
13.11.25	11.30-15.00	Referansegruppemøte	Grand Hotel Skei
24.11.25	10.00-12.00	- Kapasitet poliklinikk og ambulante tenester - Likeverdig tilbod i poliklinikk - Rekruttering, spesialistkompetanse og utdanning	Teams
		Utgreiing og innspel	Saksunderlag klart 21.11.25
08.12.25	09.00-12.15	- Samhandling med kommunane - Oppsummering og tilrådingar døgnet, poliklinikk og ambulante tenester	Grand Hotel Skei
			Saksunderlag klart 05.12.25
09.12.25	12.30-14.30	Referansegruppe	Teams
10.12-15.12.25		Risikovurdering av føreslegne tiltak og status	Ei mindre gruppe
18.12.25	10.00-12.00	- Gjennomgang risikovurdering - Sluttbehandling av prosjektrapport	Teams

1.5. Interessentar og kommunikasjon

Kommunikasjonsavdeling har hatt eit overordna ansvar for koordinering av kommunikasjonsaktivitetar knytt til dei økonomiske tiltaka. Vi har dialog med fleire representantar frå kommunane og brukarorganisasjonar i prosjektgruppa. Internt har status i prosjektet blitt informert i leiardialogar, avdelingssjefsmøter, direktørens time og orienteringar på intranett. Tilsette er og oppmoda om å sende synspunkt til utgreiingane, på eigen portal på intranett. I psykisk helsevern har avdelingssjefane hatt ansvar for informasjon og forankring i avdelingane.

1.6. Leveransen sine hovudaktivitetar

Hovudmålet i bestillinga er å greie ut føretaket sin DPS-struktur med mål om likeverdig tilbod til pasientane og etablering av FACT-team, med ei brei analyse av føreslegne tiltak.

- Synleggjere og kvalitetssikre aktivitet, kapasitet på tenestene, behov/framskrivingar, driftsmodell og organisering, arbeidsmåtar, arealbehov, samarbeidsformer.
- Illustrere fagleg utvikling og trendar i tenestetilbodet
- Økonomi: Berekne bemanning, kostnader med å halde fram som no versus endring
- Kartlegge behov for utstyr og investeringar
- Kost/nytte vurdering
- ROS analyse av føreslegne tiltak
- Utforme saksunderlag

2. Fakta og vurderingar

For å løyse oppdraget har vi sett på kvalitetsdata og framskrivingar, og vurdert framskrivingar frå den nasjonale framskrivingsmodellen opp mot eksisterande tilbod og framtidig behov for både døgnbehandling, poliklinikk og ambulante tenester.

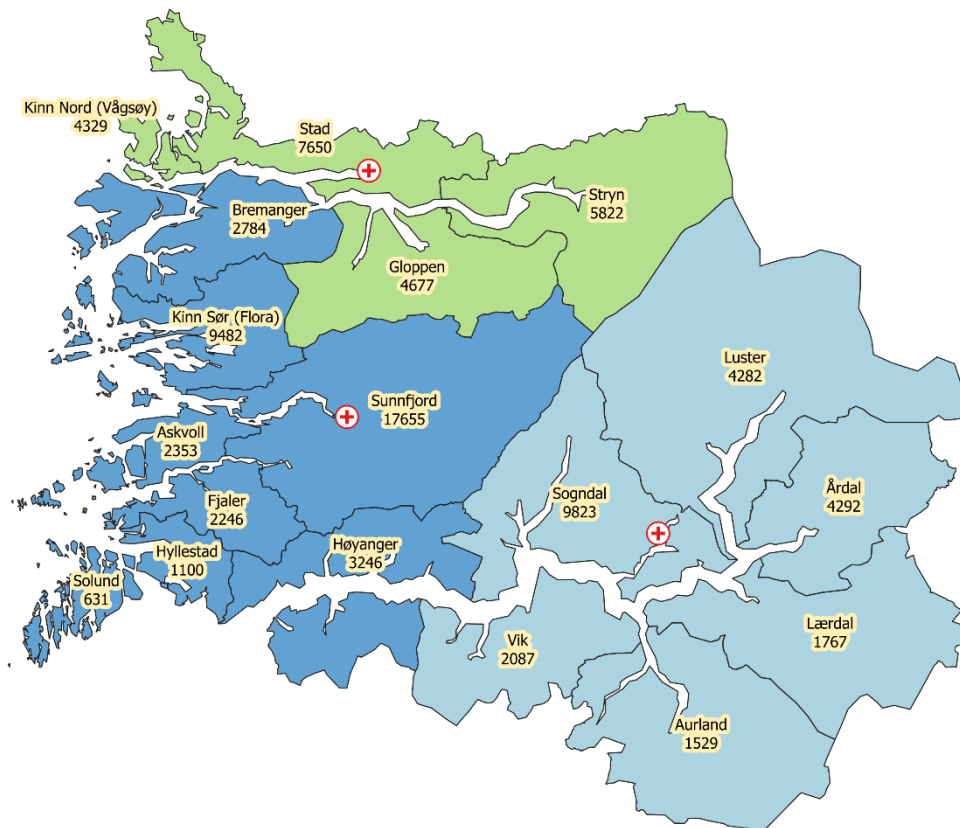
Vi har delt arbeidet inn i følgjande område:

- Kapasitet sengepostar Distriktpsikiatriske senter (DPS) og fordeling DPS og sjukehus
- Ressursar i sengepostar og likeverdig døgntilbod
- Kapasitet poliklinikk
- Ambulante tenester
- Utdanning, spesialistkompetanse og rekruttering
- Samhandling med kommunane

2.1. Befolkningsgrunnlag for DPS i Helse Førde

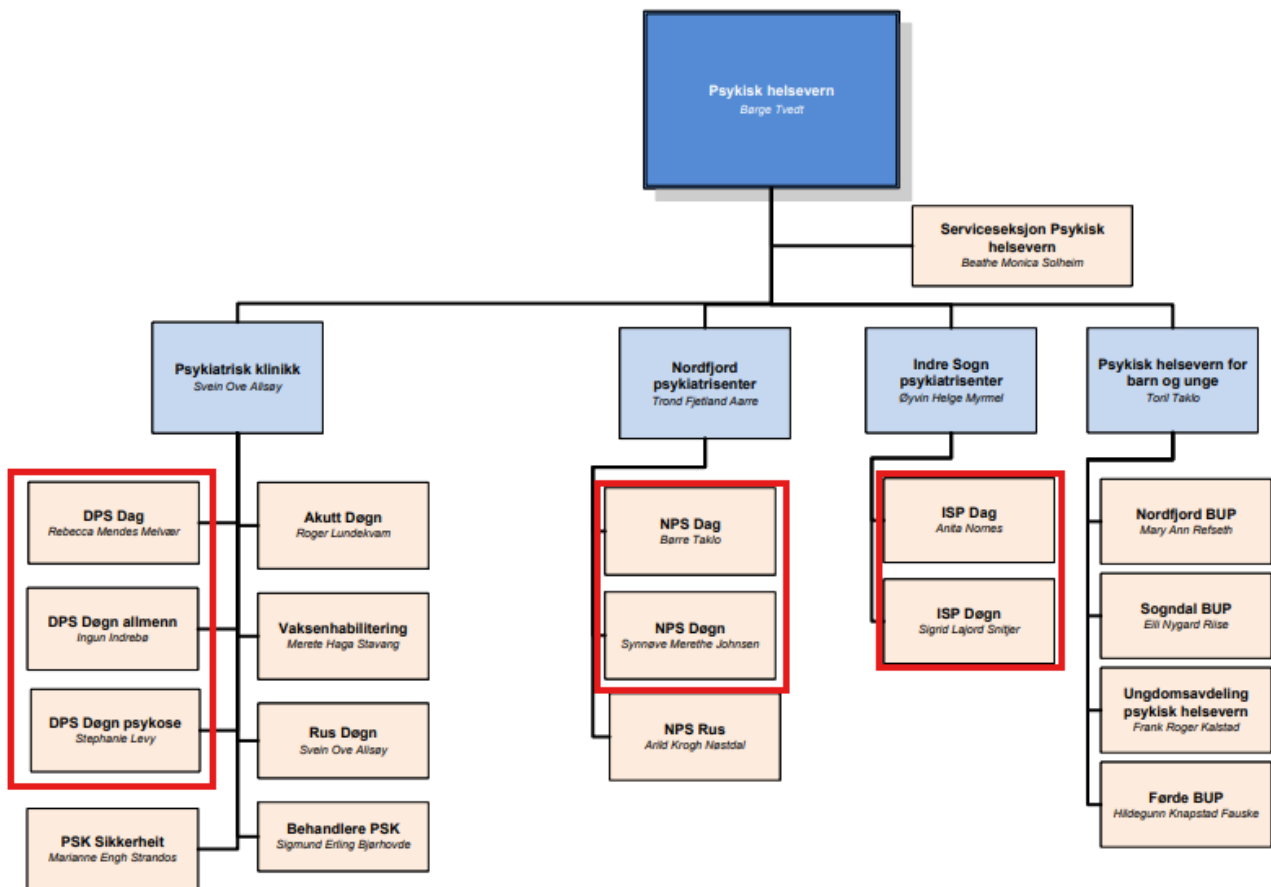
Befolkning over 18 år pr. 01.01.2025

Førde DPS	39497
Askvoll	2353
Bremanger	2784
Fjaler	2246
Hyllestad	1100
Høyanger	3246
Kinn Sør (Flora)	9482
Solund	631
Sunnfjord	17655
Indre Sogn DPS	23780
Aurland	1529
Luster	4282
Lærdal	1767
Sogndal	9823
Vik	2087
Årdal	4292
Nordfjord DPS	22478
Gloppen	4677
Kinn Nord (Vågsøy)	4329
Stad	7650
Stryn	5822
Totalsum	85755



Figur 1 Befolkningsgrunnlag over 18 år for dei ulike sjukehusa i Helse Førde

2.2. Organisering i psykisk helsevern



Organisasjonskart for psykisk helsevern. DPS seksjonar ringa inn med raudt. Rus døgn (Tronvik) ligg framleis i organisasjonskart fordi den framleis eksisterer som ei lønseining.

Psykisk helsevern for vaksne er i dag organisert i tre avdelingar, der ein tilbyr ei blanding av DPS- og sjukehusfunksjonar, med unnatak av Indre Sogn psykiatrisenter som ikkje tilbyr sjukehusfunksjonar. Ei alternativ organisering kunne vore å dele avdelingane inn i sjukehusavdeling og ei avdeling som femnar alle DPS-tenestene og lokasjonane. Dette vil kunne gje nokre fortrinn i utvikling av likeverdige spesialisthelsetenester ved DPS, men samstundes skape nye skilje mellom sjukehus og DPS. Ei slik alternativ organisering gir ikkje openberre fordelar i kvalitet og vil ikkje gje vesentleg innsparingsmogelegheit. Dette er derfor ikkje vurdert nærmare i rapporten.

2.3. Kapasitet i sengepostar og fordeling DPS og sjukehus

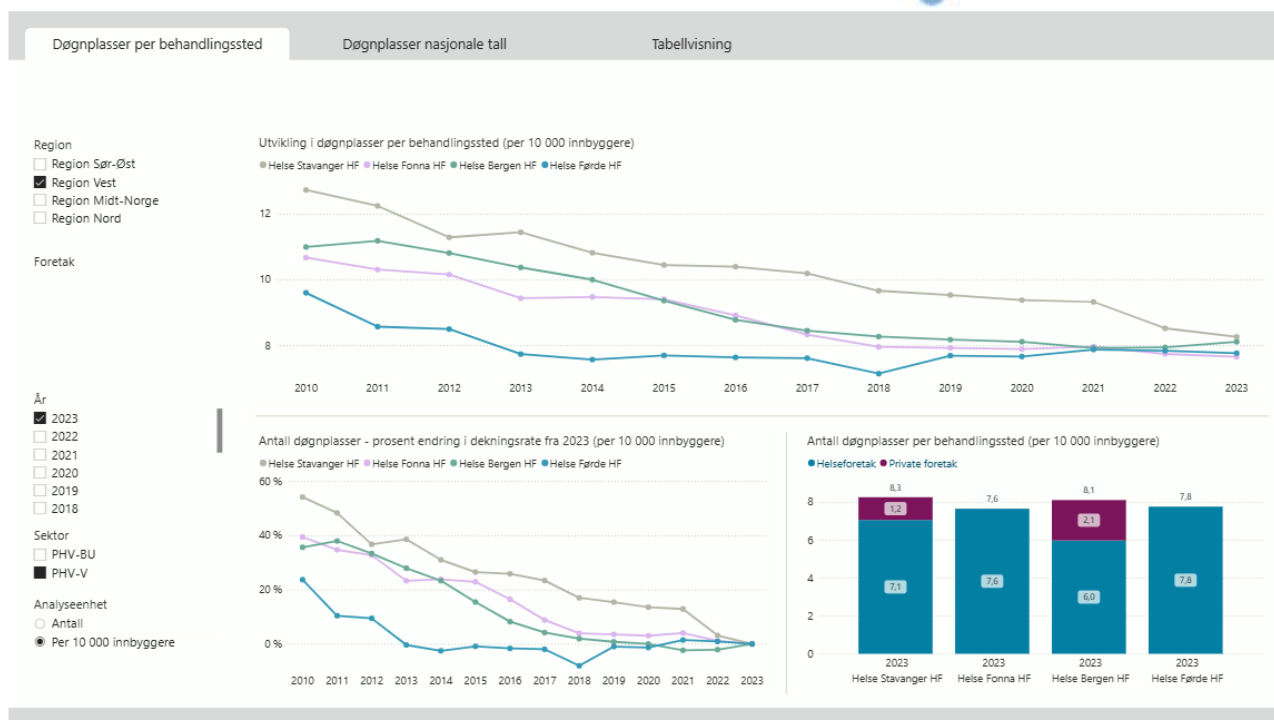
2.3.1. Bemanning sengepostar DPS

Bemanning	Årsverk i bemanningsplan	Årsverk i bemanningsplan	Årsverk i bemanningsplan	Årsverk i bemanningsplan
Veke				
Dag (pasienntretta stillingar, ekskl. behandlar)	8	5	6	6,4
Kveld	5	3	4	4
Natt	2	2	2	2
Helg				
Dag (pasientretta stillingar, ekskl. behandlar)	3	3	3	3
Kveld	3	3	3	3
Natt	2	2	2	2

2.3.2. Tal senger i Psykisk helsevern nasjonalt og regionalt

Føretak	Senger 2025	Befolkning	Sengeplasser på 10.000 innbyggjar over 18 år
Helse Førde	66	85738	7,69
Helse Fonna	108	145412	7,42
Helse Stavanger	249	303660	8,19
Helse Bergen ekskl. regionale senger	273	380009	7,18
Nasjonalt gjennomsnitt 2025			7,3

Siste nasjonale oversyn er Helsedirektoratet sine tal som er oppdatert i 2023.



Som ein ser av tala (7,69) har ikkje Helse Førde vesentleg fleire senger enn dei andre føretaka i Helse Vest eller sett opp mot nasjonale tal. Det er såleis ikkje grunn til å seie at Helse Førde har ein vesentleg overkapasitet i døgnplassar.

Helse Førde skil seg frå dei andre føretaka i Helse Vest ved at Helse Førde har ein større del senger ved DPS sett opp mot sjukehussenger. Helse Førde har 2,1 sjukehussenger pr. 10.000 vaksne innbyggjarar. Dei andre føretaka i Helse Vest har i gjennomsnitt 3,81 sjukehussenger pr. 10.000 vaksne innbyggjarar. Vidare har Helse Førde 5,6 sengeplassar pr. 10.000 vaksne innbyggjarar ved DPS, medan dei andre føretaka i Helse Vest i gjennomsnitt har 3,6 døgnplassar pr. 10.000 vaksne innbyggjarar ved DPS. Helse Førde har såleis ein vesentleg annan samansetnad av senger i psykisk helsevern enn dei andre føretaka i Helse Vest.

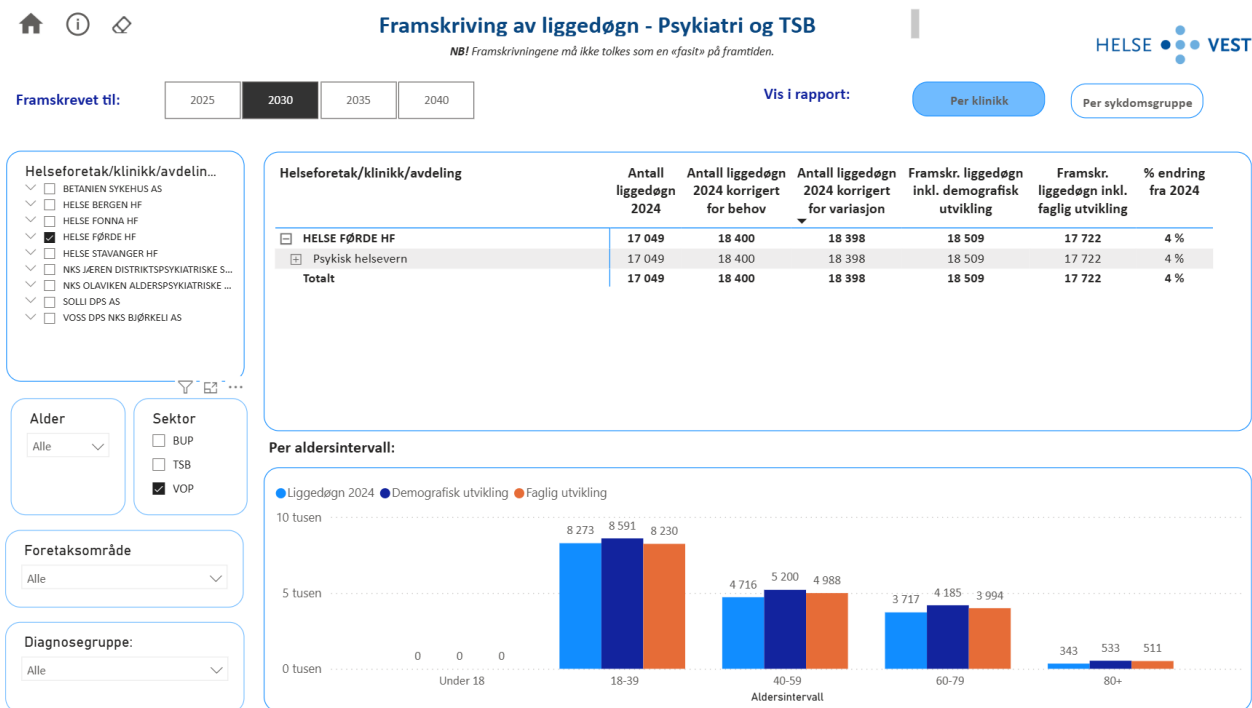
Helse Vest har som svar på oppdragsdokument 2025 – tilleggskdokument etter stortingets behandling av prop. 146 S, gjort ei kartlegging av døgnkapasiteten i Helse Vest, og korleis denne svarar ut oppdraget om auka kapasitet i døgnplassar i regionen. Konklusjonen i [styresaka](#) er at eksisterande tilbod og planlagd auke i regionen gir tilstrekkeleg kapasitet.

Det finns ikkje ein eksplisitt tilråding for storleik på sengepostar i psykisk helsevern. [Sykehusbygg HF](#) har saman med Centrum för vårdens arkitektur ved Chalmers tekniska högskola i Göteborg, utvikla et forskningsbasert [konseptprogram for lokaler for psykiatri](#). Dette er en del av kunnskapsgrunnlaget som Sykehusbygg HF nyttar ved planlegging av nye bygg i psykisk helsevern. Rapporten gir tilrådingar for utforming av sengepostar i høve ulike aspekt, både teknisk, arkitektonisk, for tilsette og pasientar. Rapporten tilrår at sengepostar i psykisk helsevern er laga for 10- 16 pasientar, gjerne med moglegheit for inndeling i mindre seksjonar ved behov.

Sykehusbygg har og gjort ei [undersøking blant åtte helseføretak](#) som fagleg grunnlag for ulike alternativ for nytt bygg for psykisk helsevern og rus ved UNN. Rapporten har først og fremst fokus på lokalisering av nybygg for psykisk helsevern, men inneheld nyttig kunnskapsoppsummering.

2.3.3. Framskrivingsmodell

Vi har brukt framskrivingsmodell for behov for helsetenester innan psykisk helsevern for å vurdere kapasiteten vår opp mot behovet fram mot 2030.



Framskrevet til:

2025 2030 2035 2040

Per klinikk

Per sykdomsgruppe

Helseforetak/klinikk/avdelin...

- ☐ BETANEN SYKEHUS AS
- ☐ HELSE BERGEN HF
- ☐ HELSE FØRDE HF
- ☒ HELSE FØRDE HF
- ☐ HELSE STAVANGER HF
- ☐ NKS JÆREN DISTRIKTSPSYKIATRISKE S...
- ☐ NKS OLAVIKEN ALDERSPSYKIATRISKE ...
- ☐ SOLLI DPS AS
- ☐ VOSS DPS NKS BJØRKELI AS

Alder

Alle

Sektor

- ☐ BUP
- ☐ TSB
- ☒ VOP

Foretaksområde

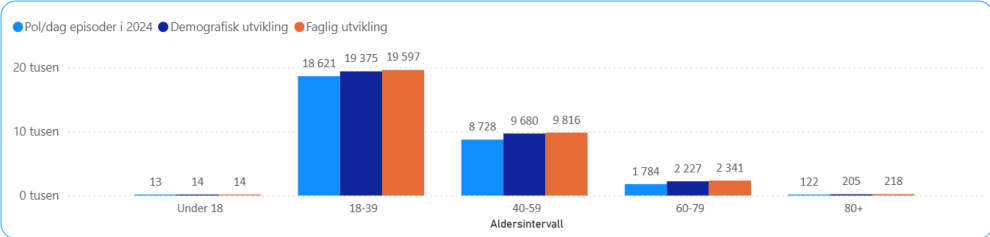
Alle

Diagnosegruppe:

Alle

Helseforetak/klinikk/avdeling	Antall kontakter 2024	Antall kontakter 2024 korrigert for behov	Framskr. kontakter inkl. demografisk utvikling	Framskr. kontakter inkl. faglig utvikling	Herav digitale kontakter	% endring fra 2024
HELSE FØRDE HF	29 268	30 086	31 501	31 987	6 521	9 %
Totalt	29 268	30 086	31 501	31 987	6 521	9 %

Per aldersintervall:



Framskrivingsmodellen syner eit auka behov til 2030 for sengeplassar med 4 prosent og poliklinikk med 9 prosent. Vi har nytta desse framskrivingane for å rekne ut behov for døgnplassar i 2030, der vi tek utgangspunkt i at rett beleggprosent i DPS er 85 prosent. 85 prosent belegg er rekna som nasjonal og internasjonal standard for planlegging av døgnplassar DPS og tilrådd kapasitetsutnytting.

2.3.4. Døgnkapasitet i Helse Førde framskrive i ulike alternativ

I dag har vi 48 DPS senger i Helse Førde

	PSK DPS Døgn allmenn	PSK DPS Psykose	ISP Døgn	NPS Døgn
Tal senger	14	9	13	12

I perioden oktober 2024 til september 2025 har vi hatt eit belegg i desse sengene på 77 prosent.

Behovet som er berekna i framskrivingsmodellen vil gi eit belegg på 80 prosent i 2030 med det sengetalet vi har i dag. Teoretisk har vi 2 senger meir enn nødvendig for å drifte med eit belegg på 85 prosent i 2030, med dagens struktur.

	85 % m/perm		
	Liggedøgn m/perm	Kapasitet	"Ledig"
Liggedøgn okt 24 - sept 25	13 304	14 660	1 356
Korrigert for behov	14 258	14 660	402
Korrigert for variasjon	14 290	14 660	370
Framskr. Demografi	14 467	14 660	193
Framskr. Fagleg utvikling	13 848	14 660	812
Teoretisk ledig kapasitet 2030			812
	DPS m/perm		
	1 356 "ledig" i dag		
	3,71 "ledige" senger i dag		
	812 "ledig" i 2030		
	2,23 "ledige" senger i 2030		

2.3.5. Alternativ for døgnposter som er vurdert

A) Stenge ein heil sengepost ved DPS

Dersom ein skal ha innsparing som fremste styringsmål, vil det økonomisk gunstige vere å stenge ein heil sengepost. Vi har berekna konsekvens for kapasitet ved å legge ned ein DPS sengepost, og har gjort vurderinga for alle tre DPSa.

ISP Døgn

DPS Helse Førde m/perm	
-	2 206 "ledig" i 2024
-	783 fleire døgn jan-sep i 2025
-	2 989 "ledig" i 2030
-	8,19 "ledige" senger i 2030

Ved stenging av ISP Døgn ville DPS i Helse Førde ha hatt 104 prosent belegg siste 12 månader og 108 prosent belegg i 2030.

NPS Døgn

DPS Helse Førde m/perm	
-	2 128 "ledig" i 2024
-	783 fleire døgn jan-sep i 2025
-	2 911 "ledig" i 2030
-	7,97 "ledige" senger i 2030

Ved stenging av NPS Døgn ville DPS i Helse Førde ha hatt 103 prosent belegg siste 12 månader og 108 prosent belegg i 2030.

PSK Allmenn

DPS Helse Førde m/perm	
-	2 748 "ledig" i 2024
-	783 fleire døgn jan-sep i 2025
-	3 531 "ledig" i 2030
-	9,67 "ledige" senger i 2030

Ved stenging av DPS Allmenn ville DPS i Helse Førde ha hatt 110 prosent belegg siste 12 måneder og 114 prosent belegg i 2030.

Vurdering:

Stenging av ein DPS sengepost ville gitt eit belegg på 103-110 prosent basert på erfaringstal frå siste 12 månader og belegg på 108-114 prosent med framskrive behov. Vi vil mangle mellom 8 og 10 senger for å ha 85 prosent belegg ved DPS. Både Nordfjord psykiatrisenter og Indre Sogn psykiatrisenter vil få rekrutteringsproblem ettersom svært lite av spesialistutdanninga kan skje lokalt dersom ein ikkje har døgnavdeling. På bakgrunn av dette har vi ikkje vurdert dette alternativet nærmare.

B) Reduksjon av sengeplasser: 2 ISP, 2 Psykiatrisk klinikk, 1 Nordfjord psykiatrisenter

	Døgn siste 12 mnd.	Framskrive	100 %	Belegg siste 12	Belegg framskrive
isp	3 258	3 415	3 784	86 %	90 %
nps	3 699	3 908	4 015	92 %	97 %
psk	6 347	6 525	7 665	83 %	85 %
	13 304	13 848	15 464	86 %	90 %
Belegg	86 %	90 %			

Ein reduksjon av 5 senger fordelt på DPSa ville gitt ein beleggsprosent på 86 siste 12 månader, og 90 prosent med framskrive behov i 2030.

Framskrive kapasitet ved ISP Døgn tilseier 1 ledig seng i 2030 ved 85 prosent belegg.

DPS m/perm	
-	650 "ledig" i 2024
-	264 fleire døgn jan-sep i 2025
-	386 "ledig" i 2030
-	1,06 "ledige" senger i 2030

Framskrive kapasitet ved NPS Døgn tilseier 0,5 seng for lite i 2030 ved 85 prosent belegg.

DPS m/perm	
-	119 "ledig" i 2024
-	66 fleire døgn jan-sep i 2025
-	185 "ledig" i 2030
-	0,51 "ledige" senger i 2030

Framskrive kapasitet ved Psykiatrisk klinikk, DPS Døgn allmenn og DPS Døgn psykose tilseier 1,7 ledig seng i 2030 ved 85 prosent belegg.

DPS m/perm	
1 064	"ledig" i 2024
- 453	fleire døgn jan-sep i 2025
611	"ledig" i 2030
1,67	"ledige" senger i 2030

Vurdering:

Ein reduksjon av total 5 sengeplassar ved DPS vil gjere at Helse Førde alt i 2026 vil ha høgare beleggsprosent enn tilrådd ved DPS. Dette, kombinert med at Helse Førde har få sjukehussenger i Psykisk helsevern, vil gje kapasitetsutfordring og lite fleksibilitet i døgnbehandlinga. Terskelen for døgnbehandling må hevast og tilgjenge vil bli redusert og ventetid for pasientar som treng døgnbehandling vil auke. Ved å gjere mindre reduksjon ved alle DPSa vil det vere svært marginal innsparing, då ein ikkje kan gjere vesentleg reduksjon i bemanning. Det kan vurderast noko tilpassing på dagtid, men på kveld og helg er det etter vår vurdering ikkje mogeleg å gjere reduksjon i bemanninga utan at tryggleik for pasientar og tilsette vert vesentleg svekka. Reduksjon av bemanning på dagtid vil og gje svekka tilbod og mindre fleksibilitet i høve miljøterapeutisk innhald.

Potensiell innsparing:

100-150 prosent stilling. Dette kan gi rom for å styrke dag- og ambulant tilbod

Sum: kr. 1.000.000,-

Tiltaket vil gjere det vesentleg meir utfordrande å gjennomføre sommarstenging i tre veker ved Indre Sogn psykiatrisenter. Dersom sommarstenging ikkje let seg gjennomføre vil vi ikkje få vesentleg innsparing samla sett.

C) Stenge 5 senger ved ein seksjon

Vurdering:

I staden for å fordele reduksjon av 5 sengeplassar ved fleire DPS, kan ein vurdere å gjere heile reduksjonen ved ein sengepost. Dette vil gje same utslag på kapasitet, fleksibilitet og kvalitet som ved alternativ B, men ikkje ta i vare nokolunde lik geografisk kapasitet i sengepost. Spørsmålet er om eit slikt tiltak vil gje vesentleg anna innsparingsmogelegheit som kan forsvare redusert kvalitet, fleksibilitet og tilgjenge. Storleiken på den sengeposten som vert redusert med 5 senger blir mindre enn tilrådd storleik frå Sykehusbygg sitt kunnskapsgrunnlag (10-16 sengeplassar). Tiltaket vil gi noko meir innsparing enn alternativ B), men samstundes gi auka kostnad pr. sengeplass og lite effektiv drift av sengepost.

Potensiell innsparing:

Inntil 250 prosent stilling. Dette kan gi rom for å styrke dag- og ambulant tilbod.

Sum: Kr. 2.400.000,-

D) Vurdere større omlegging frå DPS til sjukehus

Som vist i avsnitt 2.2.2 har Psykisk helsevern i Helse Førde fleire senger pr. 10.000 innbyggjar i DPS og færre senger pr. innbyggjar i sjukehusfunksjon. Dersom ein skulle lagt til grunn gjennomsnittleg

nokså likt fordelt mellom Indre Sogn psykiatrisenter og psykiatrisk klinikk. Ein må derfor vurdere kvar det er føremålstenleg å vurdere ein slik reduksjon. DPS senger ved psykiatrisk klinikk har nærleik til somatisk sengepost. Dette er ein klar fordel, særleg i høve døgnbehandling av pasientar med eteforstyrning, men Førde er og den einaste lokasjonen vi kan tilby ECT-behandling. Dersom ein skal redusere kapasiteten med to senger, tilrår vi at det blir gjort ved Indre Sogn psykiatrisenter. Reduksjon med to senger frå 13 til 11 Indre Sogn psykiatrisenter vil ikkje gje vesentleg innsparing.

F) Endring i plassering og storleik på sengeposter ved Psykiatrisk klinikk

- a. DPS Døgn Allmenn byter lokale med Akutt døgn
 - b. Akutt døgn får 14 senger
 - c. DPS Døgn reduserast med to senger til 12
 - d. PSK sikkerheit blir utvida til 6 plassar, med bruk av eksisterande skjermingsrom ved Akutt Døgn
- Tal senger PSK blir uendra, men med ulik fordeling.

Forslaget er vurdert for å sjå om det let seg løyse å utvide lokal sikkerheitspost innanfor dagens bygningsmasse.

Ei arbeidsgruppe ved psykiatrisk klinikk har vurdert løysinga.

Psykiatrisk klinikk har 4 sengepostar i Dagabygget med samla 41 døgnplassar. Sikkerheitspost og akutt døgn på bakkeplan (1. etasje = plan 0). DPS døgn allmenn og DPS døgn psykose i 2. etasje (2. etasje = plan 1). DPS sengepostane er opne sengepostar med ulåste inn- og utgangsdører.

Lokal sikkerheitspost og akutt døgn har begge 2 låste dører for å komme seg ut gjennom hovudinngang. Plassering og romløyisingar i Dagabygget vart nøye planlagt saman med Sykehusbygg, arkitektar, leiarar, tilsette, verneombod og tillitsvalde.

Arbeidsgruppa sin konklusjon er at ei slik omlegging av døgnpostane på Dagabygget ikkje let seg gjennomføre. Det vil kunne bli akseptable løysingar for lokal sikkerheitspost og DPS Allmenn, men DPS Allmenn må vere ein lukka post i ei slik løysing. Dette er ikkje ønskeleg. For Akutt døgn vil lokale i 2. etasje gje lokale som ikkje tilfredsstiller krava til ein moderne akuttpost. Det vil vere vesentleg ulempe for pasientane som misser tilgang til både atrium og uteområde. Ferdselsåre for pasientar til og frå Akutt Døgn frå akuttmottak ved Dagabygget vil medføre fare for skade på både pasient og tilsette. Ei slik løysing vil heller ikkje vere i samsvar med Sykehusbygg HF sine tilrådingar, som slår fast at akutte døgnpostar bør ligge på bakkeplan med tilgang til eigna uteområde. Pasientar som må fraktast frå akuttmottak til akuttpost i 2 etasje gjennom hovudinngangen i Dagabygget vil bli eksponert for besøkande og pasientar til poliklinikk og Førde BUP. Manglande skjerming av pasientar i ein slik situasjon er brot på personvern og kan opplevast som krenkjande for pasientar og kan svekkje pasientane si kjensle av tryggleik og verdigheit.

Dette alternativet vil utløyse betydeleg investeringskostnad for eventuelle avbøtande tiltak, og løysinga vil gje dyrare drift grunna meir behov for tilsette ved Akutt Døgn. Arbeidsgruppa og prosjektgruppa har ikkje rekna nærmare på alternativet då arbeidsgruppa har sterkt frarådd alternativet. Løysinga er risikovurdert til stort sannsyn for betydeleg skade på

personell, og svært stort sannsyn for moderat redusert kvalitet i pasientbehandlingen. Samla sett gjer dette at prosjektgruppa ikkje meiner dette alternativet er tilrådeleg.

2.4. Likeverdig tilbod døgn

2.4.1. Etablerte tilbod ved alle DPS døgnposter

Brukarstyrt innlegging

Sengepostane ved DPS har relativt like tilbod. Alle DPS gir tilbod om brukarstyrt innlegging, men det er likevel ulikt tilgjenge og kriterium for bruk brukarstyrt innlegging.

Jobbstøtte/IPS

Alle DPS har etablert tilbod om jobbstøtte/IPS som er eit samarbeid mellom NAV og helseføretaket. Jobbstøtte inneber at ein jobbspesialist, tilsett anten i helseføretaket eller NAV, er ein del av behandlingsteamet og i samarbeid med behandlar følg opp pasientar med mål om å finne jobb eller ta til med utdanning på heil- eller deltid. Dette tilbodet er tilgjengeleg både for pasientar innlagt i døgnpost og i poliklinisk behandling.

Sosionomteneste

Alle DPS har sosionomteneste tilknytt døgnavdeling. Det er noko ulikt organisert, sosionom er tilsett som dagarbeidar ved psykiatrisk klinikk, ved Nordfjord psykiatrisenter er sosionomar tilsett både som dagarbeidar og i turnus ved døgnpost, men tek i vare sosionomoppgåver, medan Indre Sogn psykiatrisenter kjøper 50 prosent stilling som sosionom frå NAV Sogn. Det er vår vurdering at vi på dette området ikkje har vesentleg ulikt tilbod til pasientane.

Aktivitets- og treningstilbod

Det er aktivitets- og treningstilbod ved alle døgnseksjonar ved DPS. Treningstilbod er leia og gjennomført av fysioterapeut, helsesportspedagog eller aktivitetsleiar. Det er noko ulike tilbod ved kvart DPS, tilpassa lokale aktivitets- og treningstilbod. Det vert vurdert at tilbodet er likeverdig.

Tal tilsette i døgnpost

Som det går fram av kap. 2.2.2 er det relativt lik bemanning på dag, kveld og helg ved døgnseksjonane ved DPS. Bemanningsfaktor gir ikkje grunn for at ein ikkje tilbyr likeverdige tenester.

2.4.2. Utviklingsområde – likeverdige tenester døgn

Kriseseng

Det skal for framtida vere tilnærma likt tilbod om kriseseng ved alle DPS-døgnpostar, der det skal vere mogeleg med innlegging på dagtid. Ideelt burde det vore mogeleg med innlegging på kveldstid og, men akutt- eller kriseinnlegging i døgnpost føreset «umiddelbart tilsyn av lege». Dette er mogeleg å få til, men vil krevje endra vaktordning med kortare uttrykkingstid. Dette vil auke kostnadene til vaktordning, og blir ikkje tilrådd.

Likare praksis brukarstyrt innlegging

Tilgjenge og kriterium for brukarstyrt innlegging må bli betre samstemt mellom DPS, og ein større del av pasientane som mottek døgnopphald skal få tilbod om avtale om brukarstyrte opphald. Ein bør sikte mot få eksklusjonskriterium og meir fleksibel bruk av tilbodet, slik at personar som treng det, kan få eit opphald når det er ledig kapasitet, uavhengig av om døgnplassen er definert som «brukarstyrt» eller ikkje.

Betre pasientflyt og samarbeid mellom sjukehus- og DPS-nivå

Det er stort sett godt samarbeid og god samhandling mellom DPS, og mellom DPS og sjukehus (Akutt Døgn). Det er likevel forbettringspotensiale for betre samhandling og pasientflyt, og samstemt forståing av kva som er rett behandlings- og omsorgsnivå. Nasjonale føringar (DPS-rettleiaren) tilseier at alt som kan desentraliserast, skal desentraliserast. Det tilseier at DPS tek ansvar for pasientar frå eige opptaksområde som ikkje treng rammene som ein berre kan få i lukka døgnpost. Det inneber at døgnpostar på DPS kan ikkje setje som vilkår for inntak at pasientar er t.d. rusfrie. Det er eit potensiale for at DPS kan handtere ei noko større del av akutte behov enn ein gjer i dag. Akutt døgn skal framleis ha ansvar for øyeblikkeleg hjelp og ha siste skanse-funksjonen for personar som er for krevjande til at det er fagleg og økonomisk forsvarleg å behandle dei på DPS.

Musikkterapeut

Musikkterapi var tidlegare ein del av nasjonal retningsline for psykosebehandling, men vart i likskap med mange andre tiltak ikkje vidareført når denne retningslina vart avpublisert, og erstatta med tilrådingar berre for legemiddelbehandling av psykose. Helsedirektoratet har sendt ut ein republisert utgåve av tilrådingar om behandlingsmetodar for psykosebehandling, men denne er ikkje endeleg publisert etter høyring. Det er i høyringsforslaget gitt tilråding om at personar med psykoseliding bør få tilbod om musikkterapi for å redusere negative symptom. Nordfjord psykiatrisenter og psykiatrisk klinikk har tilsett musikkterapeut. Indre Sogn psykiatrisenter har ikkje dette tilbodet. Dei andre døgnseksjonane har fått tildelt midlar til dette tilbodet gjennom realendring i budsjett, men ein har ikkje fått fullført denne satstinga. Dette utgjør ein forskjell i tenestetilbodet, og bør endrast for å kunne yte likeverdige tenester.

Erfaringskonsulent ved alle DPS

Erfaringskonsulentar er tilsette som har erfaring med psykiske plager som pasient eller pårørande. [Nasjonalt kompetansesenter for erfaringskompetanse](#) har nærmare omtale. Erfaringskonsulentar representerer eit eige fag- og kompetanseperspektiv i tenestene, og tilfører verdfull kompetanse. Nordfjord psykiatrisenter har tilsett tre erfaringskonsulentar, og DPS ved Psykiatrisk klinikk fekk tilført slik kompetanse ved nedlegginga av Rus Døgn Tronvik. Indre Sogn psykiatrisenter har ikkje tilsett erfaringskonsulent. Dette utgjør ein forskjell i tenestetilbodet, og bør endrast for å kunne yte likeverdige tenester.

Psykoedukativt familiesamarbeid ved alle DPS

Det er tilrådd at nære familiemedlemmer til pasientar med psykoseliding bør bli involvert i samarbeid om behandlingstilbodet. I tidleg fase av psykosebehandling bør nære familiemedlemmer få tilbod om psykoedukativt familiesamarbeid. Dette har inntil 2025 berre vore eit tilbod ved Nordfjord psykiatrisenter. I 2025 har vi utdanna tilsette i psykoedukativt familiesamarbeid ved både psykiatrisk klinikk og Indre Sogn psykiatrisenter, og tilbodet er starta

ved DPS psykose på psykiatrisk klinikk hausten 2025, og blir starta ved Indre Sogn psykiatrisenter i januar 2026. Det er framleis behov for tenesteutvikling for at tilbodet skal bli så likt som mogeleg ved DPS og for at også andre enn pårørande til personar med psykose kan få behandlingstilbodet når det er klinisk indikert.

2.5. Kapasitet i poliklinikk og ambulante tenester

2.5.1. Kapasitet og forbruk av polikliniske tenester

Konsultasjonar ved poliklinikkane i 2024:

Polikliniske konsultasjonar i 2024	
ISP	6 653
NPS	8 103
PSK	12 011
Totalt	26 767

Pr. oktober 2025 er det 11,1 prosent auke i polikliniske konsultasjonar samanlikna med same periode i 2024.

Forbruk av polikliniske tenester fordelt på innbyggartal

Kommune	Pasientar poliklinikk pr. 1000 innbyggjar vaksne	Episoder pr. 1000 innbyggjar vaksne
Aurland	15,8	148,7
Vik	19,2	154,1
Lærdal	27,4	239,9
Årdal	26,9	270,7
Luster	25	278,7
Sogndal	27,2	285,7
Høyanger	27,7	215,4
Hyllestad	16,4	122,6
Solund	18,9	104,1

Fjaler	21,5	148,8
Askvoll	18,4	153,6
Bremanger	21,7	170,2
Kinn	28	228,3
Sunnfjord	27,7	271,2
Gloppen	29,3	210,6
Stad	37,4	455,7
Stryn	22,3	156,2

«Episode definisjon: Norsk pasientregister (NPR) brukes begrepet **episode** som en grunnleggende enhet for rapportering av aktivitet i spesialisthelsetjenesten, inkludert psykisk helsevern. En episode representerer en sammenhengende periode med helsehjelp på et gitt omsorgsnivå og tjenesteområde. Det kan være:

Poliklinisk episode: En eller flere konsultasjoner som hører til samme behandlingsforløp.

I psykisk helsevern defineres en episode typisk som en poliklinisk kontakt, dagbehandling eller innleggelse som er registrert med relevante opplysninger (diagnose, omsorgsnivå, start- og sluttdato). Episoden avsluttes når behandlingen på det aktuelle nivået er ferdig, og en ny episode opprettes ved ny henvisning eller nytt opphold.»

Det er nokså stor ulikskap mellom kommunane i innbyggjarane sin bruk av polikliniske tenester. Lågast ligg Aurland med 15,8 pasientar i poliklinikk pr. 1000 innbyggjar, medan Stad ligg høgast med 37,4 pasientar i poliklinikk pr. 1000 innbyggjar.

2.5.2. Tilvisingar, avvisning og ventetider i psykisk helsevern for vaksne

Tilvisingar

År	ISP	NPS	PSK
2023	592	686	992
2024	625	809	1032
2025 (t.o.m. nov)	668	896	865

Ventetid, behandling starta

År	ISP	NPS	PSK
2023	46	21	30
2024	49	18	34
2025 (t.o.m. nov)	41	20	33

Del avviste tilvisingar

År	ISP	NPS	PSK
2024	30%	7%	31%
2025 (t.o.m. nov)	28%	7%	22%

Indre Sogn psykiatrisenter og Nordfjord psykiatrisenter har hatt ein klar auke i tilvisingar dei siste åra. Særleg markant er auken ved Nordfjord psykiatrisenter, der ein vesentleg del av auken skuldast tilvisingar frå andre føretak. Psykiatrisk klinikk har meir jamt tal tilvisingar.

Det er nokså stor forskjell i ventetid for pasientar som har starta behandlinga, der Indre Sogn psykiatrisenter har ventetid over nasjonalt tilrådd ventetid. Når vi ser på del tilvisingar som vert vurdert å ikkje gi rette til helsehjelp, er det og relativt stor skilnad mellom avdelingane.

Trass i forskjell i ventetid, del avviste tilvisingar og noko ulikskap å tenestetilboda både på døgn, poliklinikk og ambulant har analysane i prosjektet, både gjennom kvalitetsrapportar og pasientrapporterte data synt at mykje og er likt. Dette gjeld både i korleis dei ulike avdelingane vurderer pasientane gjennom fastsetting av diagnose, tal konsultasjonar per pasient, og sjølvrapporterte data gjennom tilbakemeldingssytemet Norse Feedback vedkommande eiga oppleving av helse og tilfriskning.

2.5.3. Behandlingsintensitet

År	ISP	NPS	PSK
2025	43 %	60 %	45 %

Behandlingsintensitet er ein ny kvalitetsindikator, som måler kor stor del av tiltak som skjer maksimalt 10 dagar etter førre tiltak. Denne indikatoren er sett fordi ein meiner at poliklinisk behandling må ha tilstrekkeleg intensitet for å vere verksam. Det regionale måltalet er sett til 60 prosent.

2.5.4. Pasientrapporterte data

Helse Førde hentar inn pasientrapporterte data gjennom løysinga Norse Feedback, der pasientar rapporterer både korleis de opplever eigen situasjon, og korleis dei opplever betring eller manglande betring gjennom behandlinga. Norse Feedback blir brukt både i døgnbehandling og poliklinikk, men i all hovudsak kjem svara i Norse Feedback frå polikliniske pasientar. Norse Feedback har gjort ei analyse av pasientrapporterte data frå januar 2023 til mars 2025, og rapporten inneheld data frå 17.248 tilbakemeldingar frå 3.347 pasientar i Helse Førde. Analyserapporten er presentert for prosjektgruppa, og gir ein peikepinn på om pasientane som får hjelp ved dei tre DPSa ut frå sjølvrapporterte data er relativt like på gruppenivå når dei startar i behandlinga, og korleis dei rapporterer betring medan dei er i behandling. Gjennomsnittleg rapporterer pasientane i Helse Førde ei noko lågare symptomtrykk enn gjennomsnittet i Helse Vest. Det er liten forskjell mellom dei tre DPSa. I gjennomsnitt rapporterer pasientane i Helse

Førde noko større endring til det betre enn gjennomsnittet i Helse Vest, og det er relativt like resultat ved Indre Sogn Psykiatrisenter, Nordfjord psykiatrisenter og Psykiatrisk klinikk. Dette er ein indikasjon på at pasientane i Psykisk helsevern i Helse Førde opplever relativt like tenester, uavhengig av kvar dei får helsehjelp. Data frå rapporten må tolkast med varsemd, og sjåast opp mot andre kvalitetsdata.

2.5.5. Funksjonsfordeling

Det er låg grad av funksjonsfordeling mellom poliklinikkane i Psykisk helsevern i Helse Førde.

4-dagars behandling

DPS dag ved Psykiatrisk klinikk har ansvar for 4-dagars behandling i Helse Førde, men med deltaking av ein terapeut frå Indre Sogn Psykiatrisenter. Tilbodet vert og ytt ved at terapeutar reiser til dei andre avdelingane.

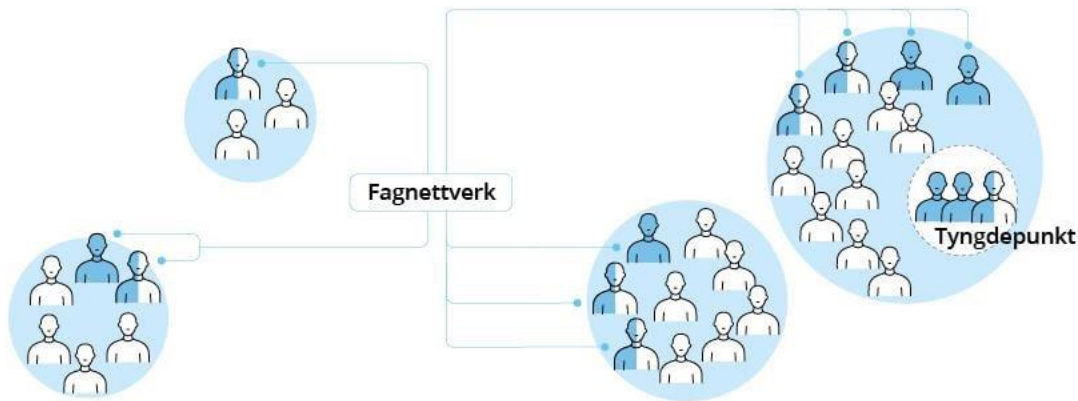
Rettleia internettbehandling

Rettleiar internettbehandling vert gitt av eit team ved DPS dag, Psykiatrisk klinikk. Helse Førde tilbyr denne behandlingsforma for sosial angst, panikkkliding og depresjon. Behandlinga vert gitt asynkront over internett, men med vurderingssamtale/oppstartssamtale med terapeut som første samtale og samtale med terapeut ved avslutning. Tilbodet har høvesvis lite omfang førebels, men det pågår arbeid for å utvide tilbodet til andre pasientgrupper. Ved utvida tilbod må ein vurdere om dette skal funksjonsfordelast i føretaket, eller om ein skal legge opp til regional eller nasjonal modell.

Fengselshelseteneste, Vik fengsel

Indre Sogn psykiatrisenter yter helsetenester til innsette i Vik fengsel. Det er tett samarbeid med Vik kommune si helseteneste. Tenesta blir ytt av psykolog, overlege og ruskonsulent.

I eit lite føretak med generalistpoliklinikkar kan det vere føremålstenleg å funksjonsfordele fleire tenester, då det er vanskeleg å ha kompetanse på eit breitt spekter av behandlingsmetodar. Dette må vurderast ved nye behandlingsformer og metodar, men må vurderast opp mot nettverks- og matriseorganisering. I rapporten «Forenkle og forbedre» er det vist til eksempel på at ein i staden for funksjonsfordeling eller tematisk organisering kan tenke fagnettverk på tvers av avdelingar og seksjonar. Vår vurdering er at denne tilnærminga er betre i eit lite helseføretak som Helse Førde. Den er langt på veg nytta innanfor TSB med gode røynsler. Arbeidsgruppa rår ikkje til omorganisering for å auke spesialiseringsgrad i poliklinikkane ettersom det aldri er vist at det fører til betre klinisk resultat.



Figur 6.1 Rapport «Forenkle og forbedre» «Spesialisert fagkompetanse kan samles i nettverk og samarbeide med øvrige deler av psykisk helsevern på ulike måter. Matriseorganisering innebærer at fagpersoner med spesialisert kompetanse er knyttet sammen i fagnettverk på tvers av organisatoriske enheter. Tyngdepunktorganisering innebærer at fagfolk med spesialkompetanse er samlet i én enhet og har ansvar for kompetansedeling innad og på tvers av enheter i helseforetaket. Begge organisasjonsformene innebærer at ansatte får ansvar for både generalist- og spesialtilbud, men forskjellen ligger i at matrise innebærer at spesialkompetansen er spredd på ulike organisatoriske enheter.»

2.5.6. Utviklingsområde – likeverdige tenester poliklinikk

Ventetid

Det er nokså stor forskjell i ventetid, men likevel god tilgjenge til polikliniske tenester i Helse Førde. Alvorsgrad av tilvisinga vert vurdert, og pasientar behov for rask helsehjelp vert prioritert. Ventetid skal for kvar avdeling ikkje vere over 35 dagar i 2026 i gjennomsnitt for pasientar som har starta behandling. I 2027 skal ventetida for kvar avdeling i gjennomsnitt ikkje vere over 30 dagar.

Rask vurdering i poliklinikk

Rask vurdering er ein del av akutt-tilbodet ved poliklinikk på DPS. Alle poliklinikkane har dette tilbodet. Det inneber at tilvising som vert vurdert å ha stor hastegrad, får tilbod om vurderingssamtale same dag, eller seinast innan fem dagar. Dette er noko ulikt praktisert mellom poliklinikkane.

Personar i føretaksområdet har i dag ikkje same tilgjenge til rask poliklinisk vurdering. I framtida skal alle poliklinikkane tilby ØH-vurderingar i vanleg kontortid. I saker som hastar, men der det ikkje er trong for øyeblikkeleg hjelp, skal ein tilby rask vurdering ut frå individuell vurdering av hastegrad.

Tilgjengelegheit for konferanse på telefon eller video for fastlege

Forvakt eller anna funksjon må ha vakttelefon som er tilgjengeleg for fastlege for å drøfte pasientsaker som fastlege eller anna tilvisar meiner har akutt behov for helsehjelp.

Tilvisingar vurdert til ikkje rett til helsehjelp – avvisingar

Det er nokså stor forskjell i avvisingsprosent. Del avviste tilvisingar skal ikkje overstige 20 prosent i 2026. Med godt samarbeid med kommunane og fastlegane i opptaksområdet, bør det og vere mogeleg ha lågare avvisingsprosent.

2.5.7. Ambulante tenester – FACT-team

Det er ein sentral del av oppdraget frå styret er å vurdere utvikling av FACT-team. FACT-team er ei forkorting for «flexible assertive community treatment», og er team som yter tenester til menneske med alvorlege psykiske lidingar med store og samansett hjelpebehov, som ikkje klarer å nyttiggjere seg andre tenester som t.d. polikliniske tenester i spesialisthelsetenesta og psykisk helsetilbod i kommunane. Teamet skal vere samansett av tilsette frå både spesialisthelsetenesta og kommunen, men det er organisert på svært mange ulike måtar i Noreg. FACT-team skal etablerast i samsvar med ein [modellomtale](#) som er utarbeidd, og ein gjer undersøkingar for å sikre at teama trufast held seg til metoden. Modellomtalen innheld og nærmare omtale av målgruppe. Det er særskilte utfordringar med å etablere FACT i lite befolkningstette område, men det let seg gjere.

Både Nordfjord psykiatrisenter, Indre Sogn psykiatrisenter og Psykiatrisk klinikk har ambulante tenester i dag.

Psykiatrisk klinikk

Psykiatrisk klinikk har ambulante tenester gjennom OP-teamet. OP-temaet har fire årsverk fordelt på psykiater (100 prosent), sosionom (100 prosent), sjukepleiar (150 prosent) og arbeids- og utdanningsspesialist (50 prosent). Målgruppa er pasientar med psykoselidningar som ikkje klarer å gjere seg nytte av poliklinisk tilbod. Teamet dekker heile opptaksområdet for psykiatrisk klinikk. Teamet gir tilbod til om lag 50 pasientar. Det er ein veikskap med tilbodet at pasientar som ikkje har psykoseplager, manglar tilbod om ambulante tenester.

Psykiatrisk klinikk har over tid hatt dialog med kommunane i opptaksområdet om etablering av FACT-team, og det er utarbeidd utkast til særavtale om etablering av FACT-team. Det er enno ikkje avklart om alle kommunane i opptaksområdet vil delta i FACT-teamet. Det vil vere utfordrande i høve prinsipp om likeverdige tenester dersom mange kommunar vel å stå utanfor samarbeidet. Frå Helse Førde si side, vil ein gå inn med ressursane frå OP-teamet i tillegg til noko poliklinisk ressurs. Teamet bør etablerast i løpet av 2026.

Indre Sogn psykiatrisenter

Indre Sogn psykiatrisenter har ambulant team. Det ambulante teamet har 4,5 årsverk fordelt på psykiater (50 prosent), psykologspesialist (200 prosent), sjukepleiar (100 prosent) og miljøterapeut (100 prosent). Teamet har tilgang på jobbspesialist og sosionom ved behov. Målgruppa er pasientar med alvorlege psykiske lidingar og ROP- pasientar som ikkje kan gjere seg nytte av poliklinisk behandling, og teamet dekkjer heile opptaksområdet for Indre Sogn psykiatrisenter. Teamet gir tilbod til om lag 50 pasientar.

Det er signalisert interesse om etablering av FACT-team frå nokre kommunar i opptaksområdet. Det må etablerast samarbeid som grunnlag for særavtale mellom Helse Førde og kommunane i

opptaksområdet. Fordeling av stillingar mellom kommune og spesialisthelsetenesta må avtalast nærmare. Teamet bør etablerast i løpet av 2026.

Nordfjord psykiatrisenter

Nordfjord psykiatrisenter har etablert FACT-team i samarbeid med Stad kommune. Teamet er samansett av tilsette frå både Nordfjord psykiatrisenter og Stad kommune. Teamet har til saman 3,65 årsverk fordelt mellom kommune og NPS; teamleiar (100 prosent), psykolog (40 prosent), lege (20 prosent), psykisk helsearbeidar (140 prosent) og erfaringskonsulent (50 prosent). Målgruppa er menneske med omfattande funksjonsnedsetting og vanskar med å nytte det ordinære tenesteapparatet.

Nordfjord psykiatrisenter har i tillegg eit ambulant team som er ope for publikum kvardagar til kl. 21.30 og mellom kl. 10.00 og 16.30 i helg og høgtid. Legevakt kan kontakte teamet heile døgret.

Nordfjord psykiatrisenter har teke opp spørsmål om utviding av FACT-teamet i Nordfjord med kommunane i sitt faste samhandlingsmøte. Det er førebels lita interesse frå kommunane for å delta i ei utviding av FACT-teamet i Nordfjord.

Dersom vi ikkje får samarbeid med tilstrekkeleg tal kommunar ved kvart DPS, vil Psykisk helsevern i Helse Førde vidareføre arbeid i eksisterande ambulante team, men med tydelegare tilnærming til FACT-modellen.

2.6. Utdanning, spesialistkompetanse og rekruttering,

2.6.1. Utdanning av legar og psykologar

Alle avdelingane i Psykisk helsevern for vaksne er godkjent som utdanningsinstitusjon for legar innanfor spesialitetane vaksenpsykiatri og rus- og avhengnadsmedisin. Like eins er alle avdelingane utdanningsinstitusjon for utdanning av psykologspesialistar. Utdanning av legespesialistar er regulert av [forskrift](#) og [Psykisk helsevern sin utdanningsplan](#). For psykolog gjeld krav og godkjenning vedteke av [Norsk psykologforening](#). Felles for både spesialisering av legar (LIS 3) og psykologar er at det er krav om teneste i døgnavdeling. For LIS 3 er det krav om eitt års teneste i akutt døgnavdeling i tillegg til eit år i anna døgnavdeling. For psykolog er det krav om eitt års teneste i døgnavdeling. Krava til døgnteneste i spesialiseringssløp for både lege og psykolog, gjer at det med lange avstandar, som mellom DPS i Helse Førde, er svært vanskeleg å sjå for deg å drive DPS utan døgnavdeling. Eit DPS utan døgnavdeling vil berre vere godkjend for ein liten del av spesialistutdanninga, og det er eit faktum at Helse Førde må utdanne sine eigne psykiatrar og psykologspesialistar.

2.6.2. Spesialistkompetanse, LIS og psykologar ved DPS

Stillings	ISP Døgn	ISP Dag (inkl ambulant)	NPS Døgn	NPS Dag	PSK Døgn Allmenn og Psykose	PSK Dag
Psykiater	1	2	1	1	2,6	3

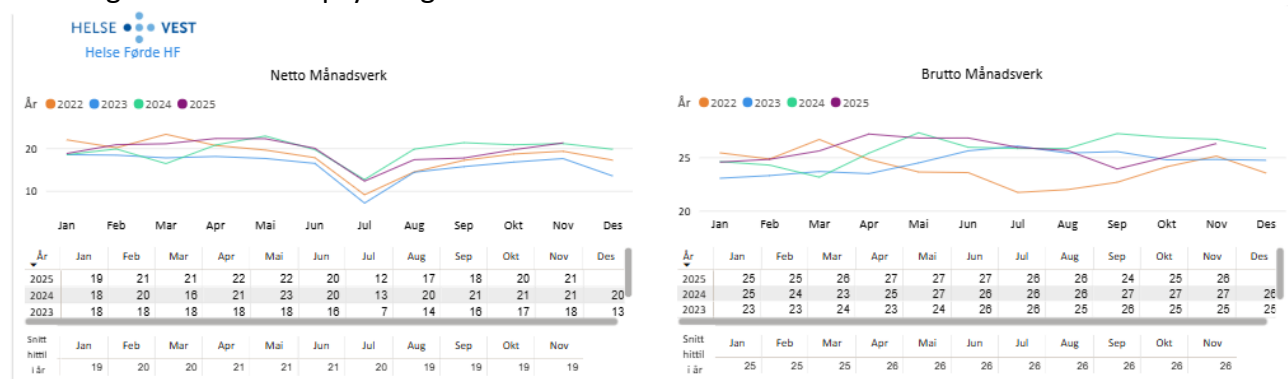
LIS 3	1	1	1	1	2	2
Psykologspesialist		3	1		1,6	10
Psykolog	1	6		3		1

Psykiatrisk klinikk har vakant overlegestilling ved DPS dag, og vil frå våren 2026 ha 3,6 stilling som psykiater ved døgnposter DPS som følgje av nyrekruttering.
Indre Sogn psykiatrisenter vil frå våren 2026 ha 4 stillingar som psykiater som følgje av nyrekruttering.

2.6.3. Rekruttering

Når ein ser på tal psykologar ved DPS har talet vore nokså stabilt over dei siste fire år

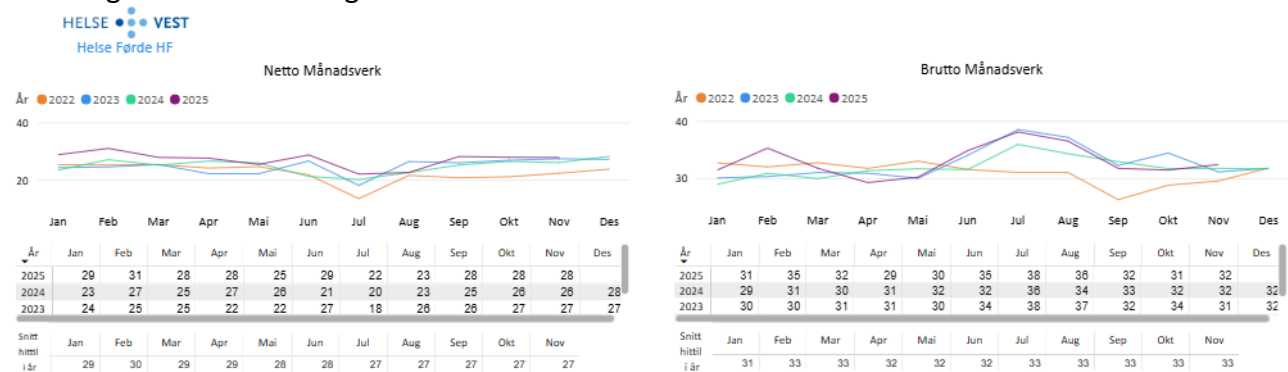
Netto og brutto årsverk psykolog



Vi har dei siste åra følgd særskilt med på turnover og endring i tal psykologar. Vi har gjort punktvis målingar på tal stillingar i dei ulike kategoriane. Dette oversynet gjeld heile Psykisk helsevern, men gir likevel eit relevant bilete av rekruttering og turnover for psykologar.

	jan.23	nov.23	mar.24	sep.24	nov.24	Okt. 2025
Psyk med lisens/ Psyk student	4,4	2,0	6,4	5,3	4,3	0,5
Psykolog A, B, C/ Psykolog	23,7	22,5	19,4	19,7	19,7	21,1
Psyk.spesialist	32,4	28,8	30,0	29,8	29,8	30,2
Totalt	60,5	53,3	52,76	54,8	53,8	51,8

Netto og brutto årsverk lege ved DPS



Grafen har med seg alle legeårsverk for psykiatrisk klinikk, då desse er organisert i eiga seksjon, og derfor ikkje let seg skilje ut i rapporten.

Det har over tid vore vanskeleg å rekruttere legar som ønskjer spesialisering i vaksenpsykiatri og rus- og avhengnadsmedisin (LIS3). Rekrutteringa har vore bra ved Nordfjord og Indre Sogn, medan det har vore meir utfordrande å rekruttere LIS 3 i Førde, både i BUP og vaksenpsykiatrien. Dette har endra seg til det betre i 2024 og 2025, men det er framleis to vakante LIS3-stillingar ved psykiatrisk klinikk.

Ved Indre Sogn psykiatrisenter har det over tid vore få overlegar, og det er her som andre stader svært vanskeleg å rekruttere ferdig utdanna overlegar. Vi har derfor over tid jobba med rekruttering frå utlandet, og har frå våren 2026 tre overlegar rekruttert frå utlandet ved Indre Sogn psykiatrisenter. Dette krev særskilt merksemd å ta godt i mot og gi god opplæring, særskilt i aktuelt lovverk.

Legane i psykisk helsevern har relativt høg gjennomsnittsalder. I ein rapport frå 2023 var gjennomsnittsalderen for psykiater i Helse Førde 55,9 år, og 48 prosent av dei var over 60 år. Dette betyr at Helse Førde må ha eit kontinuerleg fokus på utdanning av legar i spesialiteten, og dette gjeld alle avdelingane.

2.7. Samhandling med kommunane

Alle DPS har faste samhandlingsmøte med kommunane. Det er noko ulik hyppigheit og struktur på samhandlingsmøta. Alle DPS har tilbod om rettleiing til kommunane, mest i einskildsaker, men og i faste møte.

Fast samhandlingsstruktur med kommunane

Sogn psykiatrisenter: Faste teamsmøte (3 til 4 per år), vertskommunemøte, månadlege rettleiingsmøte, samarbeidsmøte på individnivå, vurderer telefontid med spesialist. Møteplassen LPP.

Nordfjord psykiatrisenter: Årleg strategisk samhandlingsmøte med kommunar og brukarorganisasjonar, Rusnettverket i Nordfjord, Møteplassen, konsultasjonsdagar i kommunane.

Psykiatrisk klinikk: Samhandlingsprosjekt med Kinn og Sunnfjord (sanntids informasjonsdeling), årleg fagdag for fastlegar, faste møte med politiet og kontrollkommisjon, tilbod om generell og pasientretta rettleiing.

Felles kompetansetiltak

ISP: Fagsamlingar (2 til 3 per år), kurs og konferansar, større kompetanseløft vanskeleg (t.d. kognitiv terapi trinn 1).

NPS: SKOP-program, SEPREP-program (tverrfagleg), opne førelesingar i samarbeid med kommunar og LPP.

PSK: Felles undervisning med somatikk, kontrollkommisjonen, pasientombod, MAP-kurs for kommunane, samarbeid med SMISO, krisesenter, barnevern, hospiteringstilbod, pårørandekveldar, LIS-undervisning.

3. Risikovurdering

Det er gjennomført risikovurdering av dei vurderte alternativa for døgnbehandling, samt for utviklingsområda for likeverdige tenester for døgn og poliklinikk. Det er i tillegg gjort vurdering av risiko for at vi ikkje får etablert FACT.

3.1. Oversyn risikovurdering alternativ døgn

Alternativ som er risikovurdert:

- A) Stenge ein heil sengepost ved DPS
- B) Reduksjon av sengeplasser: 2 ISP, 2 Psykiatrisk klinikk, 1 Nordfjord psykiatrisenter
- C) Stenge 5 senger ved ein seksjon
- E) Reduksjon av 2 senger ved eit DPS
- F) Endring ved PSK

MÅL /RISIKO	Alternativ A		Alternativ B		Alternativ C		Alternativ E		Alternativ F	
	S	K	S	K	S	K	S	K	S	K
Døgnkapasitet i psykisk helsevern	5	3	4	3	4	3	3	3	4	3
Kvalitet i behandling									5	3
Rekruttere og halde på personell	5	3	1	3	1	3	1	3	4	3
Arbeidsmiljø	5	3	1	2	2	2	1	2	5	3
Skade på personell									4	4
Areal og uteområde									5	3
Spesialistutdanning	5	4	1	4	1	4	1	4	1	4
Omdømme	5	4	3	2	3	2	3	2	5	3

Område kvalitet i behandling er berre vurdert for alternativ F. Her er det vurdert konsekvens for pasient som følgje av vesentleg mindre eigna areal og tilgjenge til uteområde

Område areal og uteområde er og berre vurdert for alternativ F. Dette gjeld konsekvens for drift som følgje av vesentleg mindre eigna areal og tilgjenge til uteområde.

Område døgncapitet for psykisk helsevern er vurdert for alle alternativ, og er vurdert ut frå at terskel for døgnbehandling må hevast, tilgjenge vil bli redusert og ventetid auke.

Som det går fram av oversynet over har alternativ A og F stort eller svært stort sannsyn for moderat eller betydeleg konsekvens på alle område som er vurdert.

3.2. Risikovurdering utviklingsområde likeverdige tenester døgn, poliklinikk og FACT

Det er ingen risikoområde i som er vurdert til raud risiko for likeverdige tenester i døgnavdelingane. Høgast risiko er knytt til om vi klarar å utvikle lik praksis for brukarstyrt innlegging ved døgnavdelingane ved DPS.

For poliklinikk er det heller ikkje vurdert risiko over gult nivå, der høgaste skår er 9 på målsetting om redusert avviseringsprosent og knytt til arbeidspress i poliklinikk.

Det er vurdert raud risiko knytt til etablering av FACT, der risikoen går på at ikkje alle kommunar ønskjer å delta, noko som kan føre til variasjon i tenestetilbodet.

4. Konsekvensreduserande tiltak

Risikovurderinga syner at fleire av tiltaka har høg og moderat risiko. Vi har i modellen for risikovurdering ikkje sett inn kompenserande tiltak for kvart alternativ som er vurdert. Konsekvensreduserande tiltak blir kort omtalt tekstleg.

Konsekvensreduserande tiltak for døgnalternativa.

For alternativ B, C, og E vil konsekvensreduserande tiltak vere å styrke poliklinikk og ambulant tilbod ved den einskilde DPS. Stipulert innsparing er likevel så låg ved å gjennomføre endringa at det vil vere vanskeleg å gjere vesentleg styrking av desse tenestene som følgje av omdisponering av midlar frå døgnbehandlinga.

For alternativ A vil og styrking av poliklinikk og ambulante tenester vere konsekvensreduserande tiltak. Styrka poliklinikk og ambulante tenester vil likevel ikkje kunne kompensere fullt ut dei negative verknadene av å legge ned ein DPS-sengepost. Prosjektgruppa vurderer at konsekvensreduserande tiltak ikkje er nok til å få risiko ned på eit akseptabelt nivå.

For alternativ F er det omtalt i notatet frå arbeidsgruppe naudsynte føresetnader dersom ein skal gå vidare med alternativet. Det er behov for tilpassing av bygg innvending, og park/uteområde, samt at alarmanlegg må utvidast. Det vil vere behov for auka bemanning på Akutt døgn. Prosjektgruppa vurderer at konsekvensreduserande tiltak ikkje er nok til å få risiko ned på eit akseptabelt nivå.

For likeverdige tenester ved DPS-døgnavdelingane er det vurdert relativt låg risiko. Høgast risiko har målsettinga om lik praksis for kriseseng og brukarstyrt seng. Einaste måten å nå desse måla på er gjennom leiing og dialog med fagfolka for å finne rett nivå og felles forståing.

Ved poliklinikkane er det og vurdert risiko i høve likeverdige tenester. Einaste måten å nå desse måla på er gjennom leiing og dialog med fagfolka for å finne rett nivå og felles forståing.

For FACT er det risiko for at ikkje alle kommunane knytt til kvart DPS ønskjer å delta i FACT. Dette gir risiko for ulikskap i tenestetilbodet frå spesialisthelsetenesta. Eit kompenserande, men kostnadskrevjande kompenserande tiltak dersom berre nokre kommunar ønskjer FACT er vidareføring av anna ambulant tilbod til kommunar som ikkje deltek i FACT. Dette vil vere kostnadskrevjande.

5. Psykisk helsevern i framtida

Dei siste tiåra har psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling dreia frå institusjonsbasert behandling mot meir polikliniske og desentraliserte tenester. Denne utviklinga har gjeve betre tilgjenge og meir behandling nær der folk bur, samstundes som styringsdokumenta peikar på at sengetalet ikkje skal reduserast vidare etter langvarig nedbygging. I Helse Førde er talet på døgnplassar samla sett vurdert som tilstrekkeleg, med unntak av lokale tryggleiksplassar, men auka pågang utan tilsvarende auke i folk og pengar gjer at vi må nå fleire med dei ressursane vi har, og få høgare klinisk avkastning av innsatsen.

Døgnopphald er ressurskrevjande og omfattar ein mindre del av pasientane. Gjennomsnittleg liggetid er om lag 20 til 25 døgn, og det er lite sannsynleg at opphalda kan kortast ned ytterlegare utan å svekke stabilisering, koordinering og førebuing til utskriving. Ved aukande etterspurnad vil terskelen for innlegging måtte bli høgare, med føresetnad om at vi i lag med kommunane og brukarorganisasjonane utviklar like effektive og gode tenester på lågare omsorgs- og kostnadsnivå.

Ryggrada i framtidas psykiske helsevern vil vere dei polikliniske tenestene. God tilgjengelegheit, digitale konsultasjonar, ambulante team og tverrfagleg oppfølging i kommunane gjer rom for tidleg innsats og førebygging. Samstundes vil det alltid vere pasientar som treng tid, tryggleik og kontinuitet i døgnbehandling, og kapasiteten må vere tilstrekkeleg til å handtere både akutte kriser og langvarige behandlingsbehov for dei med alvorlege psykiske lidningar. Digitale løysingar er eit viktig supplement, særleg i ein langstrakt region, men kan ikkje erstatte behovet for fysisk tilgjengelege og robuste tenester.

For pasientar med alvorlege og langvarige lidningar ligg det til rette for felles tenesteutvikling som bryt ned tradisjonelle grenser mellom nivåa, som til dømes FACT/ACT, lokale pasientløyper som trekkjer på ressursar frå begge partar, eller formalisert trepartssamarbeid som i LAR. Dette krev tillit, likeverd og vilje til å bemanne og finansiere tilbod på tvers av vanlege inndelingar i helsetenesta. For pasientar med mildare eller kortvarige vanskar er utfordringa å gje rask og effektiv hjelp utan å ta over behandlingar som kommunane har ansvar for. Det inneber nye samarbeidsformer der spesialisthelsetenesta i større grad støttar kommunane gjennom kompetanseoverføring, felles behandlingsplanar og meir utadretta tenester. Ansvarsfordelinga må vere realistisk og omforeint. Kommunane kan ikkje kompensere for manglande kapasitet i spesialisthelsetenesta og spesialisthelsetenesta må kunne forvente gode kommunale tenestetilbod i samsvar med rettleiar for psykisk helsearbeid.

For å kunne tilby behandling som verkar, må innhald og ansvar på spesialistnivå vere tydeleg definert. Spesialisthelsetenesta skal levere utgreiing og behandling av høg fagleg kvalitet, basert

på oppdatert kunnskap, nasjonale retningslinjer og systematisk bruk av evidensbaserte metodar. Dette omfattar grundig diagnostikk, differensialdiagnostiske vurderingar, behandling av alvorlege og samansette lidningar og handtering av høg risiko for sjølvskading, vald eller alvorleg funksjonsfall. Med avgrensa personellressursar og aukande etterspurnad kan ikkje spesialisthelsetenesta vere ei generell lågterskelteneste for alt psykisk ubehag. Ressursane må prioriterast til pasientar med størst behov, høgast risiko og mest komplekse tilstandar.

Den digitale satsinga må styrkast. Videobehandling fungerte godt under pandemien, er mindre tidkrevjande og bør auke att. Opptappingsplanen for psykisk helse peikar på behovet for digitale førebyggings- og behandlingstilbod, betre sjølvhjelpsverktøy og rettleia internettbehandling. Helse Førde deltek i tenesteutvikling og forskning, som t.d. gjennom forskings og innovasjonsprosjektet Norse Impact, og må aktivt ta i bruk nye digitale verktøy i takt med regional og nasjonal utvikling. Nye digitale behandlingsmetodar krev modning både hos terapeutar og pasientar. Kunstig intelligens er på veg inn som støtte i behandling og kan gjere tenester meir tilgjengelege og frigje tid frå administrasjon til pasientbehandling. Kvalitetssikra digitale tilbod i kommunal teneste eller privat marknad kan vere gode supplement som reduserer tal ventande og ventetider og inngår naturleg i behandlingsskjeda.

Brukar- og pårørandemedverknad må styrkast, både gjennom samval, tett samarbeid med pårørande, og gjennom modellar som brukarstyrte poliklinikkar der pasienten kan veksle mellom fysiske og digitale møte. Helse Førde nyttar dynamiske tilbakemeldingar gjennom Norse Feedback, i tråd med nasjonale forventningar, men må bli betre til å lære av og ta i bruk pasientrapporterte data i forbetningsarbeid.

Det er framleis høg overdødelegheit blant personar med rus- og psykiske lidningar. Dette gir spesialisthelsetenesta eit særskilt ansvar for å ta vare på somatisk helse i dei periodane pasientane er i kontakt med psykisk helsevern, og for tett samarbeid med den kommunale helsetenesta.

Ein av dei største flaskehalsane er tilgangen på personell. Rekruttering og stabilisering av legar, psykologar og anna helsepersonell er krevjande, særleg utanfor dei største tettstadane, og å vere avhengig av dyr vikarbruk er ikkje berekraftig. Framtida krev målretta satsing på arbeidsvilkår, fagleg utvikling og langsiktige rekrutterings- og stabiliseringstiltak. Utan dette blir verken sengekapasitet, polikliniske tilbod eller prioriteringsstrategiar mogeleg å gjennomføre i praksis.

Psykisk helsevern i Helse Førde må vere robust nok til å handtere både akutte kriser og langvarige behandlingsbehov. Dette krev ein berekraftig kombinasjon av tilstrekkeleg sengetal, sterke og tilgjengelege polikliniske og ambulante tenester, målretta digital utvikling og nok kvalifisert personell. Vår prioritering mellom desse omsyna vil ha stor betydning for pasientar, pårørande, dei tilsette og for tilliten til helsetenesta.

6. Oppsummering og vidare vegval

Prosjektgruppa har gjennom ein hektisk periode i haust vurdert Helse Førde sin DPS-struktur med særskilt fokus på likeverdige tenester og mogelegheit for etablering av FACT-team ved våre tre DPS. For å vurdere struktur har vi vurdert sju ulike alternativ for anna storleik og organisering av DPS-døgnpostar. Konklusjonen frå arbeidsgruppa er at dersom ein skal ha eit reint økonomisk innsparingsfokus, trengs større grep ved ein eller fleire sengepostar. Ut frå faglege vurderingar, erfaringstal og framskriving er dette ikkje tilrådd. Det vil vere på tvers av styringssignal dei 10 siste

åra om styring av psykisk helsevern, og direkte i strid med styringsdokument for 2025 og oppdragsdokument til revidert nasjonalbudsjett. Tiltaket vil og gjere til at berre mindre deler av utdanningsløp for legar og psykologar kan gjennomførast ved eit DPS utan sengepost. Prosjektgruppa har og vurdert eit større endring av plassering og organisering av sengepostane ved Psykiatrisk klinikk i Førde som inneheld sengepostar på både DPS- og sjukehusnivå. Føremålet med denne vurderinga har vore å sjå om endringa kan gje rom for utvida kapasitet i lokal sikkerheitspost. Dette alternativet er strekt frårådd frå arbeidsgruppa som har vurdert alternativet, og prosjektgruppa er samd i vurderinga. Ein står då igjen med reduksjon av inntil to til fem sengeplassar ved DPS som ei løysing som er mogeleg å gjennomføre. Desse alternativa vil gje lågare kapasitet og vere i strid med nasjonale føringar, men likevel mogeleg å gjennomføre. Sengepostar i desse alternativa vil bli i nedre grense eller under det som er tilrådd for storleik for sengepost i psykisk helsevern. Alternativa gir marginal økonomisk vinst, og ved eventuell gjennomføring bør sparte midlar gå til kompensierende tiltak. Ut frå den marginale vinsten, bør ein vurdere nøye den økonomiske nytten sett opp mot å redusere små DPS som allereie er nokså sårbare.

Prosjektgruppa har identifisert tiltak og område for forbetring og likeverdige tenester både på døgn og dag. Dei identifiserte tiltaka har marginal ekstra kostnad, og bør i stor grad kunne gjennomførast innanfor eksisterande budsjett. Ei gjennomføring av tiltaka vil krevje god samhandling med kommunane, klar leiing i Psykisk helsevern og endringsvilje hos tilsette.

Vurdering av etablering av FACT-team har og vore ein del av prosjektgruppa sitt mandat. Prosjektgruppa har konkludert med at dette er ønskeleg og mogleg å få til både i Nordfjord, Sunnfjord og Sogn. Det er likevel risiko for at nokre kommunar ikkje ønskjer å ta del i FACT. Dette gir risiko for ulikskap i tenestetilbodet vi saman gir til dei meste utsette og sårbare pasientane.

Vedlegg

1. Risikovurdering prosjekt DPS
2. Notat frå arbeidsgruppe Psykiatrisk klinikk
3. Uttale frå vernetenesta ved Psykiatrisk klinikk