Sammen skaper vi
et helhetlig og bærekraftig
tjenestetilbud

Utredning av overgangsboliger

RAPPORT FRA ARBEIDSGRUPPEN
Helsefelleskapet Agder
2026



Trygghet
Sammenheng
Mestring
Deltakelse

SØRLANDET SYKEHUS

Innhold

Bakgrunn 2
Utfordringsbildet 2
Mandat 2
  Målsetting 3
Overgangsbolig 3
  Målgruppen/avgrensning: 3
Organiseringsmodeller 4
Vurderinger 5
  Supplerende alternativer 6
  Arbeidsgruppens anbefaling 6
Pasientforløp og pasientflyt 7
Konsekvensanalyse av anbefalt modell 8
    For pasienten 8
    For kommunene 8
    For spesialisthelsetjenesten 8
    For kapasitet og pasientflyt 8
    Risikoer og forutsetninger 9
    Økonomiske konsekvenser 9
Samlet vurdering 10
Vedlegg 11

Bakgrunn

Opptrappingsplanen for psykisk helse 2023–2033 peker på vedvarende utfordringer knyttet til ansvar, samhandling og styring i overgangene for pasienter med særlig sikkerhetsrisiko. Både kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å sikre koordinerte og forsvarlige tjenester til pasientgruppen, samtidig som samfunnsvernet ivaretas.

SIFERs årsrapport for 2023 viser en økning i antall personer dømt til tvungent psykisk helsevern. Som følge av det nasjonale utfordringsbildet fikk de regionale helseforetakene i 2022 i oppdrag å utarbeide en nasjonal plan for sikkerhetspsykiatri. Framskrivningene i *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri* indikerer at dette er en utvikling som vil fortsette.

Pasientgruppen dette gjelder omfatter personer med alvorlige psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko, herunder personer dømt til tvungent psykisk helsevern. Mange har sammensatte behov for behandling, rehabilitering og oppfølging, og noen opptar spesialiserte døgnplasser over lang tid. Den overordnede planen peker blant annet på behov for sikkerhetsboliger, overgangsboliger, ambulante sikkerhetsteam og forsterkede kommunale botilbud for å sikre mer sammenhengende pasientforløp. NOU 2026: 12 *Én helsetjeneste* understøtter behovet for overgangs- og sikkerhetsboliger i spesialisthelsetjenesten for domfelte og andre pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

Utfordringsbildet

Overføring av pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk døgnbehandling til kommunale tjenester er krevende. Arbeidsgruppen erfarte at begrepene *ferdigbehandlet*, *utskrivningsklar* og *mottaksklar*[1] ikke nødvendigvis forstås eller brukes likt i spesialisthelsetjenesten og kommunene. Arbeidsgruppen har med bakgrunn i dette forsøkt å konkretisere utfordringsbildet.

Pasientene dette handler om er pasienter som har oppnådd tilstrekkelig stabilitet til at de ikke lenger har behov for behandling i en lukket døgnenhet eller for døgnbehandling generelt. De er i utgangspunktet klare for utskrivning fra døgnenhet, men kan fortsatt ha behov for enkelte kontrolltiltak som ledd i risikohåndteringen. Det kan blant annet dreie seg om rusmiddelkontroll og individuelt fastsatte begrensninger knyttet til utgang, adgang og besøk.

Kommunale tjenester er i hovedsak basert på frivillighet. Kommunen har ikke hjemmel eller tilstrekkelige rammer for å gjennomføre og håndheve de aktuelle kontrolltiltakene nevnt ovenfor. Pasienten kan derfor bli værende i sikkerhetspsykiatrisk døgnbehandling selv om behovet for behandling på dette nivået er avsluttet. Det oppstår dermed et gap mellom tilbudet pasienten er klar for å skrives ut fra, og rammene kommunen kan tilby.

Behovet for overgangsbolig er dermed ikke begrunnet i et fortsatt behov for døgnbehandling. Begrunnelsen er behovet for strukturerte rammer og individuelt fastsatte kontrolltiltak som ikke kan ivaretas i et ordinært kommunalt tilbud.

Mandat

Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) i Helsefelleskapet Agder besluttet å utrede overgangsboliger basert på anbefalinger fra *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri* og utredninger gjennomført i

[1] Vedlegg 8 Aktuelle lovverk

Faglig Strategisk Utvalg[2]. SSU oppnevnte høsten 2025 en arbeidsgruppe[3] med representanter fra kommunene og spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppen fikk i oppdrag å beskrive ulike modeller for pasientflyt og vurdere konsekvenser for pasienter, kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Målsetting

Målene er strukturert som samfunnsmål, effektmål og resultatmål. Den fullstendige målstrukturen fremgår av vedlegg 3 «*Operasjonalisering av mål og vurderingskriterier*[4]»

Kort oppsummert skal en overgangsbolig bidra til å:

- sikre en gradvis og forsvarlig tilbakeføring til kommunen
- ivareta pasientsikkerhet og samfunnsvern
- gi mer sammenhengende pasientforløp
- bruke spesialiserte døgnplasser og tjenestenes samlede ressurser mer hensiktsmessig.

Overgangsbolig

Overgangsboligen skal være et tidsavgrenset rehabiliterings- og overgangstilbud, ikke en videreføring av behandling på lukket døgnenhet.

Døgnbemanningen begrunnes i oppgavene enheten skal ivareta, og usikkerhet knyttet til aktuell pasientgruppe og behovet for oppfølging. Behovet for døgnbemanning kan være noe som må revurderes, gitt inklusjonskriteriene og formålet om rehabilitering og reduksjon av kontrolltiltak. Kontrolltiltak må imidlertid kunne følges opp gjennom hele døgnet, endringer i risikobildet må kunne oppdages og håndteres, og pasientsikkerhet og samfunnsvern må ivaretas forsvarlig. Overgangsboligen skal ha ansvar for pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold[5], og pasienter på tvang uten døgn (TUD)[6], og må derfor være godkjent for tvungent vern og oppfylle kravene til blant annet lokaler, personell og kompetanse basert på forskrift. Kontrolltiltakene må ha hjemmel i lovverk og bygge på en individuell vurdering for den enkelte pasient.

Tilbudet skal legge til rette for rehabilitering og botrening i mindre restriktive og mer boliglignende omgivelser. Målet er at pasienten skal kunne overføres til kommunen når behovet for kontrolltiltak er redusert eller falt bort. Kommunen vil i perioden kunne etablere tilbud som bidrar til bedre overføring.

Målgruppen/avgrensning:

Målgruppen[7] er pasienter som ikke lenger trenger det behandlings- og sikkerhetsnivået som dagens ordinære døgnplasser representerer, men fortsatt trenger døgnkontinuerlige rammer for rehabilitering og risikohåndtering og gradvis overgang til kommunale tjenester. Dette vil særlig omfatte pasienter:

---

[2] Vedlegg 1 Mandat
[3] Vedlegg 2 Arbeidsgruppe og arbeidsprosess
[4] Vedlegg 3 Operasjonalisering av mål og vurderingskriterier
[5] *Enkelte kontrolltiltak forutsetter at pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, mens andre tiltak kan gjennomføres på annet rettslig grunnlag.*
[6] NOU 2026: 12
[7] Vedlegg 4 Målgruppe

- som er dømt til tvungent psykisk helsevern
- som fortsatt kan ha behov for individuelt vurderte tiltak med hjemmel i psykisk helsevernloven, eksempelvis rusmiddeltesting, kontroll knyttet til utgang eller begrensninger i kontakten med omverdenen.
- med alvorlig psykisk lidelse og kjent risiko for vold eller alvorlig utagering
- med behov for tett oppfølging av individuelle risikofaktorer eller vilkår
- med lav kognitiv fungering og omfattende behov for habilitering eller rehabilitering som ikke faller innenfor tvungen omsorg.
- som har behov for gradvis utprøving av et lavere sikkerhets- og omsorgsnivå før overføring til kommunen.

Pasientene kan ha ulike funksjonsnivåer, rehabiliteringsbehov og risikoforhold. De kan fortsatt trenge poliklinisk eller ambulant behandling fra spesialisthelsetjenesten.

Det avgjørende er at pasienten kan nyttiggjøre seg et strukturert rehabiliteringsforløp, og at rehabilitering, risikohåndtering og samfunnsvern kan ivaretas forsvarlig i overgangsboligen. Pasienter som fortsatt trenger behandling på lukket sikkerhetspsykiatrisk nivå, eller som har et risikobilde som ikke kan håndteres forsvarlig i overgangsboligen, faller utenfor målgruppen.

Organiseringsmodeller

Arbeidsgruppen har vurdert dagens løsning og tre hovedmodeller for etablering av overgangsbolig[8]. Modellene er utformet basert på erfaringsinnhenting fra andre helseforetak[9] og Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri:

- **0. Dagens løsning, nullalternativet**: Pasienten blir værende ved Psykiatrisk sykehusavdeling fram til direkte overføring til et kommunalt eller privat botilbud.

- **1.Overgangsbolig på sykehusområdet**: Boligen etableres i nær tilknytning til Psykiatrisk sykehusavdeling og underlegges samme ledelse. Ambulant sikkerhetsteam og kommunale tjenester inngår i individuelt tilpassede rehabiliteringsforløp.

- **2. Overgangsbolig ved DPS**: Boligen etableres som en døgnbemannet, boligpreget enhet ved DPS. Modellen forutsetter faglig forankring i sikkerhetspsykiatrien, støtte fra ambulant sikkerhetsteam og gradvis involvering av bostedskommunen.

- **3. Overgangsbolig i kommunen**: Enheten etableres i eller nær pasientens bostedskommune, med kommunale tjenester og tett oppfølging fra spesialisthelsetjenesten.

De innholdsmessige kravene, materielt og miljøterapeutiske, fremkommer av vedlegg 7[10].

[8] Vedlegg 5 Beskrivelse av ulike overgangsboliger – modeller
[9] Vedlegg 6 Erfaringsgrunnlag annet helseforetak
[10] Vedlegg 7 Innholdsmessige krav og miljøterapeutiske krav

Vurderinger

Arbeidsgruppen vurderte modellene opp mot følgende kriterier:

- faglig kvalitet
- pasientsikkerhet og samfunnsvern
- tilgjengelighet og kapasitet
- likeverdighet
- samhandling og ansvarsfordeling
- arbeidsmiljø
- juridisk og organisatorisk gjennomførbarhet
- økonomi og ressursbruk.

Samlet vurderinger, for og imot[11] samt en konsekvensanalyse fremgår av vedlegg. I aktuell rapport fremkommer kun hovedkonklusjonen og oppsummeringen. Gjennomgang av aktuelle regelverk, knyttet til juridisk og organisatorisk gjennomførbarhet, fremkommer av «Aktuelle lovverk[12]».

Tabellen nedenfor oppsummerer hovedstyrkene, de viktigste utfordringene og arbeidsgruppens samlede vurdering. Den fullstendige analysen med nærmere begrunnelser fremgår av vedlegg 9.

Tabell 1. Kort sammenligning av modellene som er vurdert i utredningen.

Modell	Hovedstyrke	Viktigste utfordring	Samlet vurdering
Nullalternativet	Krever ingen ny etablering.	Viderefører manglende rehabilitering, kapasitetsproblemer og sårbare overganger.	Løser ikke utfordringsbildet.
1. Overgangsbolig på sykehusområdet	Gir nærhet til sikkerhetspsykiatrisk kompetanse og rask bistand.	Er sentralisert og kostnadskrevende og gir svakere kommunal involvering.	Faglig robust, men mindre egnet som rehabiliterende mellomnivå.
2.Overgangsbolig ved DPS	Kombinerer boligpreget rehabilitering, beredskap og gradvis kommunal involvering.	Krever godkjenning, egnede lokaler, tilstrekkelig bemanning, tydelig ansvarsdeling og avklart finansiering.	Faglig robust, egnet som rehabiliterende mellomnivå.
3.Overgangsbolig i kommunen	Gir nærhet til pasientens nettverk og framtidige tjenester.	Har uavklart rettslig grunnlag, ulik kommunal kapasitet og risiko for lang responstid.	Vurderes ikke som tilstrekkelig gjennomførbar på nåværende tidspunkt. Manglende mulighet til å endre rammer/vilkår og sikre behovene til pasientgruppen.

[11] Vedlegg 9 Analyser av fordeler og ulemper ved de ulike modellene
[12] Vedlegg 8 Aktuelle lovverk

Supplerende alternativer

Ambulant sikkerhetsteam kan bidra med sikkerhetspsykiatrisk kompetanse, risikovurdering, veiledning og støtte i overgangene. Teamet kan imidlertid ikke alene tilby døgnkontinuerlig oppfølging eller etablere det rettslige grunnlaget kommunen trenger for å gjennomføre kontrolltiltak. Teamet er i dag heller ikke dimensjonert for oppfølging på kveld, natt og helg.

Ordinært døgnopphold ved DPS kan være aktuelt for enkelte pasienter, men gir ikke nødvendigvis det samme boligpregede og systematiske rehabiliteringstilbudet som en overgangsbolig.

Arbeidsgruppen vurderer derfor disse løsningene som supplementer i pasientforløpet, ikke som fullverdige erstatninger for overgangsbolig.

Arbeidsgruppens anbefaling

Arbeidsgruppen anbefaler at overgangsbolig ved DPS utredes videre som foretrukket modell, med sikte på en tidsavgrenset utprøving. DPS-modellen svarer per i dag best på målene for rehabilitering, pasientsikkerhet, samfunnsvern, kommunal involvering og ressursbruk. DPS modellen anbefales som følge av et ønske om å redusere nivået på oppfølgingen og knytte pasientforløpene tettere til distriktspsykiatriske tjenestene.

En organisering under PSA sammen med sikkerhetsenheten, vurderes også som faglig mulig og kan gi fordeler gjennom nærhet til sikkerhetspsykiatrisk kompetanse, beredskap og etablerte strukturer for risikohåndtering. Samtidig kan en slik organisering gjøre det mer krevende å tydeliggjøre overgangsboligen som et rehabiliterende tilbud på et lavere behandlingsnivå. Anbefalingen av DPS-modellen innebærer derfor ikke at PSA-alternativet vurderes som uforsvarlig eller uegnet, men at DPS-modellen samlet sett vurderes å understøtte formålet med overgangsboligen best.

Overgangsboligen foreslås etablert som en egen, boligpreget og døgnbemannet enhet i spesialisthelsetjenesten. Tilbudet søkes godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Det anbefales et tett samarbeid med sikkerhetsenheten og psykiatrisk sykehusavdeling for å etablere en felles faglig plattform.

Ambulant sikkerhetsteam bør inngå som en integrert del av modellen og bidra med:

- sikkerhetspsykiatrisk oppfølging
- strukturert vurdering og håndtering av risiko
- veiledning og kompetanseoverføring til kommunale tjenester
- støtte i overgangen mellom Psykiatrisk sykehusavdeling, overgangsbolig og kommune
- oppfølging etter tilbakeføring til bostedskommunen.

Kommunen involveres før overføring til overgangsboligen og deltar i planlegging, møter, kartlegging og relasjonsbygging. Kommunale tjenester skal deretter trappes gradvis opp gjennom oppholdet. For hver pasient må det foreligge en forpliktende og individuelt tilpasset plan som beskriver mål, forventet oppholdstid, ansvars- og oppgavefordeling, planlagt progresjon og overgang til kommunen.

For pasienter med lang avstand mellom bostedskommunen og overgangsboligen bør det legges til rette for faseinndelt oppfølging. Kommunale tjenester kan innledningsvis hospitere i

overgangsboligen og bli kjent med pasienten og oppfølgingen. Senere kan pasienten gradvis delta i aktiviteter, motta tjenester og gjennomføre botrening i bostedskommunen.

Før modellen kan etableres, må følgende være avklart:

- rettslig grunnlag og godkjenning for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold
- egnede lokaler som støtter rehabilitering og ivaretar nødvendige sikkerhetskrav
- døgnkontinuerlig bemanning, beredskap og tilstrekkelig kompetanse
- faglig, organisatorisk og økonomisk ansvar
- rutiner for bistand og eventuell tilbakeføring til sikkerhetsenheten
- forpliktende samarbeid med bostedskommunen
- ansvar for behandling, rehabilitering og risikohåndtering
- finansieringsmodell
- kriterier for inntak, progresjon og utflytting
- plan for evaluering av kvalitet, sikkerhet, pasientutfall, kapasitet, ressursbruk og arbeidsmiljø.

Arbeidsgruppen anbefaler en treårig utprøving med et begrenset antall plasser. Prosjektet skal gi kunnskap om nytte, kvalitet, pasientutfall, kapasitetsvirkninger og faktiske kostnader før det tas stilling til permanent drift, økt kapasitet eller etablering ved flere DPS-er.

Pasientforløp og pasientflyt

Overgangsboligen skal inngå i et sammenhengende og tidsavgrenset pasientforløp mellom lukket sikkerhetspsykiatrisk døgnbehandling og kommunale tjenester. Forløpet skal legge til rette for gradvis rehabilitering, økt selvstendighet og tilbakeføring til bostedskommunen, samtidig som risikohåndtering og samfunnsvern ivaretas.

Arbeidsgruppen har skissert fire ulike pasientflyter[13]. Disse viser alternative veier mellom sikkerhetspsykiatrisk døgnenhet, overgangsbolig, andre tilbud i spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Valg av pasientflyt skal bygge på individuelle vurderinger av:

- funksjonsnivå og rehabiliteringsbehov
- risikobilde
- behov for kontrolltiltak
- eventuell videre behandling
- kommunens etablering av bolig og tjenester

Forløpet skal kunne justeres ved manglende progresjon, forverring eller økt risiko. De fire pasientflytene fremgår av vedlegg 10. Pasientforløpet er beskrevet i vedlegg 11.

Innenfor den valgte pasientflyten skal kommunens deltakelse og ansvar trappes gradvis opp gjennom fire faser:

1. deltakelse i kartlegging, planlegging og relasjonsbygging
2. aktiviteter og tjenester i bostedskommunen
3. kortere opphold og botrening i kommunen
4. flytting til kommunal bolig med etablerte tjenester og avtalt videre oppfølging.

[13]Vedlegg 10 Pasientflyt

De fullstendige pasientflytene, kriteriene for valg av forløp og progresjon samt ansvarsfordelingen mellom aktørene fremgår av vedlegg.

Konsekvensanalyse av anbefalt modell

Nedenfor presenteres hovedtrekkene fra konsekvensanalysen av *modell 2. Overgangsbolig ved DPS*. En mer omfattende analyse fremkommer av vedlegg 12.

For pasienten

Overgangsbolig ved DPS vil gi et mer boligpreget og mindre restriktivt rehabiliteringstilbud enn lukket sikkerhetspsykiatrisk døgnbehandling. Modellen legger til rette for systematisk ADL-trening, botrening og gradvis økt selvstendighet. Samtidig kan risikohåndtering og samfunnsvern ivaretas, og individuelt fastsatte kontrolltiltak kan gjennomføres innenfor gjeldende rettslige rammer.

Tidlig involvering av bostedskommunen kan redusere risikoen ved utskrivning og gi et bedre grunnlag for å etablere individuelt tilpasset bolig og tjenester.

Overgangsboligen innebærer samtidig et ekstra ledd i pasientforløpet. Oppholdet må derfor være målrettet og tidsavgrenset og tilføre pasienten en tydelig rehabiliteringsgevinst.

For kommunene

Modellen innebærer tidligere og mer forpliktende kommunal deltakelse enn i dag. Kommunale tjenester må bidra i kartlegging, relasjonsbygging og rehabilitering under oppholdet og gradvis overta flere oppgaver. Kommunen må også planlegge og etablere bolig og nødvendige tjenester før utflytting.

Dette kan gi økt ressursbruk, særlig for kommuner med lang reiseavstand til overgangsboligen. Samtidig kan kommunen få bedre kjennskap til pasientens funksjon, behov og risikofaktorer. Det kan gi en tryggere overgang, styrke samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og redusere behovet for krisehåndtering og reinnleggelser.

Kommunens deltakelse må tilpasses pasientens behov og kommunens geografiske og organisatoriske forutsetninger.

For spesialisthelsetjenesten

Modellen krever egnede lokaler, døgnkontinuerlig bemanning og beredskap, nødvendig kompetanse og faglig støtte fra sikkerhetspsykiatrien. Det må også etableres rutiner for rask bistand og eventuell tilbakeføring til sikkerhetsenheten ved forverring eller økt risiko.

Tilbudet kan samtidig frigjøre spesialiserte døgnplasser og redusere opphold på et høyere behandlings- og sikkerhetsnivå enn pasientens behov tilsier. For å unngå at ordinær døgnkapasitet og behandlingsmiljøet ved DPS svekkes, bør overgangsboligen etableres som en fysisk og organisatorisk avgrenset enhet.

For kapasitet og pasientflyt

Overgangsboligen vil etablere et mellomnivå som mangler i dagens pasientforløp. Modellen kan bidra til kortere opphold i lukkede sikkerhetspsykiatriske døgnplasser og bedre tilgjengelighet til disse plassene for pasienter som trenger behandling på dette nivået. Frigjorte plasser kan også

bedre tilgjengeligheten til spesialisert døgnbehandling for andre pasienter fra kommunene på Agder.

For å oppnå den ønskede kapasitetsgevinsten må overgangsboligen komme i tillegg til den eksisterende døgnkapasiteten og innebære en reell styrking av tilbudet til en pasientgruppe med særlig omfattende behov. Plassene må benyttes i samsvar med den definerte målgruppen, og oppholdene må være målrettede og tidsavgrensede. Dersom kommunen ikke etablerer bolig og tjenester i tide, kan overgangsboligen selv bli en ny flaskehals.

Risikoer og forutsetninger

Arbeidsgruppen har identifisert følgende sentrale risikoer:

- uklar faglig, organisatorisk og økonomisk ansvarsdeling
- belastning på arbeids- og behandlingsmiljøet ved DPS
- utilstrekkelig bemanning eller sikkerhetspsykiatrisk kompetanse
- geografiske forskjeller i kommunenes mulighet til å delta
- langvarige opphold og utvikling av en ny flaskehals
- manglende kommunal bolig eller tjenester ved planlagt utflytting.

Risikoene må reduseres gjennom tydelig ledelsesforankring, avklart ansvar, tilstrekkelig bemanning og kompetanse, forpliktende planer og klare kriterier for inntak, progresjon og utflytting.

Økonomiske konsekvenser

Modellen som anbefales vil medføre betydelige etablerings- og driftskostnader knyttet til lokaler, bemanning, beredskap og kompetanse. Arbeidsgruppen har forsøkt å kartlegge utgiftene som kan tilkomme basert på anbefalingen i utredningen. Dette fremkommer av vedlegg 13. Hensikten har vært å synliggjøre kostnadsdrivere og usikkerhet. De økonomiske konsekvensene er imidlertid ikke fullt ut gjennomgått og kartlagt.

Kostnadene som er vurdert viser at det vil være en betydelig etableringskostnad dersom det skal etableres et modulbygg, ev. om en skal ombygge eksisterende bygningsmasse. Etableringskostnaden kan reduseres dersom man ønsker å leie et modulbygg i en utprøvingsperiode, men tomt, etableringskostnader må da eventuelt også inkluderes.

De største driftsutgiftene vil imidlertid være knyttet til bemanning. Estimert til:

- ca 11,4-12,5 mill. kr pr år i spesialisthelsetjenesten,
- inntil 3,4 mill. kr pr. pasient i kommunal oppfølging

Overgangsboligen må forstås som en investering i økt kapasitet og bedre pasientforløp, ikke som et innsparingstiltak. Etablering og drift vil innebære økte kostnader, men kan samtidig gi bedre ressursutnyttelse gjennom mer hensiktsmessig bruk av spesialiserte døgnplasser. Tiltaket kan redusere presset på de sikkerhetspsykiatriske døgnplassene og på sikt begrense kostnader knyttet til langvarige opphold på høyt sikkerhetsnivå, overbelegg og reinnleggelser. I tillegg kan tilbudet gi bedre kvalitet i pasientforløpene og styrke muligheten for rehabilitering og videreføring til et lavere behandlings- og omsorgsnivå.

Dette er en forventet mulig gevinst, ikke et dokumentert resultat.

- Kostnadsberegningene i utredningen er foreløpige og må kvalitetssikres.

- Finansieringsansvaret og fordelingen av kostnader mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene må avklares før etablering.

Samlet vurdering

Arbeidsgruppen vurderer at overgangsbolig ved DPS kan gi bedre rehabilitering, tryggere overganger og mer hensiktsmessig bruk av spesialiserte døgnplasser. Modellen stiller samtidig betydelige krav til lokaler, bemanning, kompetanse, samhandling og finansiering.

Anbefalingen er også i tråd med retningen i NOU 2026: 12. Helsereformutvalget anbefaler at DPS i større grad utvikles som tverrfaglige samarbeidsarenaer mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Utvalget peker samtidig på overgangsboliger og sikkerhetsboliger i spesialisthelsetjenesten som en viktig del av tilbudet til pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

Det foreligger ikke tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å anbefale permanent drift for den aktuelle pasientgruppen. Arbeidsgruppen anbefaler derfor en tidsavgrenset utprøving med et begrenset antall plasser. Beslutning om permanent drift eller utvidelse bør bygge på evaluering av kvalitet, pasientutfall, pasientsikkerhet, kapasitetsvirkninger, arbeidsmiljø, kommunal ressursbruk og faktiske kostnader. Utprøvingen anbefales organisert som et prosjekt der det søkes samhandlingsmidler til å dekke dokumenterte merutgifter for Sørlandet sykehus HF (SSHF) og de involverte kommunene. Dette gjelder driftskostnader som kommer i tillegg til utgiftene partene normalt må forventes å ha til behandling og oppfølging av den aktuelle pasientgruppen.

Vedlegg

1.Mandat 13
2. Arbeidsgruppe og prosess 14
3. Operasjonalisering av mål og vurderingskriterier 15
4. Målgruppe 18
5. Beskrivelse av ulike overgangsboliger – modeller 19
6. Erfaringsgrunnlag - annet helseforetak 23
7. Innholdsmessige krav og miljøterapeutiske tiltak 24
8. Aktuelle lovverk 25
9. Analyser av fordeler – ulemper ved de ulike modellene 28
10. Pasientflyt 30
11. Anbefalt pasientforløp ved overgangsbolig 31
12. Konsekvensanalyse 34
13. Foreløpig kostnads- og gevinstvurdering for overgangsbolig ved DPS 41

1.Mandat

Følgende saker har blitt behandlet i Strategisk Samarbeidsutvalg (SSU); «Mennesker som utfordrer samfunnsvernet[14]», «Oppsummering av tiltak Mennesker som utfordrer samfunnsvernet[15]» og «Prioritering av tiltak i saken om Mennesker som utfordrer samfunnsvernet[16]». På bakgrunn av de prioriteringene som ble gjort i sakene, besluttet SSU å igangsette en utredning av overgangsboliger:

- *Arbeidsgruppe opprettes på ledernivå med representanter fra begge parter.*
- *Oppdraget er å beskrive ulike modeller for pasientflyt med konsekvensanalyse for både pasient, kommune- og spesialisthelsetjenesten.*

Arbeidsgruppens mandat fremgår videre i sakspapirene, hvor utredningen skal ta utgangspunkt i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri kap. 3.1.3.

> *«Som del av utredningen ønsker SSHF at man i fellesskap med kommunene etablerer en samforståelse av hvilke behov en overgangsbolig skal dekke og hvorvidt dette er et kostnadseffektivt alternativ til ambulante sikkerhetsteam eventuelt pasientforløp med DPS godkjent for tvang som del av pasientflyten.*
>
> *Kommunene sammen med SSHF bes derfor om å beskrive ulike modeller for pasientflyt med konsekvensanalyse for både pasient, kommune- og spesialisthelsetjenesten.*
>
> *Det har kommet innspill om at Andreas Hus som eies av Kristiansand næringsselskap (KNAS) kunne vært et spennende og innovativt utgangspunkt for utredningen om etablering av overgangsbolig, inkludert om det er mulig å lage en bærekraftig business-case på dette. Huset ligger på sykehusområdet i umiddelbar nærhet til KPH/PSA. Godkjenning for bruk av psykisk helsevern med døgn må ligge til grunn.*
>
> *Uansett pasientforløp, forutsetter det tett samarbeid mellom kommune og spesialist helsetjeneste, blant annet med bruk av ambulant sikkerhetsteam og kompetansedeling og utvikling.*

[14] sak-15-2024-saksfremstilling.-mennesker-som-utfordrer-samfunnsvernet.pdf
[15] 44-2024-saksframstilling.-mennesker-som-utfordrer-samfunnsvernet.pdf
[16] 05-2025-saksframstilling.-prioritering-av-tiltak-mennesker-som-utfordrer-samfunnsvernet.pdf

2. Arbeidsgruppe og prosess

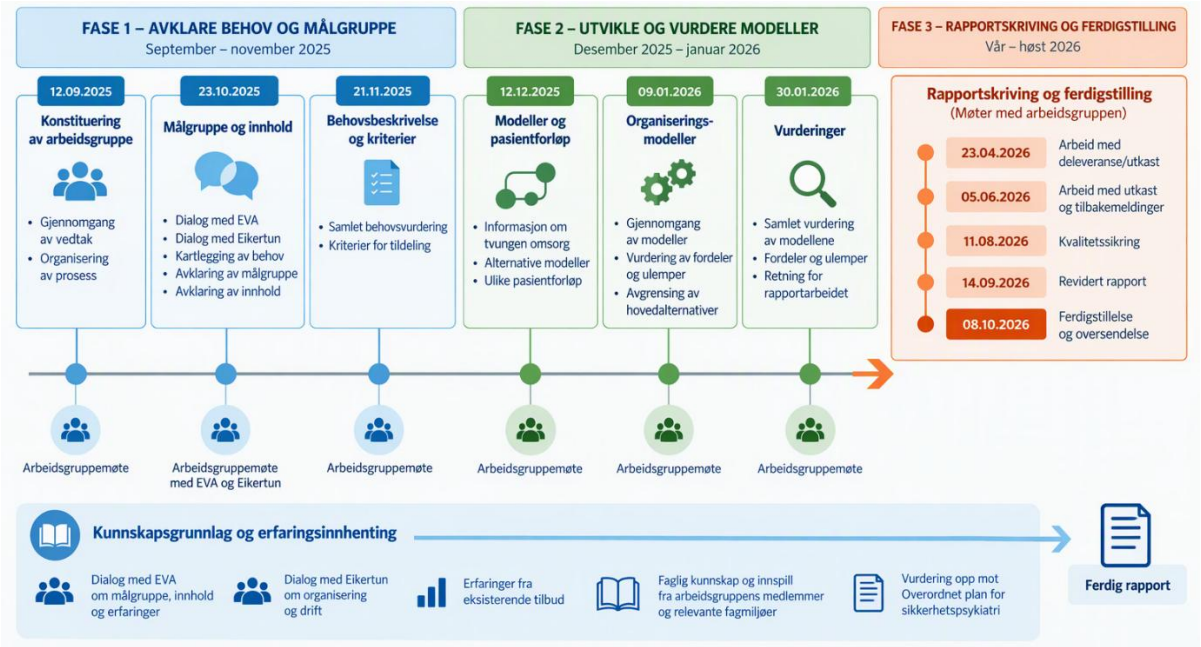
Tabell 1 Arbeidsgruppe som har utredet overgangsboliger på Agder

Arbeidsplass	Navn	Stilling
Vennesla kommune	Bodil Bakken Domingos	Enhetsleder, Koordinerende og helsefremmende enhet
Psykiatrisk sykehusavdeling	Rune Peersen	Seksjonsleder, PSA Kristiansand
Østre Agder DPS	Niclas Halvorsen	Enhetsleder FACT/psykiater
Vestre Agder DPS	Erlend Lunde	Psykiater
Kristiansand kommune	Hans Petter L Breistein	Enhetsleder Forvaltning og koordinering
Arendal kommune	Ørjan Fossheim	Enhetsleder psykisk helse og rus
Vennesla kommune	Marcus Hæstad	Fagleder enhet for livsmestring
Evje Hornnes kommune	Mona Enes	Rådgiver helse og omsorg
Fagavdelingen, SSHF	Mirjam Lien Smedsrød	Samhandlingssjef/sekretær i arbeidsgruppen
Klinikkstab, KPH SSHF	Gro M. Eilertsen	Faglig rådgiver klinikkstab/leder av prosess

På bakgrunn av mandat ble det skissert følgende prosess:

- Etablere enighet om hva en overgangsbolig er og innhold
- Gjennomgang av lovverk og handlingsrom i kommune- versus spesialisthelsetjenesten
- Beskrive målsetting og målgruppe
- Erfaringsinnhenting fra annet helseforetak
- Behovsbeskrivelse og kriterier for tildeling
- Organiseringsmodeller
- Vurdering av organiseringsmodellene
- Pasientforløp og konsekvensanalyse
- Estimering av kostnader

Figur 1 Arbeidsprosess



I mandatet ble Andreas Hus trukket frem som et mulig utgangspunkt for utredningen. Bygget ble leid ut i løpet av arbeidsperioden og kunne derfor ikke inngå som et konkret lokaliseringsalternativ. Arbeidsgruppen vurderte i stedet overgangsbolig på sykehusområdet som en generell organiseringsmodell.

3. Operasjonalisering av mål og vurderingskriterier

Målsettingen for etablering av overgangsbolig er beskrevet i *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri*[17]. I forbindelse med denne utredningen er det hensiktsmessig å tydeliggjøre hvilke mål som skal oppnås ved etablering av overgangsboliger. Målene kan struktureres i tre nivåer: samfunnsmål, effektmål og resultatmål. Målene er konkretisert gjennom vurderingskriterier som benyttes i vurderingen og sammenligningen av alternativene.

Samfunnsmål:

Det overordnede målet er å

- sikre helhetlige og sammenhengende pasientforløp, uavhengig av forvaltningsnivå.
- sikre gradvis tilbakeføring til samfunnet for pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern, samtidig som hensynet til samfunnsvern ivaretas.

Pasientene skal motta sitt tjenestetilbud på det sikkerhets- og omsorgsnivå som til enhver tid vurderes forsvarlig, gitt en samlet faglig vurdering. Tiltaket skal bidra til mer bærekraftige tjenester gjennom mer hensiktsmessig bruk av spesialiserte døgnplasser, det vil si lukkede døgnplasser i psykiatrisk sykehusavdeling (PSA).

Effektmål

Tiltaket skal bidra til:

- bedre kvalitet i pasientforløp med tydeligere rehabiliteringstiltak og trening av ADL-ferdigheter i bolig underlagt sykehuset.
- gradvis progresjon i forløpet tilpasset pasientenes forutsetninger for å lykkes.
- bedre bruk av kapasiteten ved lukkede døgnplasser og kortere liggetider for enkeltpasienter på høyeste behandlings- og sikkerhetsnivå.
- økt tilgang for sårbare pasientgrupper som har behov for de aktuelle døgnplassene av andre årsaker enn samfunnsvernet.
- bedre samhandling mellom forvaltningsnivåene rundt enkeltpasienter og større grad av integrerte forløp.
- bedre bruk av tjenestenes samlede ressurser.
- mer likeverdig tjenestetilbud på Agder, uavhengig av pasientens bostedskommune.
- at flere pasienter rehabiliteres og tilbakeføres til bostedskommunen
- færre uplanlagte reinnleggelser og tilbakeføringer til høyere behandlings- og sikkerhetsnivå.

Resultatmål

Resultatet for tjenestene vil være:

- kortere opphold på lukket sikkerhetspsykiatrisk døgnnivå når behovet for behandling på dette nivået er avsluttet
- bedre tilgjengelighet til lukkede døgnplasser for pasienter som har behov for dette nivået
- etablering av forpliktende og integrerte pasientforløp mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

[17] Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri

Vurderingskriterier

For å sikre en systematisk, etterprøvbar og likeverdig vurdering benyttet arbeidsgruppen et sett med vurderingskriterier utarbeidet av Klinikk for psykisk helse. Vurderingskriteriene er utledet fra målsettingene (samfunnsmål, effektmål og resultatmål) og benyttes til å vurdere i hvilken grad de ulike modellene bidrar til måloppnåelse. Disse ble gjennomgått og operasjonalisert i arbeidsgruppen. Følgende vurderingskriterier ble benyttet:

- faglig kvalitet og rehabilitering
- pasientsikkerhet og samfunnsvern
- tilgjengelighet og kapasitet
- samhandling og ansvarsfordeling
- likeverdig tilbud på Agder
- arbeidsmiljø, bemanning og kompetanse
- juridisk og organisatorisk gjennomførbarhet
- økonomi og ressursbruk.

Tabellen nedenfor viser hvordan de ulike kriteriene kan relateres til målene for etablering av overgangsboliger.

Tabell 2 Operasjonalisering av vurderingskriterier

Vurderingskriterium	Det vurderes i hvilken grad modellen …
Faglig kvalitet og rehabilitering	• legger til rette for kunnskapsbasert praksis i tråd med relevante pasientforløp og nasjonale faglige føringer • understøtter helhetlige og sammenhengende pasientforløp, rehabilitering og gradvis progresjon • gir mulighet for samhandling, internkonsultasjon og veiledning • gir fleksibilitet i tjenestetilbudet og mulighet for trinnvis tilpasning av omsorgs- og sikkerhetsnivå • kan benyttes for aktuelle pasienter på bakgrunn av funksjon og behov, og ikke bare diagnose
Pasientsikkerhet og samfunnsvern	• ivaretar pasientsikkerhet og samfunnsvern ved gradvis tilbakeføring til samfunnet • legger til rette for strukturert risikovurdering, risikohåndtering og oppfølging av individuelle risikofaktorer • gir forsvarlige rammer for kontrolltiltak som er nødvendige i overgangsfasen • reduserer risikoen for vold, tilbakefall, alvorlige hendelser og uplanlagte reinnleggelser
Tilgjengelighet og kapasitet	• bidrar til god pasientflyt mellom enheter, avdelinger og forvaltningsnivåer • gir pasientene tilgang til nødvendige tjenester på riktig omsorgs- og sikkerhetsnivå • reduserer flaskehalser og frigjør spesialiserte døgnplasser for pasienter med behov for dette • gir bedre utnyttelse av eksisterende døgnkapasitet og personellressurser • reduserer unødvendig oppholdstid på lukkede døgnplasser når behovet for sykehusbehandling er avsluttet • legger til rette for planlagt overføring til et lavere omsorgs- og sikkerhetsnivå og videre tilbakeføring til kommunen
Samhandling og	• legger til rette for tidlig og forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene

ansvarsfordeling	• gir tydelig ansvars- og oppgavefordeling gjennom hele pasientforløpet • sikrer gradvis kommunal involvering og overføring av ansvar • legger til rette for felles planlegging, koordinering og informasjonsutveksling • reduserer risikoen for ansvarsdiffusjon og svikt i overgangene.
Likeverdig tilbud på Agder	• gir et likeverdig tilbud uavhengig av pasientens bostedskommune • bidrar til mer ensartet tilgang til relevant kompetanse, oppfølging og nødvendige tjenester • reduserer geografiske forskjeller i pasientforløp og mulighet for gradvis tilbakeføring
Arbeidsmiljø, bemanning og kompetanse	• gir tydelige roller, ansvarslinjer og samarbeidsflater mellom involverte tjenester • legger til rette for tilstrekkelig kompetanse, veiledning og faglig støtte til medarbeiderne • bidrar til et trygt og bærekraftig arbeidsmiljø og reduserer belastningen ved krevende situasjoner
Juridisk og organisatorisk gjennomførbarhet	• kan etableres og drives innenfor gjeldende rettslige rammer; gir tydelig faglig, organisatorisk og økonomisk ansvar; legger til rette for lovlig gjennomføring av individuelt fastsatte tiltak; har realistiske krav til godkjenning, lokaler, bemanning, kompetanse og beredskap.
Økonomi og ressursbruk	• gir hensiktsmessig bruk av døgnplasser, personell og andre ressurser • reduserer unødvendig bruk av kostnadskrevende plasser på høyt omsorgs- og sikkerhetsnivå • har en bærekraftig driftsmodell og gir bedre samlet ressursutnyttelse over tid

4. Målgruppe

- Pasienter som er vurdert ferdig behandlet innenfor rammene av lukket døgnenhet innen spesialisthelsetjenesten, men som fortsatt har behov for vedtak hjemlet i psykisk helsevernloven. Dette vil kunne være:
    - behov for ruskontroll, utgangskontroll og innskrenkninger i kontakt med omverdenen, noe kommunene ikke har rettslig grunnlag eller tilstrekkelige rammer for å gjennomføre og håndheve.
    - behov for monitorering/overvåkning knyttet til vilkår for dom.
- Pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern (tidsbestemt/tidsubestemt).
- Pasienter med stort voldspotensial og vanskelige å håndtere ute i samfunnet med tanke på samfunnsvernet.
- Lav kognitiv fungering.
- Pasienter med alvorlig psykisk lidelse.

Behandlingskriterium skal være oppfylt før pasienten kan vurderes for en overgangsbolig.

Inklusjonskriterium

- Vurdering i tråd med behandlingskriteriet foreligger.
- Utredning foreligger (omfatter ADL kartlegging, kognitive funksjoner er vurdert og psykologisk, avklart om det er habilitering eller rehabilitering).
- Ønske om samarbeid og motivasjon fra pasienten.
- Volds- og trusselpotensial skal være avklart
- Sikkerhets- og risikohåndteringsplan foreligger.

Dette innebærer at faglig ansvarlig skal ha vurdert pasienten som ferdig behandlet ved det behandlings- og sikkerhetsnivået som dagens ordinære lukkede døgnplasser representerer, hvilket omfatter at samfunnsvernet er vurdert ivaretatt ved overføring til annet omsorgsnivå. Pasienten kan fortsatt ha behov for poliklinisk eller ambulant oppfølging fra sykehuset. Dersom pasienten skal være aktuell for overgangsbolig, skal bør foreligge:

- en vurdering om pasientens behov for tiltak, og om disse faller utenfor rammene som kommunehelsetjenesten kan gjennomføre i dag gitt deres lovverk.
- felles behandlingsplan med fordeling av oppgaver knyttet til habilitering/rehabilitering bør foreligge før overføring til overgangsbolig, men er ikke et krav
- behandlingsplanen bør skissere antatt oppholdstid, med en maks oppholdstid på 3 år.

Pasientgruppen vil kunne ha svært ulike behov og risikoforhold, uavhengig av hvor pasienten får sitt videre behandlingstilbud. Vilkårsbrudd må konkretiseres og operasjonaliseres basert på individuelle, kliniske vurderinger.

Eksklusjonskriterium

- Manglende rehabiliteringspotensiale hvor samfunnsvernet ikke kan ivaretas ved en overgangsbolig.
- risikobildet kan ikke håndteres forsvarlig i overgangsboligen.

I slike tilfeller bør en be om «second opinion» fra Sikkerhetsseksjonen, Oslo Universitetssykehus.

5. Beskrivelse av ulike overgangsboliger – modeller

Overgangsbolig på sykehusområdet

Modell 1. Overgangsbolig på sykehusområdet: Boligen etableres i nær tilknytning til Psykiatrisk sykehusavdeling og underlegges samme ledelse. Ambulant sikkerhetsteam og kommunale tjenester inngår i individuelt tilpassede rehabiliteringsforløp.

Overgangsboliger på sykehusområdet ble beskrevet som boliger:

- lokalisert på sykehusområdet, i umiddelbar nærhet til sikkerhetsenheten
- tilpasset bolig for overgang til kommunal omsorg, hvilket innebærer redusert bemanning/oppfølging sammenliknet med en lukket døgnenhet
- under ledelse av sikkerhetsenheten
- mulig å trene på bo-ferdigheter, ADL-ferdigheter og gradvis økt selvstendighet
- med oppfølging fra ambulant sikkerhetsteam og bemanning tilpasset pasientenes behov og risikobilde.
- med tidlig og gradvis involvering av bostedskommunen i rehabiliteringen og planleggingen av videre tilbud
- mulighet for rask tilbakeføring ved manglende mestring til lukket døgnenhet
- godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold
- mulighet for individuelt tilpasset tilbud

To ulike beskrivelser for organisering ble drøftet:

- som en «forsterket DPS»
- selvstendig, men under oppsyn

Tabell 3. Ulike bemanningsfaktorer og innhold i overgangsbolig på sykehusområdet

Forsterket DPS	**Selvstendig – men under oppsyn**
• Full bemanning • Låste dører, utgang med følge, videreføre tvang, gradvis. • De som ikke mestrer å bo i tilbudene i kommunen. • Regulere hvem som går inn/ut • Krav til ruskontroll • Tett oppfølging/ rett kompetanse.	• Uten kontinuerlig stedlig bemanning – ambulerende oppfølging/sikkerhetsenhet • Dedikert personell, til bolig • Krav til ruskontroll • Tett oppfølging/rett kompetanse • Styrt sammensetning • Monitorering tilsvarende halvveishuset ved ARA/Kristiansand

Arbeidsgruppen valgte å gå videre med en modell for overgangsbolig hvor det er bemanning av ambulant oppfølgingsteam, samt nattevakt, men ikke kontinuerlig tilsyn. Dette kan oppnås både ved bolig etablert på sykehusområdet, og ved et DPS godkjent for tvang etter lov om psykisk helsevern.

I den videre analysen er sykehusmodellen avgrenset til en egen, boligpreget overgangsenhet på sykehusområdet, organisatorisk og faglig underlagt sikkerhetsenheten ved Psykiatrisk sykehusavdeling. Modellen bygger på at pasientene bor selvstendig, men under oppsyn, med oppfølging fra ambulant sikkerhetsteam, stedlig nattevakt, samdrift med sikkerhetsenheten og gradvis involvering av bostedskommunen. Det er ikke lagt til grunn kontinuerlig stedlig tilsyn i

overgangsboligen. Organiseringsmodellen arbeidsgruppen besluttet å inkludere i konsekvensanalysen for pasientforløp var modellen hvor pasienten bor selvstendig, men under oppsyn.

Dette krever:

- Tett samarbeid med kommunehelsetjenesten for habilitering/rehabilitering
- Ambulant sikkerhetsteam som følger opp pasientens behandling og vilkår
- Dagtilbud (uavhengig av tjenestenivå)
- Bemanning primært med nattevakt
- Digitale løsninger for overvåkning av aktivitet i bygget når ambulant team er fraværende
- tilgang til nødvendig bistand fra sikkerhetsenheten og mulighet for rask tilbakeføring ved forverring eller økt risiko.

I mandatet ble Andreas hus nevnt som mulig alternativ. Dette er ikke en reell mulighet på tidspunkt for vurdering da Bufetat har inngått leieavtale med KNAS på tidspunkt for utredning. Gjennomgang av materielle som må være på plass, kombinert med kostnadsanslag fra EVA og Eiketun, har lagt grunnlaget for vurderinger om økonomi.

Overgangsbolig ved DPS

Modell 2. Overgangsbolig ved DPS: Boligen etableres som en egen, fysisk og organisatorisk avgrenset døgnbemannet, boligpreget enhet ved DPS. Modellen forutsetter faglig forankring i sikkerhetspsykiatrien, støtte fra ambulant sikkerhetsteam og gradvis involvering av bostedskommunen. DPS har ansvar for daglig drift, døgnbemanning og miljøterapeutisk oppfølging, mens ansvaret for behandling, risikohåndtering og sikkerhetspsykiatrisk oppfølging må avklares og beskrives nærmere.

Overgangsbolig lokalisert nært døgnenhetene på DPS ble operasjonalisert på følgende vis:

- Full bemanning
- Låst dører, utgang med følge
- Videreføre tvang
- Adgangskontroll og krav til ruskontroll
- **Base i DPS, FACT team som følger pasientene er i nærheten.**

Grunnet utrykningstid og mulighet for samarbeid med politi, vurderes ikke Kvinesdal som et egnet sted for overgangsbolig. Arbeidsgruppen la til grunn to muligheter for overgangsbolig:

- DPS – forsterket Solvang
- DPS – forsterket DPS Østre Agder

Den opprinnelige DPS-modellen forutsatte ikke egen godkjent døgnenhet, døgnkontinuerlig bemanning eller tilsvarende mulighet for risikohåndtering. På bakgrunn av svakhetene som fremkom i den innledende vurderingen, utviklet arbeidsgruppen en revidert DPS-modell. Den endelige anbefalingen gjelder den reviderte modellen, ikke modellen som er vurdert i denne første analysen.

Med bakgrunn i gjennomgang i arbeidsgruppen ble denne endret og revidert.

Revidert modell for overgangsbolig ved DPS

På bakgrunn av på pro/con analysen utarbeidet arbeidsgruppen en ny beskrivelse av overgangsbolig lokalisert ved DPS, godkjent etter lov om psykisk helsevern. Klinikken har per i dag ett DPS godkjent etter lov om psykisk helsevern. Dette er Vestre Agder DPS, lokasjon Solvang. Arbeidsgruppen tok utgangspunkt i beskrivelsen av overgangsbolig underlagt PSA. Dette innebærer følgende modell for overgangsbolig:

Pasienten bor selvstendig – men under oppsyn

- Bolig på DPS område, for ADL-trening og trening på å bo, alternativt bruke eksisterende døgnplasser.
- Egen døgnkontinuerlig bemanning og eget ansvar for tilsyn, med tilgang til bistand fra DPS-døgnposten etter nærmere fastsatte rutiner
- Faglig ansvar er underlagt sikkerhetsenheten ved Psykiatrisk sykehusavdeling.
- Ambulant sikkerhetsteam og FACT bidrar i behandling, risikovurdering, risikohåndtering, veiledning og sikkerhetspsykiatrisk oppfølging i samarbeid med faglig ansvarlig og overgangsboligens personell.
- Kommunehelsetjenesten bidrar med kommunalt tilbud integrert i tilbudet ved DPS.
- Overgangsboligen har egen nattevakt og ansvar for døgnkontinuerlig tilsyn. DPS-døgnposten kan bistå etter nærmere fastsatte rutiner ved behov.
- Mulighet for individuelt vurderte og rettslig hjemlede tiltak knyttet til blant annet rusmiddeltesting, utgang, oppfølging av vilkår og kontakt med omverdenen
- Styrt sammensetning
- Omfang 3 – 5 plasser

Arbeidsgruppen drøftet også en løsning hvor en omgjorde deler av døgnplassene ved DPS Solvang til boenheter for sikkerhetspsykiatri pasienter som skal overføres til kommunehelsetjenesten for bo-trening med integrert oppfølging av kommunehelsetjenesten. Eventuelt etablering av modulbygg der en i dag har FACT brakkene. Arbeidsgruppen konkluderte med å anbefale eget bygg (modulbygg).

Modellen innebærer at overgangsboligen etableres som en egen, fysisk avgrenset og boligpreget enhet på DPS-området. Enheten organiseres under DPS og har egen døgnkontinuerlig bemanning og eget ansvar for daglig drift, miljøterapeutisk oppfølging og tilsyn. Det faglige ansvaret er underlagt sikkerhetsenheten ved Psykiatrisk sykehusavdeling.

Tilbudet anbefales etablert som et prosjekt. Dette for å avklare om en slik organiseringsmodell er bærekraftig. Dersom prosjektet viser seg å være bærekraftig, kan en eventuelt på sikt både søkt Østre Agder DPS godkjent etter lov om psykisk helsevern, og også etablere tilsvarende tilbud i Arendal.

Det er denne modellen som legges til grunn for den videre konsekvensanalysen og omtales som Modell 2, overgangsbolig ved DPS.

Modell 3. Overgangsbolig i kommunene

Modell 3. Overgangsbolig i kommunen: Enheten etableres i eller nær pasientens bostedskommune, med kommunale tjenester og tett oppfølging fra spesialisthelsetjenesten.

I Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri skisseres kommunale botilbud ikke som overgangsbolig da lov om psykisk helsevern ikke kan legges til grunn i en kommunal bolig. Dette baseres på en tradisjonell tolkning av lov om psykisk helsevern og forskrift for godkjenning. Arbeidsgruppen drøftet mulighet for å kunne utfordre lovverket og søke eksisterende kommunal bolig, hvor pasienten har botilbud, godkjent etter lov om psykisk helsevern gitt at en la til grunn:

- Responstid under 20 min til Psykiatrisk sykehusavdeling
- Etablert samarbeidsavtale knyttet til juridiske forhold og ansvar i behandling, rehabilitering og generell oppfølging av pasient
- Ambulant sikkerhetsteam som benyttes til å forsterke kommunalt tilbud, og sikre forsvarlig bemanning.

En overgangsbolig i kommunen er i denne utredningen operasjonalisert som bolig:

- Lokalisert i pasientens bostedskommune
- **Ikke underlagt spesialisthelsetjenesten fullt og helt, men delt ansvar**
- godkjent etter lov om psykisk helsevern og etablert i samarbeid med spesialisthelsetjenesten noe som gir mulighet for *ruskontroll, tilbakeholdelse og adgangsbegrensninger*.
- Enkelt bolig, men kan også være del av bofellesskap
- Bolig som kommunen kan eie, mens spesialisthelsetjenesten eventuelt disponerer hele eller deler av boligen
- Ambulant team med faste oppmøtetidspunkt
- Kommunal oppfølging
- Digital samhandling

Selve premisset for en slik overgangsbolig er utforskning av gråsonene i lovverket og krever enten at tjenestene søker dispensasjon fra aktuelt lovverk eller at tjenestene søker bolig godkjent etter lov om psykisk helsevern og etablere dette som et samhandlingsprosjekt. Bekymringen er imidlertid at en slik overgangsbolig kan medføre skjult kostnadsoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten.

6. Erfaringsgrunnlag - annet helseforetak

Arbeidsgruppen innhentet innledningsvis erfaringer fra to ulike tilbud i Helse Vest:

- Enhet for voksne med autisme.
- Eiketun

EVA er en døgnbemannet bo- og behandlingstjeneste innen sikkerhetspsykiatrien. Enhet er organisatorisk plassert under Avdeling for sikkerhet ved Stavanger Universitets Sykehus (SUS). Tilbudet er underlagt lov om spesialisthelsetjenesten. EVA er ikke godkjent for tvungent psykisk helsevern og pasientene er innlagt på frivillig basis. 50% er innlagt på tvungent psykisk helsevern, uten døgnopphold. Tjenestene som tilbys er beskrevet som å være mer i tråd med kommunehelsetjenesten. Tvang innenfor rammene til EVA er det samme som i kap. 9 i kommunen. Tilbudet har åpen dør, og pasientene beveger seg svært fritt. Det er lite rus på enheten som følge av at dette vil defineres som et vilkårsbrudd. Målgruppen er pasienter som har:

- alvorlig psykisk lidelse
- ofte komorbid kognitivt svik og autismespekterforstyrrelse
- kan ha voldspreget eller utfordrende atferd
- behov for langvarige, strukturert oppfølging før en tilbakeføring til kommunen.

EVA har 7 plasser. Bemannet med 60 årsverk. Oppholdstiden er i snitt 5-6 år. Bygget som benyttes er leid av kommunen. Kommunen finanserier plassene, og betaler i snitt 9 millioner per år per bruker. Botilbudet omfatter rehabilitering, hvor pasientene oppfordres til å delta i dagliglivet, hvilket omfatter både arbeid, frivillig arbeid og skole.

Eiketun er et døgnbemannet bo- og behandlingstilbud innen sikkerhetspsykiatrien ved Stavanger Universitets Sykehus. Tilbudet er ligger under spesialisthelsetjenesten, men er ikke godkjent for tvang. Det er vurdert som et lavere sikkerhetsnivå enn lukket døgnenhet. Oppholdet er frivillig, og det kan ikke fattes tvangsvedtak etter lov om psykisk helsevern.

Målgruppen til Eiketun er pasienter med:

- alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko eventuelt alvorlig atferdsproblematikk.
- dom til tvungent psykisk helsevern eller lang sykehistorie
- behov for struktur, miljøterapeutisk oppfølging og gradvis ansvarsoverføring.

Tilbudet består av 5 leiligheter. I tillegg til å følge opp pasientene, tilbys det poliklinisk/ambulant oppfølging til andre pasienter. Det er lite rus på enheten, til tross for at dette er en åpen døgnpost hvor pasientene kan bevege seg fritt. Tilbudet er fullfinansiert av spesialisthelsetjenesten og bemannes med 3-3-1 og 2-2-1 i helg/helligdag.

Tilbudet ble opprettet for 30 år siden og bemannet med personell fra sikkerhetsenheten. Pasientene DIPSes inn og ut. Dette innebærer at de takster dagbehandling hver dag, for hver pasient. Pasienten betaler selv husleie. Budsjett 10.65 mil. ISF går ikke direkte til enhetsdrift, men vil gi inntekter.

7. Innholdsmessige krav og miljøterapeutiske tiltak

Innholdet og de miljøterapeutiske tiltakene er utarbeidet, basert på presentasjon fra EVA og Eiketun (se vedlegg 6), samt dialog i arbeidsgruppen.

De fysiske/materielle forhold må være i tråd med aktuelle lovverk. For oversikt over fysiske forutsetninger/krav og miljøterapeutisk tiltak, se tabell 3.

Tabell 3 Oversikt over fysisk materiale og miljøterapeutiske tiltak/terapi

Fysisk og organisatorisk forutsetning	Faglig innhold og miljøterapeutiske tiltak
• Base for ansatt, bofelleskap. • Fleksible bygg • Nærhet til DPS • Mulighet for tvang	• Studier • NAV/IPS/VTA • ADL- kartlegging og ADL-trening • Gruppebehandling • Innetider/begrenset utgang • Rusbehandling • Frivillige - aktiviteter • Avtaler for tilbakeføring • Tiltak for å forebygge vold/utagering Kontrolltiltak: • Ruskontroll i samarbeid med spesialisthelsetjenestens ambulerende sikkerhetsteam. • Regulering av besøk (besøkskontroll)

Arbeidsgruppen anbefaler at en ved etablering av overgangsboliger bør utforske digitale løsninger for å sikre monitorering av pasienter med vilkår knyttet til adgangskontroll og innetider.

8. Aktuelle lovverk

Etablering og drift av en overgangsbolig berører både psykisk helsevernlovgivningen og kommunal helse- og omsorgslovgivning, samt alminnelig forvaltnings-, straffe- og personvernlovgivning.

Sentralt regelverk er psykisk helsevernloven med tilhørende forskrift, spesialisthelsetjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven og personopplysningsloven. Helse- og omsorgstjenesteloven, straffeloven, straffeprosessloven og annet regelverk kan i tillegg komme til anvendelse, avhengig av målgruppe, organisering og tiltakets funksjon.

Nedenfor følger en oversikt over aktuelt regelverk som må vurderes ved utforming og organisering av en overgangsbolig.

Tabell 2 Aktuelle lovverk

Alltid aktuelle	Aktuelt avhengig av målgruppe og organisering	Annet regelverk
• Psykisk helsevernloven • Psykisk helsevernforskriften • Spesialisthelsetjenesteloven • Pasient- og brukerrettighetsloven • Helsepersonelloven • Forvaltningsloven • Personopplysningsloven	• Helse- og omsorgstjenesteloven • Helse og omsorgstjenesteloven kap. 9 • Straffeloven • Straffeprosessloven	• Arbeidsmiljøloven • Plan- og bygningsloven • Brann- og eksplosjonsvernloven • Husleieloven

Rettslige rammer for en døgnenhet i spesialisthelsetjenesten

Overgangsbolig, definert som en døgnenhet i spesialisthelsetjenesten, må legge følgende regelverk til grunn:

- **Psykisk helsevernloven** som setter de overordnede rammene og formålet for etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Her vektlegges hensynet til forsvarlighet, rettssikkerhet og minst mulig bruk av tvang.
- Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernforskriften), som stiller nærmere krav til godkjenning av institusjoner, lokaler og materiell samt personell og kompetanse, jf. §§ 1–3.
- Rundskriv og kommentarer fra Helsedirektoratet som gir en tolkning og konkretisering av forskriftskravene i praksis. Disse vil være sentrale ved vurdering av og eventuelt godkjenning av en institusjon for tvungent psykisk helsevern.

For å bli godkjent som døgnenhet i psykisk helsevern med ansvar for tvungent helsevern med døgnopphold, må overgangsboligen oppfylle gjeldende krav til godkjenning, lokaler og personell samt kompetanse. Kravene innebærer blant annet:

- lokaler som er utformet slik at forsvarlig helsehjelp kan ytes og tvang forebygges
- fysisk utforming og materiell utrustning som bidrar til at bruk av tvang i størst mulig grad unngås.
- lokaler som gir mulighet for forsvarlig observasjon, behandling og eventuelt skjerming, tilpasset funksjon og pasientgruppe.
- egnede utearealer som skal være i rimelig nærhet, tilpasset pasientgruppens behov

- fellesarealer og aktivitetsrom som er tilpasset enhetens formål
- bygningsmessig sikring (vinduer, dører og inventar) hvilket innebærer nødvendige bygningsmessige og sikkerhetsmessige
- mulighet for å tilkalle lege som er spesialist i psykiatri
- tilstrekkelig bemanning og kompetanse til å forebygge bruk av tvang og til å gjennomføre eventuell tvangsbruk på en forsvarlig måte.

De konkrete kravene må vurderes i lys av valgte modell, pasientgruppe og planlagte oppgaver, samt hvilke tiltak enheten skal kunne gjennomføres.

Kommunale rettslige rammer

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester følger hovedsakelig av helse- og omsorgstjenesteloven (HOL). Loven pålegger kommunen å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen, uavhengig av årsak til behovet. Dette inkluderer:

- Helsefremmende og forebyggende arbeid
- Nødvendige helse- og omsorgstjenester i hjemmet
- Praktisk bistand og opplæring
- Koordinerende tjenester, som individuell plan og koordinator
- Oppfølging ved rusmiddelproblemer og psykiske lidelser

Loven understreker at tjenestene skal være forsvarlige og at kommunen skal tilpasse hjelpen etter den enkeltes behov. Lovverket bygger på prinsippet om selvbestemmelse. Kommunale helse- og omsorgstjenester er som hovedregel basert på samtykke og frivillighet. En bruker kan derfor avslå et tilbud, selv om kommunen vurderer at tilbudet er nødvendig eller faglig anbefalt.

Kommunale helse- og omsorgstjenester har ikke en generell hjemmel til å gjennomføre kontrolltiltak overfor målgruppen for overgangsboligen. Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 gir på nærmere vilkår en avgrenset adgang til bruk av tvang og makt som ledd i bestemte kommunale tjenester til personer med psykisk utviklingshemning. Formålet med reglene er blant annet å hindre at personer med psykisk utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade, og å forebygge og begrense bruk av tvang og makt. Reglene har et avgrenset personelt og tiltaksmessig virkeområde. Reglene kan ikke benyttes til generell regulering av atferd, livsstil eller samfunnsvern. Kapittel 9 kan ikke erstatte hjemler etter psykisk helsevernloven og kan ikke brukes:

- til behandling av psykisk lidelse,
- for å ivareta samfunnsvernet eller
- for å kompensere for manglende hjemmel i psykisk helsevernloven.

Dette gir kommunen lite rettslig handlingsrom dersom frivillighet ikke fører frem.

Særreaksjon: dom til tvungent psykisk helsevern – utfordringsbildet

Problemstillingen knyttet til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er relevant fordi den synliggjør hvorfor enkelte pasienter ikke kan overføres direkte fra sikkerhetspsykiatrisk

døgnbehandling til kommunale tjenester. Overgangsboligen som utredes, forutsettes imidlertid etablert som en godkjent døgnenhet i spesialisthelsetjenesten.

Som nevnt tidligere er overføring mellom tjenestenivåene for den aktuelle pasientgruppen utfordrende. Slik arbeidsgruppen forstår dette handler problemstillingen spesielt om vurdering av når en pasient «*ikke har behov for døgnopphold og dermed er ferdig behandlet innenfor disse rammene*». Dette er en klinisk og faglig vurdering som ligger til faglig ansvarlig innenfor rammene av psykisk helsevernloven. Faglig ansvarlig skal vurdere om det er behov for døgnopphold, om risiko kan håndteres forsvarlig i andre rammer, og om behandlingen kan videreføres på et lavere omsorgs- eller sikkerhetsnivå.

Utfordringen er imidlertid at selv om voldsatferd er redusert eller fraværende i én kontekst, kan risikobildet endres ved overføring til en annen behandlingsenhet eller et annet omsorgsnivå. Dette handler blant annet om hvilke faktorer som har bidratt til redusert risiko, og om mottakende tjeneste har rettslig og faktisk mulighet til å opprettholde de aktuelle rammene og risikoreduserende tiltakene.

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold gir ikke en generell adgang til å gjennomføre eller håndheve kontrolltiltak i pasientens bolig. Vernet kan som hovedregel omfatte pålegg om fremmøte til undersøkelse eller behandling. Dersom pasienten motsetter seg tilbudet i kommunen, vil forutsetningene for forsvarlig oppfølging kunne endres. Dersom risikohåndteringen forutsetter andre tiltak enn fremmøte til undersøkelse eller behandling, må det avklares om tiltakene bygger på gyldig samtykke eller har et særskilt rettslig grunnlag.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene opplever at de i dag i enkelte pasientforløp har begrenset handlingsrom for å ivareta de forutsetningene som faglig ansvarlig legger til grunn for sine vurderinger. Begrensningene kan følge av rettslig handlingsrom, organisering, bemanning, kompetanse i tjenesten eller pasientens motivasjon og vilje til samarbeid.

Utfordringen kan illustreres med følgende eksempel: En pasient som er innlagt ved en lukket døgnenhet i psykisk helsevern, kan i denne settingen vurderes å ha redusert voldsrisiko, blant annet som følge av rusfrihet og strukturerte rammer. Ved vurdering av overgang til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan fortsatt rusfrihet være en viktig forutsetning i risikovurderingen. Spesialisthelsetjenesten kan vurdere at pasienten ikke lenger har behov for behandling på det aktuelle sikkerhetsnivået, at risikoen kan håndteres innenfor mindre restriktive rammer, og at pasienten dermed er utskrivningsklar fra døgnenheten.

For mottakende tjeneste kan det imidlertid være utfordrende å ivareta forutsetningene som ligger til grunn for risikovurderingen. At rusfrihet inngår som en forutsetning, innebærer ikke i seg selv at kommunen kan håndheve rusfrihet eller gjennomføre rusmiddeltesting. Eventuell rusmiddeltesting eller andre kontrolltiltak må ha særskilt rettslig grunnlag og være individuelt vurdert. Dersom mottakende tjeneste ikke har rettslig eller faktisk mulighet til å ivareta de risikoreduserende forutsetningene, kan tjenesten vurdere at risikoen og hensynet til samfunnsvernet ikke er tilstrekkelig ivaretatt.

Dette skaper et dilemma: Pasienten kan være utskrivningsklar fra det sikkerhetspsykiatriske behandlingsnivået, samtidig som mottakende tjeneste ikke har tilstrekkelige rettslige, faglige eller organisatoriske forutsetninger for å ivareta risikoen på en forsvarlig måte.

9. Analyser av fordeler – ulemper ved de ulike modellene

Fordeler og ulemper ved en overgangsbolig på sykehusområdet.

Fordeler	Ulemper
Det foreligger juridisk mulighet for gjennomføring av tvungent psykisk helsevern (TPH), noe som gir nødvendige virkemidler for forsvarlig oppfølging av pasientgruppen. Modellen er i samsvar med føringene og anbefalingene i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri, og bygger på gjeldende nasjonale strategier. Tiltaket kan frigjøre plasser i lukket døgn til pasienter som har behov for aktiv behandling, og bidrar dermed til bedre utnyttelse av sikkerhetspsykiatriske ressurser. Samfunnsvernet ivaretas innenfor spesialisthelsetjenestens ansvar, i tråd med lovverk og etablerte prinsipper. Det er lav terskel for rask retur til lukket døgnpost ved forverring i tilstand, økt risiko eller brudd på vilkår. Lokalisering på sykehusområdet gir lett og rask tilgang til spesialister og øvrige sykehusfunksjoner ved behov. Modellen gir mulighet til gradvis utslusing, hvor pasienten kan prøve ut tiltak og ulike grader av frihet innenfor trygge rammer. En strukturert overgang kan redusere forskjeller i praksis og risikotoleranse mellom behandlingsmiljøer, og gjøre restrisiko lettere å håndtere. Det åpner for individuelle vurderinger, blant annet knyttet til rus og tilpasning av restriksjoner. Tiltaket legger til rette for gode overganger og målrettede tiltak som støtter pasientens evne til å leve uten rammene til lukket sikkerhetspsykiatri. Modellen styrker samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, og gir en opplevelse av felles ansvar gjennom at kommunen trekkes inn på spesialisthelsetjenestens arena. Det legges bedre grunnlag for en planlagt prosess for habilitering og tilbakeføring til kommunalt tilbud. Pasientene som er aktuelle for tiltaket har ofte allerede høye kostnader knyttet til langvarige døgnopphold, slik at modellen ikke nødvendigvis er mer kostnadsdrivende enn dagens praksis. Raskere overgang fra lukket døgn kan gi raskere forflytning i pasientforløpet og redusert unødig liggetid.	Overgangsboligen vil ha lav tilgjengelighet, med få plasser og kun én lokasjon i nærhet til sikkerhetsenheten, noe som gir begrenset dekning. For mange pasienter innebærer modellen lang avstand til hjemkommunens tjenestetilbud, og kan medføre flytting til Kristiansand. Tiltaket gir ikke et likeverdig tilbud på Agder, da enkelte kommuner vil ha langt bedre tilgang og bruke tilbudet mer enn andre. Kapasiteten vurderes som lav, med risiko for kø, lange opphold og at pasienter i praksis blir «flyttet videre i systemet» uten reell fremdrift. Det er risiko for at overgangsboligen skaper nye flaskehalser i pasientforløpet, og dermed fører til ytterligere forsinkelser i utskrivelse. Modellen innebærer flere overganger i pasientforløpet, noe som kan svekke kontinuitet og redusere sannsynligheten for faktisk utskrivelse til kommunen. Pasientene må kvalifisere seg for overgangsbolig, noe som kan ekskludere pasienter med størst og mest sammensatte behov. Tiltaket fordrer en høy grad av frivillighet, og gir begrensede handlingsmuligheter dersom pasienten ikke innordner seg rammer og avtaler. Det er usikkerhet rundt håndtering av rus, inkludert uenighet om hva som defineres som rusbruk og hvordan regelbrudd skal følges opp. Ved lav bemanning kan pasientsikkerheten ikke ivaretas på en tilstrekkelig forsvarlig måte, særlig for pasienter med høy risiko. Tilstedeværelse av farlige eller utagerende pasienter gjør lavbemannet drift krevende og potensielt uforsvarlig. Krav om nattevakt er nødvendig, men øker bemanningsbehovet og driftskostnadene betydelig. Tiltaket er sårbart for feilrekruttering og ustabile ansettelsesforhold, noe som kan påvirke både kvalitet og arbeidsmiljø negativt. Det er usikkert om modellen er økonomisk bærekraftig over tid, særlig med høye driftskostnader og begrenset kapasitet. Det er uenighet i arbeidsgruppen om hvor det økonomiske ansvaret bør ligge. Det finnes ikke egnede lokaler i dag, noe som innebærer behov for investeringer og økt økonomisk risiko. Modellen kan føre til økt tilflytting til Kristiansand, både av pasienter og tjenestebehov.

Fordeler og ulemper ved en overgangsbolig på DPS.

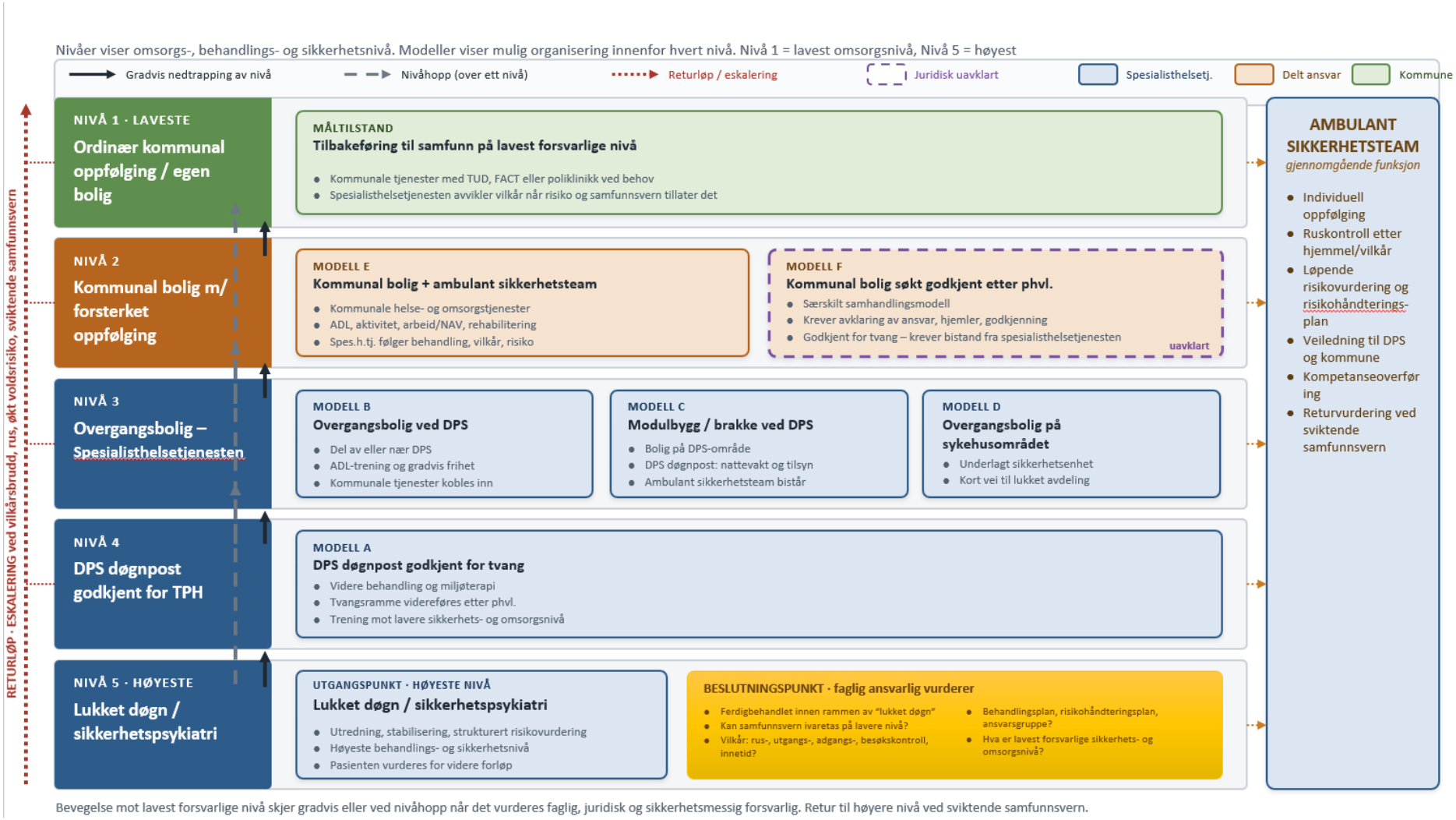
Fordeler	Ulemper
Modellen kan bidra til en jevnere geografisk fordeling på Agder, sammenliknet med én sentral lokalisering. Det faglige innholdet kan utformes i tråd med føringer og kriterier som arbeidsgruppen har definert. Det er mulighet for å fordele pasientene på to lokasjoner, noe som kan redusere sårbarhet og gi bedre fleksibilitet. Større nærhet til kommunene, om enn primært til to kommuner, kan gi bedre forutsetninger for samarbeid. Nærhet til kommunale tjenester kan øke sannsynligheten for bedre samhandling og mer effektiv tilbakeføring og/eller habilitering. Løsningen kan gi større samlet kapasitet enn en mer sentralisert modell.	Modellen er faglig ikke i samsvar med føringene i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri, særlig når det gjelder behovet for tvangshjemmel og strukturert risikohåndtering. Det er begrenset mulighet til å forebygge og hindre bruk av rusmidler, noe som kan utfordre både behandlingsforløp og sikkerhet. Modellen forutsetter høy grad av frivillighet, ettersom enhetene ikke er godkjent for bruk av tvangsmidler etter psykisk helsevernloven. En eventuell søknad om godkjenning for tvang vil være krevende og tidkrevende, med lav sannsynlighet for å få godkjenning innvilget. Det er risiko for økt tilflytting av pasienter til vertskommunene, noe som kan påvirke lokal tjenestekapasitet og skape belastning. Tilbudet vil fortsatt kunne framstå som ikke likeverdig, med variasjon i kvalitet og tilgjengelighet sammenlignet med spesialisthelsetjenestens tilbud. Det er vanskelig å dimensjonere riktig kapasitet, både når det gjelder antall plasser og tilpasning til pasientenes varierende behov. Arbeidsmiljøet kan bli sårbart, og vil i stor grad avhenge av bemanning, kompetanse og stabile ansettelsesforhold. Modellen gir begrensede forutsetninger for tett og strukturert samhandling med kommunene, og er i liten grad tilpasset kommunenes ulike behov og rammebetingelser.

Analysen gjelder den opprinnelige DPS-modellen. På bakgrunn av svakhetene som fremkom, utviklet arbeidsgruppen en revidert DPS-modell med egen fysisk avgrenset enhet, egen døgnkontinuerlig bemanning og krav om godkjenning for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Det er den reviderte modellen som ligger til grunn for den videre konsekvensanalysen og arbeidsgruppens anbefaling.

Fordeler og ulemper ved en overgangsbolig i kommunene.

Fordeler	Ulemper
Modellen legger til rette for tettere og mer integrert faglig samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, med kommunen som aktiv del av pasientforløpet. Etablering av overgangsbolig i kommunene muliggjør styrket samhandling gjennom ambulant sikkerhetsteam, som kan bidra med faglig støtte, risikovurderinger og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Ambulant sikkerhetsteam kan fungere som et sentralt bindeledd, blant annet ved å vurdere behov for tvang etter psykisk helsevernloven og bistå ved behov for retur til døgnopphold. Modellen gir bedre forutsetninger for habilitering og rehabilitering i pasientens reelle livs- og bomiljø, noe som kan gi mer treffsikre vurderinger av funksjon, mestring og risiko. Overgangsbolig i kommunen gir lettere tilgang til kommunale tjenester, som boligoppfølging, psykisk helse- og rustjenester, NAV-relaterte tiltak og aktivitetstilbud. Færre nivåskifter i tjenestetilbudet kan bidra til redusert fragmentering og færre overganger i pasientforløpet, noe som styrker kontinuitet. Samlet sett gir dette økt sannsynlighet for å lykkes med rehabilitering og varig tilbakeføring til kommunen. Ved at flere kommuner deler ansvar for etablering og drift, kan modellen bidra til økt samlet kapasitet på Agder, sammenliknet med én sentralisert løsning. Ansvarsdeling mellom vertskommuner og hjemkommuner kan gi større fleksibilitet og bedre utnyttelse av eksisterende bolig- og tjenestestrukturer. Modellen kan bidra til et mer likeverdig tilbud på Agder, ved at pasienter får tjenester nærmere hjemkommune og ikke samles i én geografisk lokasjon. Tett samarbeid med kommunene i overgangsfasen kan ha positive ringvirkninger for samhandling generelt, også utover målgruppen for overgangsbolig. Kommunal overgangsbolig gir bedre grunnlag for å vurdere reelle risikofaktorer over tid og håndtere disse i naturlige omgivelser, fremfor i institusjonssetting.	Avstand til sykehusfunksjoner kan være betydelig, noe som gir utfordringer ved utagering, akutte hendelser eller behov for rask spesialistvurdering. Tilbudet vil kun fungere for pasienter med rehabiliteringspotensial som har lavere voldsrisiko. Modellen forutsetter ledig kapasitet i døgnavdelinger i spesialisthelsetjenesten for rask retur ved behov, noe som innebærer at KPH må ha vakante senger tilgjengelig. Overgangsbolig i kommunen gir ikke adgang til tvangsmiddelbruk på samme måte som overgangsbolig lokalisert på sykehuset, noe som begrenser handlingsrommet ved økt risiko. Responstid ved akutte situasjoner kan bli lengre enn i en sykehusnær løsning, særlig i kommuner med lang reisevei til spesialisthelsetjenesten. Husleielovens bestemmelser, herunder oppsigelsesvern og krav om oppsigelsestid. Tiden det tar fra heving av leieforhold og til en fravikelse av boligen, til vedkommende faktisk er ute av boligen ved bistand av namsmyndigheten kan ta inntil seks måneder. Dette kan gjøre det krevende å håndtere situasjoner der beboer ikke fungerer i boligen. Bruk av teknologi og overvåkning gir ikke full sikkerhet, og kan ikke erstatte fysisk tilstedeværelse og tilstrekkelig bemanning. Det er uklart hvem som faktisk kvalifiserer til et slikt tilbud, og manglende tydelige kriterier kan føre til feilplasseringer. Uklare grenseoppganger mellom kommune og spesialisthelsetjeneste kan skape usikkerhet om ansvar, beslutningsmyndighet og oppfølging. Manglende klar ansvarsfordeling kan gi økt pasientsikkerhetsrisiko og usikkerhet om hvem som faktisk har og tar ansvar i krevende situasjoner. Det er usikkert i hvilken grad kommunen kan forvalte økt grad av tvang, og om eksisterende lovhjemler er tilstrekkelige for målgruppen. Modellen krever et omfattende sikkerhetsoppsett, både organisatorisk, faglig og teknologisk, som kan være krevende å etablere og drifte. Ikke alle personalgrupper har nødvendig kompetanse eller erfaring til å håndtere denne typen pasienter, noe som stiller høye krav til rekruttering, opplæring og vurdering av egnethet. Tiltaket er ressurskrevende og forutsetter tett samarbeid mellom flere aktører, noe som øker sårbarheten ved svikt i samhandling. Eksisterende bofellesskap må ofte omdefineres eller tilpasses for å fungere som overgangsbolig, noe som kan påvirke både andre beboere og lokale tjenester. Modellen forutsetter høy grad av frivillighet, ettersom enhetene ikke er godkjent for bruk av tvangsmidler etter psykisk helsevernloven. Det vil være krevende å få dette godkjent. Krav til bemanning gjør tilbudet kostbart, det vil ikke være forsvarlig å være alene på natt. Dette krever 2 nattevakter.

10. Pasientflyt



11. Anbefalt pasientforløp ved overgangsbolig

Fra lukket døgnenhet via overgangsbolig ved DPS til egen eller kommunal bolig

Sentralt premiss

Overgangsboligen er ikke begrunnet i et fortsatt behov for døgnbehandling. Formålet er å gi pasienten en gradvis og forsvarlig overgang til et lavere omsorgs- og sikkerhetsnivå, med strukturerte rammer, rehabilitering, risikohåndtering og økende kommunal involvering.

Forløpet i kortform

1	**Lukket døgnenhet** Utredning, behandling, stabilisering og risikovurdering
2	**Avklaring før overgang** Inklusjon, felles plan, risikohåndtering og ansvarsfordeling
3	**Overgangsbolig ved DPS** ADL- og botrening, oppfølging og trygg progresjon. Etablere dagaktivitet, jobb, praksis, skole, dagbehandling o.l.
4	**Gradvis kommunal involvering** Relasjonsbygging, tjenester og økende ansvar i hjemkommunen. Besøk i bolig og hospitering av ansatte i kommunen, samtidig som pasient besøker kommunale tilbud.
5	**Egen eller kommunal bolig** Kommunen overtar hovedansvaret; spesialisthelsetjenesten følger opp ved behov

Mulighet for opptrapping eller tilbakeføring gjelder gjennom hele forløpet dersom risikoen eller behandlingsbehovet øker.

Nærmere beskrivelse av pasientforløpet

1. Utredning og behandling i lukket døgnenhet

- Pasienten utredes, behandles og stabiliseres i psykisk helsevern, normalt ved sikkerhetspsykiatrisk døgnenhet.
- Behovet for videre behandling, omsorgs- og sikkerhetsnivå og hensynet til samfunnsvern vurderes fortløpende.
- Overgang blir aktuelt når pasienten ikke lenger har behov for behandling innenfor rammene av lukket døgnenhet, men fortsatt trenger strukturerte rammer og gradvis progresjon.

2. Avklaring og planlegging før overføring

- Inklusjons- og eksklusjonskriterier vurderes, og det avklares om pasienten har rehabiliteringspotensial og forutsetninger for å nyttiggjøre seg tilbudet.
- ADL-funksjon, kognitiv funksjon, rusproblematikk, volds- og trusselpotensial og behov for habilitering eller rehabilitering kartlegges.

- Det utarbeides en oppdatert sikkerhets- og risikohåndteringsplan, herunder håndtering av kjente risikofaktorer og eventuelle vilkårsbrudd.
- Spesialisthelsetjenesten og kommunen utarbeider en felles behandlings- og rehabiliteringsplan med tydelig ansvars- og oppgavefordeling, planlagt varighet og plan for videre tilbakeføring.

3. Opphold i overgangsbolig ved DPS

- Pasienten flytter til en mer selvstendig boenhet med nødvendig oppfølging og tilsyn.
- Oppholdet benyttes aktivt til ADL-trening, botrening, struktur i hverdagen, aktivitet og vurdering av faktisk boevne.
- Behandling, risikohåndtering og eventuelle individuelle kontrolltiltak følges opp innenfor gjeldende rettslige og faglige rammer.
- DPS, sikkerhetspsykiatrisk fagmiljø, ambulant sikkerhetsteam og kommunen samarbeider rundt pasienten etter avklart ansvar.

4. Gradvis økning av kommunens ansvar

- Kommunen involveres før utskrivning og deltar i planlegging, møter, kartlegging og relasjonsbygging.
- Kommunale tjenester og aktiviteter prøves gradvis ut mens pasienten fortsatt har overgangsboligen som base.
- Pasienten får etter hvert mer opphold og oppfølging i hjemkommunen, og kommunen overtar en stadig større del av ansvaret.
- For kommuner med lang reisevei kan tilpasninger som hjemkommunedager, pendlerløsninger og ambulant oppfølging vurderes.

5. Overføring til egen eller kommunal bolig

- Overføring skjer planlagt på bakgrunn av dokumentert boevne, stabilitet, oppdatert risikovurdering og avklart tjenestetilbud.
- Kommunen overtar hovedansvaret for bolig, praktisk bistand, aktivitet, psykisk helse- og rustjenester og langsiktig habilitering eller rehabilitering.
- Spesialisthelsetjenesten kan fortsatt bidra med poliklinisk, ambulant eller FACT-basert oppfølging etter behov og gjeldende ansvarsforhold.

6. Opptrapping ved økt risiko eller behandlingsbehov

- Ved symptomforverring, alvorlig rusbruk, vesentlige vilkårsbrudd eller økt voldsrisiko skal oppfølgingen vurderes og kunne trappes opp.
- Aktuelle tiltak kan være tettere oppfølging, justering av risikohåndteringsplan, midlertidig tilbakeføring til overgangsboligen eller nytt døgnopphold.
- Målet er å bevare kontinuitet og sikre at pasienten til enhver tid mottar tjenester på et forsvarlig omsorgs- og sikkerhetsnivå.

Faseinndeling for kommunal involvering

Da kommunalt ansatte vil ha ulike reisevei og mulighet for oppfølging anbefales det en faseinndelt oppfølging hvor pasienten gradvis etableres i kommunen og kommunen gradvis kan etablere et tilbud til aktuell pasient.

Fase	Pasientens base	Kommunens involvering
Fase 1	Overgangsboligen	Deltakelse i møter, kartlegging, planlegging og relasjonsbygging.
Fase 2	Overgangsboligen	Aktiviteter og tjenester i hjemkommunen én til to dager per uke; overnatting fortsatt i overgangsboligen.
Fase 3	Delt mellom nivåene	Gradvis mer opphold og oppfølging i hjemkommunen; kommunen overtar stadig mer ansvar.
Fase 4	Egen/kommunal bolig	Kommunen har hovedansvaret; spesialisthelsetjenesten følger opp ved behov.

Avgrensning: Forløpet beskriver hovedretningen. Tidspunkt, varighet, kontrolltiltak, ansvarsplassering og oppfølging må fastsettes individuelt og innenfor gjeldende rettslige og faglige rammer.

12. Konsekvensanalyse

Arbeidsgruppen har vurdert konsekvensene av nullalternativet og de tre hovedmodellene for overgangsbolig opp mot målsettingen for tiltaket og de fastsatte vurderingskriteriene. For hver modell er konsekvensene vurdert for pasienten, kommunene og spesialisthelsetjenesten. Analysen skiller mellom forventede konsekvenser, sentrale risikoer og forhold som må avklares før eventuell etablering.

0-alternativet

Nullalternativet **innebærer en videreføring av dagens organisering uten overgangsbolig**. Pasientene mottar behandling ved Psykiatrisk sykehusavdeling og overføres deretter direkte fra lukket døgnenhet til et kommunalt eller privat botilbud.

Risiko og sårbarhet

- Dagens tjenestetilbud har en risiko knyttet til manglende rehabilitering/habilitering og en sårbarhet knyttet til kapasitet og bemanning.
- Tilbudet som er i dag, viser at med dagens utvikling av pasienter dømt til behandling, reduseres tilgjengeligheten for andre pasienter som trenger behandling på lukket døgnnivå.
- Kommunene og spesialisthelsetjenesten har ikke i tilstrekkelig grad etablert koordinerte og helhetlige tjenester for den aktuelle pasientgruppen på en måte som kombinerer behandling, rehabilitering, risikohåndtering og samfunnsvern.
- Lite integrerte tjenester i forløpene kan gi med økt risiko for vilkårsbrudd og reinnleggelser
- Dagens løsning belaster samlet kapasitet og kan redusere tilgjengeligheten til spesialiserte døgnplasser.

Samlet vurderer arbeidsgruppen at nullalternativet ikke løser det identifiserte utfordringsbildet. Modellen krever ingen ny etablering, men viderefører et fragmentert pasientforløp, kapasitetsutfordringer og sårbare overganger mellom tjenestenivåene.

Overgangsbolig ved Psykiatrisk sykehusavdeling

Overgangsboligen er beskrevet tidligere. Kort oppsummert omfatter dette egen bolig, i tilknytning til Psykiatrisk sykehusavdeling og faglig og organisatorisk forankret i sikkerhetspsykiatrien med lokalisering i Kristiansand. Omfang estimert 1-3 døgnplasser.

Konsekvensene for den faglige kvaliteten til pasientene avhenger av om tjenestene i større grad blir mer integrerte. Dersom tilbudet utvikles som et integrert pasientforløp, kan modellen gi bedre muligheter for rehabilitering, ADL-trening og botrening enn dagens løsning. Pasientene vil kunne få større grad av bo-trening og redusert risiko for institusjonalisering. Det vil imidlertid kreve større grad av kommunal involvering under innleggelse, enn hva en har per i dag. Nærheten til sikkerhetspsykiatrisk kompetanse gir gode forutsetninger for risikovurdering, risikohåndtering og rask faglig bistand. Modellen gir mulighet til å redusere risikoen i overgangene gjennom gradvis økt frihet og individuell utprøving av mindre restriktive rammer.

Pasientens fungering og risikobilde kan følges tettere enn i et ordinært kommunalt tilbud. Dette kan gi tidligere oppdagelse og håndtering av rusmiddelbruk, symptomforverring og økt risiko.

Tilgjengeligheten til det tjenestetilbudet vil kunne øke ved at det etableres nye døgnplasser for aktuell pasientgruppe, som overgangsbolig. Dersom overgangsboligen etableres med nye plasser i tillegg til eksisterende døgnkapasitet, kan modellen bedre kapasiteten for målgruppen og frigjøre lukkede døgnplasser for andre pasienter. Tilbudet kan baseres på felles inntakskriterier for hele Agder. Én sentral lokalisering vil likevel gi ulik reiseavstand og ulike muligheter for kommunal deltakelse.

En stor konsekvens for spesialisthelsetjenesten er imidlertid knyttet til etablering av et slikt tilbud. Tilbudet vil fordre nytt bygg, samt økt bemanning. Tilbudet estimerer allikevel en relativt lav bemanning som følge av samdrift med sikkerhetsenheten og bruk av ambulerende sikkerhetsteam for oppfølging av pasientgruppen.

Se vedlegg 13 for oversikt over forhold som vil drive opp kostnadene ved etablering av et slikt tilbud. Tilbudet medfører også en usikkerhet knyttet til konsekvens for vertskommune. Det øker risiko for at pasienter melder flytting til Kristiansand kommune med påfølgende økonomiske konsekvenser for kommunen.

Tilbudet vurderes som faglig og pasientsikkerhetsmessig godt, men ikke bærekraftig med dagens ressursrammer grunnet høye etablerings- og driftskostnader.

Risiko og sårbarhet

- Det er en risiko for ansvarsdiffusjon og manglende rolleavklaringer knyttet til integrerte forløp. Uten gode avtaler og felles behandlingsplaner vil en ikke kunne sikre integrerte pasientforløp.
- Tilbudet vil drive opp kostnadene for spesialisthelsetjenesten.
- Risiko for at kapasitetsutfordringen flyttes fra døgnnivå til overgangsbolig, ved at pasienter blir værende uten reell tilbakeføring til kommunen
- Pasientene kan velge å melde flytting til vertskommune med risiko for økt belastning hos denne på ressurser og økonomi.

Overgangsbolig ved DPS godkjent i henhold til lov om psykisk helsevern

Konsekvensanalysen tar utgangspunkt i den reviderte DPS-modellen. Overgangsboligen etableres som en egen, boligpreget og døgnbemannet enhet ved DPS. Modellen forutsetter nødvendig godkjenning for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, faglig forankring i og tett samarbeid med sikkerhetspsykiatrien, støtte fra ambulant sikkerhetsteam og gradvis involvering av bostedskommunen.

Ved å etablere et slikt tilbud vil pasientene i større grad få en opplevelse av gradvis tilbakeføring og rehabilitering. Avstanden til sikkerhetsenheten og den lukkede døgnenheten kan tydeliggjøre overgangen til et mindre restriktivt nivå. Sikkerhetspsykiatrisk kompetanse ivaretas gjennom faglig og organisatorisk forankring i sikkerhetspsykiatrien og støtte fra ambulant sikkerhetsteam. Konsekvensen av et slikt tilbud vil også være større grad av integrerte tjenester med kommunehelsetjenesten hvor en fokuserer på rehabilitering. Dette igjen vil kunne øke sannsynligheten for at pasienten vil lykkes med tilbakeføring. Tilbudet vurderes å være i tråd med lovverket hvor gradvis tilbakeføring og reduksjon av tvangsmiddelbruk anbefales.

Rusmiddelbruk, alvorlig utagering eller endringer i risikobildet kan påvirke andre pasienter og behandlingsmiljøet ved DPS. En egen, fysisk og organisatorisk avgrenset boenhet kan redusere denne risikoen.

Dersom en etablerer dette som selvstendig boenhet ved DPS'et vil en kunne redusere eventuelle konsekvenser av dette for de andre pasientene ved døgn. Etablering av overgangsbolig ved et DPS vil også kunne redusere utfordringene knyttet til overgang til kommunen, da det oppleves som en reell nedtrapping av omsorgsnivået både for pasienten og kommunen. Gjennom mestring i denne konteksten, vil kommunen lettere kunne se hvilke behov pasienten vil kunne ha i sin hjemkommune og tilpasse tilbudet deretter. Det vil dermed kunne bli mer realistiske og integrerte pasientforløp med redusert risiko i overgangene.

Etablering av én til tre plasser kan øke kapasiteten for målgruppen og samtidig frigjøre lukkede døgnplasser. Dersom utprøvingen viser gode resultater, kan det senere vurderes om modellen bør utvides til flere DPS-lokasjoner, herunder i østre del av Agder. Dette kan bedre den geografiske tilgjengeligheten og bidra til et mer likeverdig tilbud. En eventuell utvidelse må bygge på dokumentert behov, erfaringer fra utprøvingen, egnede lokaler, nødvendig godkjenning og økonomisk bærekraft.

Etableringen innebærer at ansatte ved DPS møter en pasientgruppe med andre behov for risikohåndtering, kompetanse og beredskap enn ved ordinær allmennpsykiatrisk døgnbehandling. Dette kan øke belastningen i arbeidsmiljøet dersom tilbudet ikke har tilstrekkelig bemanning, opplæring, veiledning og sikkerhetspsykiatrisk støtte. Dette kan øke stress og belastningen for de ansatte. Det fordrer imidlertid noe tettere bemanning, som igjen kunne redusere risikoen for de ansatte. På den annen side vil det igjen kunne øke både kostnader for spesialisthelsetjenesten og også for kommunehelsetjenesten dersom de i større grad skal yte tjenester inn i overgangsboligen. Etablering av en overgangsbolig vil klart bidra til økte kostnader for spesialisthelsetjenesten da det enten etableres modulbygg eller en eventuelt må ombygge eksisterende boligmasse. Alternativt vil en kunne se til kommunale boliger i området. Dette vil imidlertid har konsekvenser for Kristiansand kommune som allerede har store utfordringer med kapasitet knyttet til bolig.

Samlet vurderer en konsekvensene primært å være økonomisk for spesialisthelsetjenesten ved etablering av overgangsbolig ved DPS godkjent for tvang etter lov om psykisk helsevern. De faglige, pasientsikkerhetsmessig og samhandlingsmulighetene vurderes imidlertid som så positive at en bør utrede dette alternativet videre knyttet til faktiske kostnader. Tilbudet representerer et mellomnivå mellom lukket døgnenhet og kommunalt botilbud, noe som i dag i stor grad mangler i tjenestekjeden.

Sårbarhet og risiko:

- Det er en risiko for ansvarsdiffusjon og manglende rolleavklaringer knyttet til integrerte forløp. Det forutsetter ledelsesforankring og felles behandlingsplaner
- Tilbudet vil drive opp kostnadene for spesialisthelsetjenesten.
- Krever en egen bygningsmessig løsning, for eksempel modulbygg, nybygg eller ombygging, dersom tilbudet skal etableres uten å redusere eksisterende døgnkapasitet.
- Risiko for at kapasitetsutfordringen flyttes fra døgnnivå til overgangsbolig, ved at pasienter blir værende uten reell tilbakeføring til kommunen
- Pasientene kan fortsatt velge å melde flytting til vertskommune med risiko for økt belastning hos denne på ressurser og økonomi.

Overgangsbolig i kommunen godkjent etter lov om psykisk helsevern

Modellen innebærer at overgangsboligen lokaliseres i eller nær pasientens bostedskommune. Kommunale tjenester inngår i den daglige oppfølgingen, mens spesialisthelsetjenesten bidrar med behandling, risikovurdering, veiledning og beredskap etter nærmere avtale. Det er foreløpig ikke avklart om modellen kan organiseres og godkjennes slik at den gir tilstrekkelig rettslig grunnlag, faglig ansvar, bemanning og beredskap for den aktuelle målgruppen.

Pasienten vil ved et slikt tilbud få sin rehabilitering i kommunen, hvor pasienten opprinnelig er bosatt. Dette fordrer imidlertid tett samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Den faglige kvaliteten kan bli svekket, gitt at behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten blir noe mer fraværende og større del av ansvaret legges til kommunehelsetjenesten. Dette vil også kunne utfordre pasientsikkerheten noe. Dette som følge av at ansatte i kommunen må overvåke og eventuelt sikre oppfølging av spesialisthelsetjenesten dersom det er behov for dette. Dette vil kreve kompetanseheving av ansatte, samtidig som en stor grad av fleksibilitet i spesialisthelsetjenesten. Avstand til sykehuset vil kunne være begrensning, og også en faktor som igjen kan påvirke pasientsikkerheten negativt ved eventuell eskalering av uønsket atferd.

Et slikt tilbud fordrer også at bolig kan bli søkt godkjent for tvang etter lov om psykisk helsevern. Dersom dette skal gjøres, må spesialisthelsetjenesten mest sannsynlig være «leier» av en bolig. Det vil ikke være mulig å søke pasientens egen bolig, godkjent. Ei heller vil kommunene kunne stille bolig til disposisjon. Konsekvensene dersom de gjør det, vil være redusert kapasitet for andre beboere i kommunen. Tilgjengeligheten vil være noe redusert og kun være aktuell for kommuner i nær tilknytning til Psykiatrisk sykehusavdeling, med maks reisetid 10-20 min. Dette vil således ikke øke tilgjengeligheten, ei heller sikre likeverdige tjenester for kommunene på Agder. Det vil imidlertid kunne redusere sannsynligheten for at pasientene melder flytting til en eventuell vertskommune.

Konsekvensene for arbeidsmiljøet for de ansatte i kommunen vil kunne være negativt, gitt at kommunalt ansatte opplever oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten, hvor de får oppgaver de ikke opplever verken å ha juridiske rammer eller kompetanse til å håndtere.

Etablering av tilbudet krever en betydelig investering i bygg, teknologi og bemanning. Finansiering krever delt ansvar mellom kommune og spesialisthelsetjenesten når det kommer til bemanning. Samtidig vil dette kreve en større juridisk utredning og avklaring, både for å avklare hvem som eventuelt skal eie et bygg, leie, hvordan husleieloven og andre kommunale regulatoriske forhold, vil gripe inn i dette. Økonomisk sett vil denne modellen klart utfordre både kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det vil også kreve et godt utbygd ambulant team i spesialisthelsetjenesten med mulighet til utrykning gjennom hele døgnet.

Alternativet vurderes å ha betydelige negative konsekvenser for pasientsikkerhet, økonomi, likeverdighet og arbeidsmiljø. Alternativet vurderes ikke som et reelt og bærekraftig overgangstilbud for denne pasientgruppen, til tross for at det kan inngå i et trinnvis forløp. Å avklare de juridiske forholdene og handlingsrommet vurderes som så omfattende, at man per i dag ikke kan anse det som et reelt alternativ.

Sårbarhet og risiko

- Risiko for eskalering uten tilstrekkelig kompetanse blant de ansatte.
- Oppgaveforskyvning uten ressurstilførsel til kommunene fra spesialisthelsetjenesten
- Krever økt bemanning og tilgjengelighet også fra et ambulant sikkerhetsteam

- Økte kostnader både for kommune og spesialisthelsetjenesten
- Modellen forutsetter at en kan etablere tilbud innenfor gjeldende lovverk. Uklarheter knyttet til bruk av tvang, ansvar og organisering kan skape usikkerhet i implementering. Store usikkerhetsmoment knyttet til mulighet og lovverk (hjemmel) for etablering av tiltak i tråd med beskrivelse.
- Store variasjoner i mulighet og tilbud avhengig av folkeregistrert adresse.
- Krever etablering av ambulant sikkerhetsteam med tilgjengelighet utover normalarbeidstid.

Samlet vurdering

Gjennomgangen av de ulike modellene viser et komplekst bilde. Etablering av en overgangsbolig på Agder vil utfordre både kommune- og spesialisthelsetjenesten økonomisk, juridisk og faglig dersom det skal etableres. Uavhengig av hvilken modell som ønskes å etablere, ser arbeidsgruppen et behov for mer integrert samarbeid mellom forvaltningsnivåene på samtlige nivåer av tjenester som tilbys pasientgruppen. Slik det fremstår i dag, blir tilbudet fragmentert. Dette svekker rehabiliteringsmuligheten for den aktuelle pasientgruppen og øker risiko for at overføring mellom de ulike nivåene i pasientforløpet, ikke vil lykkes.

Arbeidsgruppen anbefaler etablering av overgangsbolig ved DPS som det mest hensiktsmessige og gjennomførbare alternativet for å sikre bedre pasientforløp og bærekraftig ressursbruk. Dette innebærer:

- Bolig på DPS godkjent for tvang, f.eks. for ADL trening og trening på å bo, alternativt bruke eksisterende døgnplasser.
- Ansatte ved DPS har ansvar for oppfølging av pasient, hvor adgangskontroll, ruskontroll o.l. ligger til grunn for oppholdet.
- Faglig ansvar er underlagt sikkerhetsenheten ved Psykiatrisk sykehusavdeling.
- Kommunehelsetjenesten bidrar med kommunalt tilbud integrert i tilbudet ved DPS.
- Nattevakt og ansvar for døgnkontinuerlig tilsyn ligger til DPS. Vurdere bruk av velferdsteknologi med varsling til personell ved forsøk på utgang om natten.

Ved å etablere felles pasientforløp med behandlingsplan/rehabiliteringsplan, vil en sikre helhetlige tjenester og redusere sårbarhet i overgangene. Mulighet for kartlegging av bo-ferdigheter vil gjøre overgangen til kommunal bolig, mindre.

Modellen adresserer et manglende mellomnivå i dagens tjenestekjede og bidrar dermed til å redusere fragmentering i pasientforløpene.

En overgangsbolig ved DPS bidrar til måloppnåelse ved å etablere et mellomnivå mellom lukket døgnenhet og kommunalt botilbud. Dette muliggjør gradvis tilbakeføring under kontrollerte rammer, hvor spesialist- og kommunehelsetjenesten yter tjenester parallelt. Ved å integrere ambulant sikkerhetsteam inn i oppfølgingen, vil en sikre tilbakeføring til høyere omsorgsnivå, ved behov og gi økt frihet innenfor kontrollerte rammer. Modellen legger til rette for integrerte behandlingsforløp, bedre rehabilitering og mer realistiske overgangsprosesser. Samtidig bidrar den til bedre kapasitetsutnyttelse ved å redusere unødvendig bruk av døgnplasser. Etableringen av en slik overgangsbolig vil kunne øke kapasiteten samlet sett dersom dette etableres i separat bygg. Samlet sett styrker dette både pasientsikkerheten i overgangene og sannsynligheten for varig tilbakeføring til kommunen med redusert risiko for reinnleggelser. Som organiseringsmodell vurderes denne modellen å balansere samfunnsvern og rehabilitering,

best. Den har også muligheten til å eskaleres, dersom en vurderer at dette er et hensiktsmessig og bærekraftig tjenestetilbud. Dersom dette bidrar til bedre rehabilitering, kan en vurdere å utvide tjenestetilbudet også til østre del av Agder og DPS lokalisert på Bjorbekk.

Modellene med organisering ved henholdsvis DPS og PSA er svært like. Etter en samlet vurdering anbefaler arbeidsgruppen modellen ved DPS. Denne vurderes å legge noe bedre til rette for tett og gradvis samarbeid med kommunehelsetjenesten, mens forskjellene mellom modellene når det gjelder faglig kvalitet, pasientsikkerhet og samfunnsvern er begrensede.

Overgangsbolig versus ambulant sikkerhetsteam og DPS

Klinikk for psykisk helse, besluttet i desember 2024 å etablere et ambulant sikkerhetsteam med utgangspunkt i sikkerhetsenheten ved Psykiatrisk sykehusavdeling. Da etablering av boliger er svært kostnadsdrivende og vil innebærer anskaffelse av enten bolig, modul bygg eller også bygging av bolig, eventuelt ombygging, ble følgende avsnitt lagt til mandatet:

> *«Som del av utredningen ønsker SSHF at man i fellesskap med kommunene etablerer en samforståelse av hvilke behov en overgangsbolig skal dekke og hvorvidt dette er et kostnadseffektivt alternativ til ambulante sikkerhetsteam eventuelt pasientforløp med DPS godkjent for tvang som del av pasientflyten.*

Ambulant sikkerhetsteam

Det er besluttet å opprette et team som består av 1 leder, 1 sosionom og 5 spesialsykepleiere. I tillegg har en ønsket en psykologspesialist, 50%, tilknyttet teamet for å forvalte tvang. Teamet har arbeidstid fra kl 08.00-15.30, hverdager, og ikke helg.

Gjennomgang med kommunehelsetjenesten viser følgende sårbarhet og mangler:

- Kveld og natt er tidspunkt hvor en har behov for oppfølging da er ikke det ambulante sikkerhetsteamet tilgjengelig.
- Lite fleksibilitet og sårbart tilbud med få ansatte
- Redusert tilgjengelighet, lang reisevei til enkeltpasienter med redusert mulighet for forebygging

Dersom dette skal være et reelt alternativ til overgangsbolig vil dette kreve økt bemanning også på kveld og natt.

DPS godkjent for tvang etter lov om psykisk helsevern

Vestre Agder DPS har Solvang, døgn, godkjent for tvang etter lov om psykisk helsevern. Dette er et tilbud som i dag benyttes for pasienter som vurderes som utskrivningsklare fra PSA, lukket døgnenhet. Dette tilbudet innebærer ikke integrerte forløp med kommunehelsetjenesten, ei heller et fokus på rehabiliteringstiltak og tilbakeføring til kommunen, med bo-trening, innenfor rammene av en overgangsbolig, slik det er skissert i denne rapporten. Bekymring knyttet til manglende kunnskap om ADL ferdigheter og risiko for institusjonalisering, er opprettholdt ved DPS godkjent for tvang. Dette da pasientene ikke har ansvar for:

- rengjøring,
- matlaging,
- innkjøp
- egen økonomi
- frihet innenfor rammene med tanke på adgangskontroll og rusfrihet

Konklusjon

Ambulant sikkerhetsteam alene vurderes ikke som tilstrekkelig for å ivareta behovet for strukturert overgang, men er en forutsetning for å lykkes med overgangsbolig ved DPS som del av et integrert pasientforløp.

Dersom dette skal være et reelt alternativ til en overgangsbolig, vil det kreve utvidelse av arbeidstid og antall personer som er på vakt, kveld, helg og natt. Dette er betydelige drivere for kostnader knyttet til et slikt team.

13. Foreløpig kostnads- og gevinstvurdering for overgangsbolig ved DPS

Overgangsbolig ved DPS

Foreløpig kostnads- og gevinstvurdering basert på arbeidsgruppens utredning og romprogram fra Eiendom datert 8. september 2026.

Vedlegget er et foreløpig planleggingsgrunnlag og ikke et kvalitetssikret investerings-, budsjett- eller bemanningsgrunnlag.

Oppgitte byggekostnader er ikke uttrykk for samlet investeringsbehov. Samlet prosjektkostnad kan bli vesentlig høyere når blant annet tomt, grunnarbeider, teknisk infrastruktur (dersom modulbygg/bygg skal etableres), prosjektering, inventar, IKT, sikkerhetstiltak, usikkerhetsavsetning og eventuell merverdiavgift inkluderes.

Bygningsløsning, kapasitet, bemanning, kommunal ressursinnsats, prisnivå, merverdiavgifts behandling og finansiering må avklares før eventuell prosjekt- eller budsjettbeslutning.

1. Formål og avgrensning

Arbeidsgruppen har kartlagt mulige etablerings- og driftskostnader og forventede gevinster ved en overgangsbolig. Hensikten er å synliggjøre kostnadsdrivere, usikkerhet og hvilke forhold som må kvalitetssikres før eventuell utprøving.

Arbeidsgruppen anbefaler en tidsavgrenset utprøving på inntil tre år med et begrenset antall plasser. Utprøvingen skal gi et faktisk grunnlag for å vurdere kvalitet, pasientutfall, bemanning, kommunal ressursbruk, kapasitetsvirkninger og samlede kostnader.

2. Forutsetninger og sentrale usikkerheter

- Utprøvingen er foreslått med tre til fem pasientplasser.
- Konkret bygningsløsning er ikke valgt. Anskaffelse eller leie av modulbygg, nybygg og ombygging av eksisterende lokaler må sammenlignes på samme økonomiske grunnlag og over samme analyseperiode. Sammenligningen må minst omfatte investering og etablering, kapitalkostnad eller husleie, FDVU, levetid, restverdi, avviklingskostnader, fleksibilitet og risiko.
- Bemanningsbehovet er ikke ferdig utredet. Årsverksbehov og personalkostnader må fastsettes gjennom en dokumentert bemannings-, turnus-, arbeidsmiljø- og risikoanalyse. Beregningen må vise bemannede timer, årsverkstimetall, arbeidstidsordning, fraværsdekning, kompetansesammensetning og lønnstillegg.
- Kommunenes ressursinnsats vil variere mellom pasienter og gjennom fasene i forløpet. Eventuelle kostnadsanslag per pasient må derfor betraktes som scenarioanslag og må dokumenteres med timeverk, årsverksforutsetninger, lønnsnivå, reisebehov og hvilke kostnader som allerede dekkes innenfor eksisterende rammer.
- Gevinstene er i hovedsak forventede og kvalitative.
- Effekter på liggetid, reinnleggelser, overbelegg og ressursbruk er ikke dokumentert og må undersøkes i utprøvingen.

3. Foreløpig romprogram

Eiendom har utarbeidet et foreløpig romprogram. Romprogrammet bygger på en døgnbemannet enhet og en foreløpig bemanningsforutsetning med én ansatt på dag, to på kveld og to på natt.

Det er angitt en samlet personalgruppe på om lag 20 ansatte. Dette er en areal- og planleggingsforutsetning, ikke en endelig bemanningsmodell.

Minst 50 prosent av boenhetene er forutsatt universelt utformet. Eiendom anbefaler 100 prosent universell utforming. Krav til tilgjengelighet, eventuelle unntak og behov for HC-toalett og garderober må avklares i prosjekteringen.

3.1 Personal- og støttearealer

Rom/funksjon	Antall	Areal per rom	Samlet nettoareal	Merknad
Personaltoalett, eventuelt HCWC	1	5 m^2	5 m^2	HC-krav og eventuelt unntak må avklares
Garderober	2	10 m^2	20 m^2	Omkledning og låsbare skap må dimensjoneres
Personalrom, spiserom og tekjøkken	1	20 m^2	20 m^2	Normalt 2, maksimalt 4 personer samtidig
Kontor/vaktrom	1	12 m^2	12 m^2	Arbeidsplasser for dokumentasjon og rapportskriving
Utstyrslager	1	6 m^2	6 m^2	
Kopi og rekvisita	1	2 m^2	2 m^2	
Teknisk rom	1	8 m^2	8 m^2	Behov avklares med Sykehuspartner og tekniske fag
Samlet personal- og støtteareal			73 m^2	

3.2 Boenheter og fellesarealer

Funksjon per boenhet	Areal
Bad	5 m^2
Kjøkken	5 m^2
Stue og soveplass	20 m^2
Innvendig bod	3 m^2
Samlet nettoareal per boenhet	33 m^2

I tillegg kommer utvendig bod på anslagsvis 5 m^2 per boenhet.

Fellesfunksjon	Antall	Areal per rom	Samlet nettoareal
Felles service- og vaskerom	1	20 m^2	20 m^2
Felles bøttekott/renholdsrom	1	6 m^2	6 m^2
Samlet fellesareal			26 m^2

3.3 Samlet arealbehov

Kapasitet	Nettoareal	Bruttoareal	Forutsetning
Tre boenheter	198 m^2	ca. 317 m^2	Brutto/netto-faktor 1,6
Fem boenheter	264 m^2	ca. 422 m^2	Brutto/netto-faktor 1,6

3.4 Andre bygningsmessige forutsetninger

- parkering for ansatte og besøkende
- overbygd og avlåst sykkelparkering
- god tilgjengelighet med kollektivtransport
- adgangskontroll
- hygiene og smittevern
- IKT-infrastruktur, telefoni og nettverk i samarbeid med SSHF/Sykehuspartner
- universell utforming
- utvendig solskjerming for vinduer mot sør og vest
- egnet uteareal, lagerkapasitet og utvendige boder

4. Foreløpig beregnet byggekostnad

Eiendoms estimat er beregnet per brutto kvadratmeter, eksklusive tomt og infrastruktur. Estimatet viser beregnet byggekostnad ved to standardnivåer, men er ikke en samlet prosjektkostnad eller investeringsramme. Prisnivå og tidspunkt for kostnadsgrunnlaget må angis før tallene brukes videre.

Kapasitet	Bruttoareal	Normal standard, ink mva	Høyt robusthetskrav, ink mva.
Tre boenheter	ca. 317 m^2	ca. 20 mill. kr	ca. 28 mill. kr
Fem boenheter	ca. 422 m^2	ca. 26 mill. kr	ca. 37 mill. kr

Beregningene er basert på bruttoareal multiplisert med henholdsvis 50 000 og 70 000 kroner per m^2 inkl. mva. For tre boenheter gir dette om lag 20 og 28 mill. kroner, for fem boenheter om lag 26 og 37 mill. kroner avhengig av robusthetskravet. Beløpene er avrundede regneeksempler og omfatter ikke alle kostnader som er nødvendige for å realisere prosjektet.

Kostnader som ikke inngår eller ikke er tilstrekkelig beregnet
Tomt, grunnarbeider, fundamentering, teknisk infrastruktur, utomhusarbeider, parkering, særskilte sikkerhets- og adgangsløsninger, IKT, inventar, prosjektering, byggeledelse, regulering, finansierings- og kapitalkostnader, prisstigning, reserve og usikkerhet.
Merverdiavgiftsbehandlingen må avklares. Før prosjektbeslutning må det utarbeides en samlet prosjektkalkyle med basisestimat, usikkerhetsavsetning og forventet kostnad.

4.1 Anskaffelse, leie eller ombygging

Mulige løsninger er anskaffelse eller leie av modulbygg, nybygg eller ombygging av eksisterende bygningsmasse.

Ved leie reduseres det initiale investeringsbehovet, men løpende husleie og etableringskostnader må medregnes. Alternativene må sammenlignes over samme analyseperiode og på samme pris- og mva.-grunnlag. Det foreligger ikke kvalitetssikrede tilbud eller sammenlignbare livsløpsberegninger.

Ved ombygging av eksisterende eiendomsmasse har eiendomsavdelingen estimert en kostnad på inntil 16 mill. kroner inkl. mva. for etablering av tre boenheter med normalt robusthetskrav. Ved høyt robusthetskrav er kostnaden estimert til 24 mill. kroner inkl. mva.

Leie av modulbygg

Arendal kommune har innhentet en prisindikasjon for leie av et modulbygg på 245 m^2.

Bygget består av 7 sykehjemsrom, gangareal, fellesstue/kjøkken og ansattrom, toaletter/skyllerom.

Hvert rom er på 35 m2, inkludert bad. Kjøkken er felles.

Oppgitt leiepris for 12 måneder er ca. 960 000 kroner ekskl. mva. I tillegg er opp- og nedrigging oppgitt til ca. 2,3 mill. kroner ekskl. mva., samt kostnader til blant annet strøm og vann og avløp. Priseksemplet er kun en markedsindikasjon. Areal, funksjoner, standard, sikkerhetskrav og kostnadsomfang er ikke direkte sammenlignbare med romprogrammet for overgangsboligen.

Vurdering av bemanningsbehov

Bemanningsbehovet er vurdert på bakgrunn av pasientgruppens funksjonsnivå, aktivitet gjennom døgnet, tilgjengelige støtteressurser og behovet for forsvarlig oppfølging og risikohåndtering. Vurderingen bygger på at kommunale tjenester, ambulant sikkerhetsteam, FACT og DPS kan bidra inn i oppfølgingen etter nærmere avtalte oppgaver og tidspunkter.

På dagtid vurderes det at én medarbeider er tilstrekkelig. Begrunnelsen for dette er at pasientene i hovedsak forventes å delta i skole, arbeid eller andre dagtilbud. Noen pasienter vil i tillegg kunne ha oppfølging fra kommune eller sikkerhetsteam og FACT. Det er derfor begrenset behov for kontinuerlig tilstedeværelse av flere ansatte i enheten på dagtid. Ved behov for økt bemanning eller særskilt oppfølging kan det innhentes bistand fra DPS eller sikkerhetsteam. Kommunale tjenester og ambulante spesialisthelsetjenester kan også være til stede i boligen i avtalte perioder som del av pasientens rehabiliteringsforløp (se til pasientforløp).

På kveldstid vurderes det som nødvendig med to medarbeidere på jobb. Dette begrunnes med økt behov for oppfølging, observasjon og kontroll når pasientene i større grad oppholder seg i enheten. Tilstedeværelse av to medarbeidere bidrar til å ivareta pasientsikkerhet, forebygge uønskede hendelser og sikre forsvarlig håndtering av situasjoner som kan oppstå.

Det samme gjelder nattbemanningen, hvor to medarbeidere vurderes som nødvendig. Dette bidrar til å redusere risiko, sikre tilstrekkelig beredskap og legge til rette for rask og forsvarlig håndtering av hendelser eller behov for oppfølging gjennom natten.

Arbeidsgruppen vurderer foreløpig at én medarbeider på dag og to medarbeidere på henholdsvis kveld og natt kan være et mulig utgangspunkt for videre bemannings- og risikoanalyse. Om bemanningsnivået er tilstrekkelig og forsvarlig, må vurderes opp mot antall plasser, pasientenes samtidige oppfølgingsbehov, risikobilde, alenearbeid, kompetansesammensetning og faktisk tilgang til støtte og forsterkning. Kommunale tjenester, ambulant sikkerhetsteam, FACT og DPS kan ikke regnes som en del av overgangsboligens grunnbemanning før tilgjengelighet, oppgaver, ansvar og responstid er konkret avklart.

Bemanningsmodellen må også ses i sammenheng med formålet med overgangsboligen. Pasientene forventes å kunne mestre stadig flere daglige gjøremål selv og gradvis overta ansvar for eget liv under oppholdet. Oppfølgingen skal støtte selvstendighet og mestring, og ikke overta oppgaver pasientene kan utføre selv. I tillegg forventes kommunal involvering, deltakelse i dagtilbud ved behov og oppfølging fra FACT og eventuelt ambulant sikkerhetsteam. Dette kan redusere behovet for kontinuerlig tett oppfølging på dagtid, men bemanningen må fortsatt være tilstrekkelig til å ivareta individuelle behov, risikohåndtering, pasientsikkerhet og samfunnsvern.

Foreløpig faglig vurdering

Arbeidsgruppen har foreløpig vurdert én medarbeider på dag og to på kveld og natt som et mulig bemanningsnivå. Vurderingen er ikke en godkjent bemanningsmodell og kan ikke legges til grunn for budsjett før den er kvalitetssikret gjennom bemannings-, turnus-, arbeidsmiljø- og risikoanalyse. Analysen må også avklare hvilke støtteressurser fra DPS, ambulant sikkerhetsteam og kommune som faktisk kan forutsettes tilgjengelige, og om disse medfører merkostnader andre steder i tjenesten.

5. Foreløpig bemannings- og personalkostnad i spesialisthelsetjenesten

Vaktoppsettet innebærer én medarbeider på dag og to medarbeidere på henholdsvis kveld og natt. Overlappingen mellom vaktene skal gi tid til rapport, informasjonsutveksling og overføring av ansvar.

Grunnbemanningen utgjør 43 bemannede timer per døgn:

- dag: 1 medarbeider × 8 timer = 8 timer
- kveld: 2 medarbeidere × 7,5 timer = 15 timer
- natt: 2 medarbeidere × 10 timer = 20 timer

Dette tilsvarer **15 695 bemannede timer per år**. Med en foreløpig forutsetning om 35,5 timers gjennomsnittlig arbeidsuke utgjør dette om lag **8,5 årsverk i teoretisk grunnturnus**. Ved bruk av en foreløpig fraværs- og reservefaktor på 1,15–1,25 blir beregnet behov om lag **9,8–10,6 årsverk**. Det anbefales derfor å benytte **10–11 årsverk som foreløpig planleggingsintervall for vaktbemanningen**.

Sammenhengen mellom bemannede timer, faktisk årsverkstimetall, arbeidstidsordning og fraværs- og reservefaktor må kvalitetssikres. Det må blant annet avklares hvordan ferie, sykefravær, opplæring, møter og annet fravær er innarbeidet, slik at de samme kostnadene ikke beregnes flere ganger.

Med en foreløpig gjennomsnittlig årsverkskostnad på 1,1 mill. kroner anslås lønn og sosiale kostnader for 10–11 årsverk til **11,0–12,1 mill. kroner per år**.

Foreløpig årlig personalkostnad

Kostnadspost	Foreløpig anslag
Lønn og sosiale kostnader, 10-11 årsverk	11-12,10 mill kr.
Opplæring og kurs	0,10 mill. kr
Rekruttering og vikarer	0,20 mill. kr[18]
Arbeidstøy mv.	0,05 mill. kr
Samlet foreløpig personalkostnad	11,35–12,45 mill. kr

Årsverkskostnaden må verifiseres mot planlagt stillings- og kompetansesammensetning, lønnsnivå, pensjon, arbeidsgiveravgift og tillegg for natt-, helge- og høytidsarbeid. Det må også avklares om opplæring og vikardekning allerede er helt eller delvis innarbeidet i fraværs- og reservefaktoren.

Eventuell leder-, fagutviklings- eller administrativ ressurs som ikke inngår i den ordinære vaktturnusen, må beregnes i tillegg. Mulig bruk av teknologi eller samdrift kan påvirke bemanningsbehovet, men en eventuell reduksjon kan ikke legges til grunn før løsningene er konkretisert og vurdert faglig, rettslig og arbeidsmiljømessig.

Både årsverksbehovet og kostnadene må kvalitetssikres gjennom en konkret bemannings-, turnus-, arbeidsmiljø- og risikoanalyse før en eventuell prosjekt- eller budsjettbeslutning.

Medvirkning
Forslaget til bemanning er et foreløpig arbeidsanslag og er ikke drøftet med tillitsvalgte eller vernetjenesten. En eventuell utprøving forutsetter ordinær medvirkning, arbeidsmiljøvurdering og vurdering av sikkerhet for ansatte og pasienter.

6. Mulige bemanningskostnader i kommunehelsetjenesten

Kommunene kan få merkostnader knyttet til kartlegging, relasjonsbygging, rehabilitering, aktivitet og dagtilbud, transport, personell samt etablering av bolig og tjenester før utflytting. Ressursbehovet vil variere mellom pasienter, kommuner og de ulike fasene i pasientforløpet.

Som et foreløpig og ressurskrevende scenario er det lagt til grunn to ansatte i inntil 7,5 timer daglig, sju dager per uke. Dette tilsvarer 5 475 bemannede timer per år. Dokumentet har tidligere anslått en årlig kostnad på inntil **3,4 mill.** kroner per pasient med utgangspunkt i 1,2 mill. kroner per årsverk. Anslaget er ikke tilstrekkelig etterprøvbart før årsverkstimetall, arbeidstidsordning, fraværsdekning, helge- og ubekvemstillegg og eventuell bruk av

[18] Det må avklares om vikarkostnader allerede er dekket gjennom fraværsfaktoren eller årsverkskostnaden, slik at dobbeltelling unngås. Tilbudet forutsetter samtidig tilgang til kommunale tjenester, dagaktivitetstilbud og ambulante spesialisthelsetjenester. Eventuelle merkostnader i disse tjenestene inngår ikke i anslaget over.

eksisterende personell er spesifisert. Beløpet skal derfor behandles som et scenario, ikke som forventet kommunal kostnad eller finansieringsbehov.

- Scenarioets fordeling mellom hverdager og helg må beregnes på nytt på grunnlag av dokumenterte timer og lønnsforutsetninger.
- Helge-, kveld- og ubekvemstillegg må fremgå særskilt eller dokumenteres som inkludert i årsverkskostnaden.
- Tidligere arbeidsanslag: inntil 3,4 mill. kroner årlig per pasient. Anslaget er ikke kvalitetssikret.

I tillegg kan det komme transportkostnader, herunder bil, forsikring, lading, service, vedlikehold, dekk og trafikkforsikringsavgift. Et tidligere arbeidsanslag er ca. 35 000 kroner årlig, men omfang, prisnivå og om beløpet gjelder per pasient, bil eller kommune må avklares. Reise- og personelltid må beregnes særskilt ut fra avstanden til pasientens bostedskommune.

Beregningen representerer et ressurskrevende scenario og kan ikke legges til grunn som forventet kostnad for alle pasienter eller kommuner. Kommunens bidrag må planlegges individuelt ut fra pasientens funksjonsnivå, risikobilde, rehabiliteringsbehov og ønsket progresjon i forløpet. Det må også vurderes hvilke tjenester kommunen kan tilby innenfor eksisterende rammer, og hvilke tiltak som eventuelt medfører merkostnader.

Kommunenes ulike avstand til overgangsboligen gir forskjellige forutsetninger for å delta tett i rehabiliteringen, særlig i den første delen av oppholdet. Et likeverdig tilbud i Agder forutsetter derfor fleksibilitet i hvordan kommunens involvering og rehabiliteringsinnsats organiseres. For kommuner med lang reisevei bør det utvikles faseinndelte og fleksible forløp som kan omfatte hospitering, hjemkommunedager, botrening, pendlerløsninger og gradvis opptrapping av kommunale tjenester.

En mulig hybridmodell kan organiseres i fire faser:

- Fase 1: Pasienten bor fullt ut i overgangsboligen. Kommunen deltar i samarbeidsmøter, kartlegging, planlegging og relasjonsbygging.
- Fase 2: Pasienten deltar i aktiviteter og mottar enkelte tjenester i hjemkommunen én til to dager per uke, men overnatter fortsatt i overgangsboligen. Pasienten trener samtidig på struktur, transport og selvstendighet.
- Fase 3: Pasienten har gradvis mer opphold og oppfølging i hjemkommunen, og kommunen overtar en økende del av ansvaret.
- Fase 4: Pasienten flytter til egen eller kommunal bolig i hjemkommunen. Kommunen overtar hovedansvaret, med videre oppfølging fra FACT eller andre relevante tjenester i spesialisthelsetjenesten ved behov.

Andre tilpasninger kan være pendlerløsninger eller oppfølging i hjemkommunen i samarbeid med ambulant sikkerhetsteam. Valg av modell må bygge på en individuell vurdering av pasientens behov og risiko, kommunens forutsetninger og hva som samlet sett vurderes som en forsvarlig og bærekraftig overgang.

Kommunen kan etter gjeldende regelverk søke refusjon for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester. Muligheten for refusjon må vurderes på bakgrunn av kommunens faktiske netto lønnsutgifter og vilkårene i den enkelte saken. Eventuell refusjon kan derfor ikke legges til grunn som en sikker finansieringskilde før kriteriene er vurdert konkret.

7. Forventede gevinster

Gevinstene forventes først og fremst å være kvalitative. Det foreligger ikke tilstrekkelig dokumentasjon til å tallfeste økonomiske gevinster eller fastslå effekter på reinnleggelser, liggetid og ressursbruk. Gevinstene nedenfor skal derfor forstås som hypoteser som må undersøkes i utprøvingen.

7.1 Gevinster for pasientene

- bedre rehabilitering, ADL-trening og botrening
- mer gradvis overgang til kommunale tjenester
- bedre kartlegging av funksjon, boevne og risikofaktorer
- større selvstendighet innenfor forsvarlige rammer
- redusert risiko for institusjonalisering

7.2 Gevinster for kommunene

- bedre kjennskap til pasienten før utflytting
- mer treffsikker planlegging av bolig og tjenester
- tryggere og mer gradvis ansvarsoverføring
- bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten
- potensielt mindre krisehåndtering og færre uplanlagte reinnleggelser
- mulig bedre arbeidsmiljø når ansatte kjenner pasienten og risikobildet bedre

7.3 Gevinster for spesialisthelsetjenesten

- mer hensiktsmessig bruk av lukkede sikkerhetspsykiatriske døgnplasser
- mulig redusert liggetid på høyeste behandlings- og sikkerhetsnivå
- bedre tilgjengelighet til spesialiserte døgnplasser
- potensielt mindre overbelegg, innleie og overtid
- bedre pasientflyt og tydeligere rehabiliteringsforløp

Lukkede sikkerhetspsykiatrisk døgnplasser er ressurskrevende. Kostnad per plass, marginalkostnad, frigjort kapasitet og eventuell realiserbar budsjetteffekt må kvalitetssikres mot SSHFs regnskaps-, bemannings- og aktivitetsdata før økonomiske gevinster beregnes. Frigjort kapasitet er ikke det samme som en realiserbar innsparing.

8. Overgangsbolig sammenlignet med ambulant sikkerhetsteam

Ambulant sikkerhetsteam kan bidra med behandling, risikovurdering, veiledning og sikkerhetspsykiatrisk kompetanse. Teamet gir imidlertid ikke alene et boligpreget, døgnbemannet rehabiliteringstilbud eller rettslig grunnlag for kommunal håndheving av kontrolltiltak.

Dersom ambulant sikkerhetsteam skal fungere som et selvstendig alternativ for målgruppen, må kapasitet, arbeidstid og beredskap sannsynligvis utvides. Et tidligere arbeidsanslag på om lag 5,5 mill. kroner årlig er ikke kvalitetssikret og må beregnes på nytt ut fra konkret bemanning, arbeidstidsordning, geografisk dekning, reisebehov og beredskap.

Kostnader ved et forsterket ambulant tilbud må sammenlignes med overgangsboligen på samme grunnlag. Sammenligningen må også ta hensyn til at løsningene dekker ulike behov: ambulant sikkerhetsteam gir kompetanse og støtte, mens overgangsboligen i tillegg gir stedlig døgnramme, boliglignende rehabilitering og systematisk botrening.

8.1 Krav til videre økonomisk utredning

Før eventuell prosjekt- eller budsjettbeslutning må det utarbeides en samlet og sporbar økonomisk analyse som minst omfatter:

- samlet prosjektkalkyle med basisestimat, usikkerhetsavsetning og forventet kostnad
- treårig finansieringsplan med engangskostnader, årlige driftskostnader, pris- og lønnsvekst og avviklingskostnader
- dokumentert bemannings- og turnuskalkyle med full avstemming mellom timer, årsverk og kostnader
- beregning av ledelse, administrasjon, FDVU, energi, renhold, IKT, inventar, transport og støttetjenester
- avklaring av merverdiavgift, investeringsansvar, driftsansvar og kostnadsfordeling mellom partene
- livsløpssammenligning av nybygg, modulbygg, leie og ombygging på like forutsetninger
- sensitivitetsanalyse for kapasitet, beleggsgrad, oppholdstid, bemanning, lønnsnivå og byggekostnad
- gevinstrealiseringsplan som skiller mellom kapasitetsgevinst, unngått kostnad og faktisk budsjettmessig innsparing

9. Hva utprøvingen skal dokumentere

En eventuell treårig utprøving bør minst dokumentere:

- investerings- og driftskostnader
- faktisk bemanning, personellbehov og kostnad per plass
- kommunal ressursbruk og reisekostnader
- beleggsgrad, liggetid og tid til kommunal bolig
- frigjorte døgnplasser og kapasitetsvirkninger
- overtid, innleie og overbelegg
- reinnleggelser, tilbakeføringer og alvorlige hendelser
- pasientens funksjons- og rehabiliteringsutvikling
- pasientsikkerhet og bruk av individuelt fastsatte tiltak
- arbeidsmiljø, sykefravær og kompetansebehov
- erfaringer fra pasienter, pårørende, kommuner og ansatte
- kostnad per tilgjengelig og belagt plass
- kostnad per pasientforløp og per utskrivning til kommunen
- faktisk beleggsgrad og gjennomsnittlig oppholdstid
- endring i liggedøgn, overbelegg, overtid og innleie i sikkerhetspsykiatrien
- samlet og fordelt ressursbruk i spesialisthelsetjenesten og kommunene
- realiserte budsjetteffekter, skilt fra kapasitetsgevinster og unngåtte kostnader

10. Samlet vurdering

Arbeidsgruppen vurderer at en overgangsbolig primært bør begrunnes som et rehabiliterings-, kapasitets- og samhandlingstiltak, ikke som et dokumentert innsparingstiltak. Tiltaket kan gi et mer tilpasset tilbud til pasienter som ikke lenger har behov for behandling på høyeste døgn- og sikkerhetsnivå, men som fortsatt trenger strukturerte rammer, rehabilitering og en gradvis overgang til kommunale tjenester.

Det foreligger foreløpig ikke tilstrekkelig kvalitetssikrede beregninger til å fastslå samlet investeringsbehov, årlig driftskostnad, treårig finansieringsbehov eller kostnadseffektivitet

sammenlignet med dagens løsning og et eventuelt forsterket ambulant sikkerhetsteam. Særlig bemanningsbehov, kommunal ressursinnsats, bygningsløsning, merverdiavgift, investeringsansvar og kostnadsfordeling må avklares.

Arbeidsgruppen anbefaler derfor en tidsavgrenset utprøving på inntil tre år med et begrenset antall plasser. Før oppstart må det gjennomføres en dokumentert bemannings-, turnus-, arbeidsmiljø- og risikoanalyse, og det må utarbeides en samlet prosjekt- og driftskalkyle. Utprøvingen må innrettes slik at både pasientutfall, ressursbruk, kapasitetsvirkninger og eventuelle budsjetteffekter kan dokumenteres.

Resultatene skal danne grunnlag for beslutning om eventuell permanent drift, dimensjonering, finansiering og utvidelse til andre DPS-lokasjoner.