

## Oppsummering av kommunale og regionale innspill på anbefalingene i rapporten

### Anbefalingspunkt 1.1: Meningsfull aktivitet på dagtid

**Anbefaling:** Rapporten anbefaler at det tilrettelegges for meningsfulle og individuelt tilpassede aktiviteter for personer som utfordrer samfunnsvernet, slik at de får en stabil og oppbyggende hverdag, både under institusjonsopphold og etter utskrivelse. Eksempler er arbeidstrening, økonomisk veiledning, sosiale aktiviteter og opplæring i daglige ferdigheter.

#### Kommunale og regionale innspill:

1. **Østre Agder:** Østre Agder støtter meningsfulle aktiviteter som et viktig rehabiliteringstiltak. De foreslår tidlig interessekartlegging og involvering av pasientens hjemkommune for å sikre kontinuitet i tiltak etter utskrivelse. Eksempler de nevner er arbeidstrening, økonomiveiledning, og aktiviteter som knytter pasienten til nettverk som fortsetter etter utskrivelse.
1. **Setesdal:** Setesdal ser på meningsfulle aktiviteter som viktige for å skape tilhørighet og samfunnsengasjement. Alle trenger: Å bli møtt, oppleve noe meningsfullt, oppleve egenverdi/mestring, egenmotivasjon.
3. **Lindesnes:** Lindesnes støtter VTO (Varig Tilrettelagt Arbeid) som et tiltak og mener aktivitetene bør startes under institusjonsopphold for å sikre en god overgang til kommunen. De peker på utfordringer med å finne passende aktiviteter for pasienter som mangler motivasjon eller har høy risiko for tilbakefall.
4. **Vennesla:** Vennesla beskriver erfaringer med individuelt tilpassede tilbud under innleggelse, men påpeker utfordringer med pasienter som faller tilbake i gamle mønstre etter utskrivelse. De nevner et konkret eksempel der tilrettelegging av lydstudioaktiviteter ikke førte frem på grunn av lav motivasjon.
5. **Kristiansand:** Kristiansand støtter aktivitetstilbud som dekker både grunnleggende ferdigheter og sosial deltakelse. De understreker at for enkelte pasienter er aktiviteter som matinnkjøp og klesvask viktige for å oppnå stabilitet. Kristiansand viser også til at det kreves langvarig innsats for å skape stabilitet hos mange pasienter.
6. **Lillesand:** Lillesand fremhever aktivitetenes rolle i å redusere stigmatisering ved å knytte pasientene til lokale ressurser. De peker på utfordringer i små kommuner med få ressurser, som begrenser muligheten til å tilby et bredt spekter av aktiviteter.
7. **Sirdal:** Sirdal støtter meningsfulle aktiviteter for å fremme deltakelse og felleskap.

**Oppsummering:** Kommunene støtter rapportens anbefaling og ønsker tilpassede aktiviteter som kan bidra til stabilitet og tilhørighet. Flere understreker tidlig interessekartlegging og samarbeid med hjemkommunen for å sikre kontinuitet. Utfordringer knyttet til motivasjon, tilbakefall, og ressurser i små kommuner er gjennomgående temaer.

## Anbefalingspunkt 1.2: Grunnleggende holdning i behandlingen

**Anbefaling:** Rapporten foreslår en Recovery-basert tilnærming som fremmer respekt, likeverdighet og en terapeutisk relasjon mellom pasient og behandlingsapparat.

### Kommunale og regionale innspill:

1. **Østre Agder:** Østre Agder støtter Recovery-metodikken og peker på betydningen av en terapeutisk allianse mellom pasient og behandler. De mener en god behandlingsrelasjon er en viktig forutsetning for positive behandlingsresultater. Hyppig bytte av behandlerkontakt er en utfordring. Vurdere andre turnusmodeller
2. **Setesdal:** Setesdal understreker behovet for en helhetlig holdningsendring i alle kommunale ledd, fra renholdspersonale til ledelse, for å bygge et inkluderende samfunn.
3. **Lindesnes:** Lindesnes støtter Recovery-tilnærmingen som et grunnleggende verktøy i behandlingen, men de peker også på utfordringer når pasienter mangler vilje eller evne til å reflektere og tilpasse seg, spesielt pasienter med ROP-lidelser.
4. **Vennesla:** Vennesla erfarer at Recovery-modellen er nyttig for mange, men har erfart at den er mindre effektiv for pasienter med ROP-lidelser eller reduserte kognitive evner, som ofte mangler indre motivasjon.
5. **Kristiansand:** Kristiansand støtter et positivt menneskesyn og fremhever at personalet må inneha gode holdninger og være egnet for å arbeide med denne pasientgruppen. De peker på at Recovery-tilnærmingen kan styrke samfunnsperspektivet i behandlingen.
6. **Lillesand:** Lillesand opplever økt grad av likebehandling på tvers av nivåene i dag. Det påpekes at pasienten må være tilstrekkelig behandlet og stabil før utskrivelse.
7. **Sirdal:** Sirdal støtter Recovery-tilnærmingen og behandle menneskene man møter med respekt og likeverd.

**Oppsummering:** Kommunene støtter anbefalingen om Recovery-tilnærmingen som et grunnleggende verktøy i behandlingen, men tilnærmingen kan være noe mer utfordrende for pasienter i denne målgruppen.

## Anbefalingspunkt 2.1: Etablere sikkerhetspsykiatriske nettverk

**Anbefaling:** Rapporten anbefaler etablering av sikkerhetspsykiatriske nettverk for å sikre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommuner og politi.

### Kommunale og regionale innspill:

1. **Østre Agder:** Østre Agder støtter etableringen av slike nettverk og fremhever behovet for felles virkelighetsforståelse og prioriteringer. De ser dette som en ramme for å sikre bedre samarbeid på tvers av nivåer.
2. **Setesdal:** Setesdal har et eksisterende fagnettverk innen psykisk helse og rus, inkludert D-FACT.
3. **Lindesnes:** Lindesnes er positive til sikkerhetspsykiatriske nettverk, men de påpeker utfordringer med loverket som er en begrensning i dag. Taushetsplikten kan hindre informasjonsdeling mellom etatene.
4. **Vennesla:** Vennesla foreslår et nasjonalt nivå i nettverket, hvor enkeltsaker kan løftes inn. De mener dette kan redusere ulikheter i oppfølging mellom fylker.
5. **Kristiansand:** Kristiansand mener sikkerhetspsykiatriske nettverk kan styrke samhandlingen og anbefaler et systematisk samarbeid mellom kommune, spesialisthelsetjeneste og politi.

6. **Lillesand:** Lillesand støtter initiativet, men påpeker at taushetsplikten ofte er til hinder for samarbeidet mellom nivåene.

**Oppsummering:** Det er bred støtte for å etablere sikkerhetspsykiatriske nettverk. Flere kommuner fremhever behovet for nasjonale retningslinjer og tilrettelegging for informasjonsutveksling.

## Anbefalingspunkt 2.2: Etablere og utvikle eget samhandlingsforløp

**Anbefaling:** Rapporten foreslår et standardisert samhandlingsforløp for å sikre kontinuitet og samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

### Kommunale og regionale innspill:

1. **Østre Agder:** Østre Agder støtter forslaget og anser etablering av eget samhandlingsforløp som et viktig tiltak. Eget samhandlingsforløp må innarbeides i gjeldene delavtale 2 og delavtale 5 om utskrivningsklare pasienter. Her må det komme frem at partene arbeider integrert under innleggelse, forsterker samhandlingen i god tid for å planlegge utskrivning, og at det sikres et felles oppfølgingssystem etter utskrivning.
2. **Setesdal:** Setesdal beskriver systematisk samarbeid mellom D-FACT og politi. Noen begrensninger med hensyn til at det kommunale D-FACT teamet jobber kun på dagtid.
3. **Lindesnes:** Lindesnes er positive til samhandlingsforløp for de som er dømt til tvunget psykisk helsevern. Det er behov for klarere kriterier for tilbakeføring til institusjon.
4. **Vennesla:** Vennesla viser til at ansvarsavklaring og regelmessig kommunikasjon er nødvendig for å sikre sammenheng i tjenestetilbudet. Overgangsbolig kan vurderes som et tiltak i forbindelse med overføring til åpen omsorg. Det kan være aktuelt i etterkant av innleggelse, eller opphold i sikkerhetshjem.
5. **Kristiansand:** Kristiansand påpeker at samhandlingsforløp må inneholde tydelige ansvarsfordelinger og være fleksible nok til å tilpasses lokale forhold. Erfaring er at finansiering, juridisk handlingsrom og andre forhold som i all hovedsak kan forklares med uavklart ansvarsfordeling nivåene imellom utfordrer samhandlingen. Kristiansand kommune er opptatt av at det kommunale arbeidsfeltet/rolle er å gi helse- og omsorgstjenester og sosialtjenester hvor mennesker har anledning til å avstå å ta imot tjenester. Kommuner har helt andre virkemidler og lovverk enn spesialisttjenesten. Samhandlingen må bygge på stor grad av gjensidighet. Viktig at det er enighet mellom kommune og spesialisttjeneste når den enkelte personer er "klar for tilbakeføring" og rehabilitering på kommunalt nivå. Revisjon av delavtale 5 vil gi tydelig ansvars- og oppgavefordeling. Det vil være avgjørende ved etablering av samhandlingsforløp.
6. **Lillesand:** Lillesand understreker betydningen av at samhandlingsforløpet inneholder tydelige rutiner for oppfølging etter utskrivelse.
7. **Sirdal:** Sirdal støtter samhandlingsforløp, men fremhever at økonomiske og juridiske forhold må avklares for å sikre en bærekraftig løsning.
8. **Birkenes:** et viktig punkt er hvordan pasienten skrives ut, til hva, hvem er involvert, har det blitt gjennomført voldsrisiko. Har pasienten hatt permisjon, har man vurdert risiko ute.

**Oppsummering:** Kommunene støtter forslaget om å utvikle et eget samhandlingsforløp for de som utfordrer samfunnsvernet, og legger vekt på behovet for tydelige ansvarsfordelinger som må være fleksible nok til å tilpasses lokale forhold. I disse komplekse behandlingsforløpene er det viktig å avklare hvor det juridiske ansvaret ligger da flere forhold rundt behandling og sikring av pasientgruppen er delt mellom kommunene, helseforetaket og justissektoren, som har ansvar for hvert sitt område. Det er en fare for at noen pasienter faller mellom tjenestenes ansvarsområder. Dette må inngå i pågående revisjonsarbeid med delavtale 5.

## Anbefalingspunkt 3.1: Utprøve pilot for sikkerhetsboliger i Agder

**Anbefaling:** Rapporten foreslår et pilotprosjekt for sikkerhetsboliger for pasienter med langvarige behov som ikke kan bo i ordinære bofellesskap.

### Kommunale og regionale innspill:

1. **Østre Agder:** Østre Agder støtter pilotprosjektet og mener at sikkerhetsboliger bl.a kan bidra til raskere og bedre utskrivelser fra sykehus. Dette kan lette trykket på spesialisthelsetjenesten, som ofte har lang ventetid på døgnplasser.
2. **Setesdal:** Setesdal foreslår etablering av to sikkerhetsboliger for regionen. De påpeker at både befolkningsgrunnlaget og økonomiske utfordringer kan begrense muligheten for å etablere dette for en kommune alene i Setesdal
3. **Lindesnes:** Lindesnes ser behovet for sikkerhetsboliger, men fremhever at dagens lovverk gjør det vanskelig for kommunen å sikre nødvendig kontroll og oppfølging. Det må være tydelig oppgavefordeling mellom nivåene. Lindesnes mener tiltaket bør høre til spesialisthelsetjenestens område.
4. **Vennesla:** Vennesla er svært positive til pilotprosjektet, som de mener er nødvendig for samfunnsvernet. De anbefaler at finansiering bør komme fra statlige midler, og de foreslår at slike boliger kan deles mellom flere kommuner for å redusere kostnader og ressurspress.
5. **Kristiansand:** Kristiansand støtter initiativet, men peker på behovet for juridisk avklaring. Kristiansand anbefaler også at interkommunalt samarbeid vurderes som en mulig løsning.
6. **Lillesand:** Lillesand støtter pilotprosjektet, men understreker viktigheten av statlig finansiering. De påpeker at slike boliger vil kreve store ressurser, og at dette må dekkes av øremerkede midler for å være bærekraftig.
7. **Sirdal:** Fremhever behovet for klare ansvarsavklaringer, og setter spørsmål som det vil være mulig med interkommunalt samarbeid. Påpeker at lovverket må justeres
8. **Flekkefjord:** Syntes det er interessant med etablering av sikkerhetsboliger i Agder, og støtter Vennesla sitt forslag.

**Oppsummering:** Kommunene støtter pilotprosjektet for sikkerhetsboliger som et mulig tiltak for sikre samfunnsvernet. De påpeker behovet for statlig finansiering, avklare det juridiske ansvaret og vilje til interkommunalt samarbeid. Forslaget er sammenfallende med Stortingets oppdrag som er gitt Regjeringen. Ved behandling av Nasjonal helse og samhandlingsmelding «Innst.387 S (2023-2024) vedtok Stortinget følgende:» Stortinget ber regjeringen utrede sikkerhetshjem som en løsning for de som dømmes til tvunget psykisk helsevern». Regjeringen har i Statsbudsjettet for 2025 avsatt 100 millioner til varig styrking av sikkerhetspsykiatriske avdelingen i sykehusene økt kapasitet og i tillegg foreslått å bevilge 36 millioner kroner til etablering av ambulante sikkerhetsteam der det ikke er etablert.

## Anbefalingspunkt 3.2: Opprette ambulante sikkerhetsteam

**Anbefaling:** Rapporten anbefaler ambulante sikkerhetsteam som skal følge opp pasienter etter utskrivelse og sikre sammenheng i tjenestetilbudet. Teamene skal være tverrfaglige og ha kompetanse til å håndtere utfordrende situasjoner.

### Kommunale og regionale innspill:

1. **Østre Agder:** Østre Agder støtter ambulante sikkerhetsteam og mener de vil sikre en bedre overgang fra institusjon til kommune. De ser dette som en løsning for å gi kontinuerlig oppfølging etter utskrivelse.
2. **Setesdal:** Setesdal ser D-FACT som et godt utgangspunkt for samarbeid med ambulante sikkerhetsteam i Agder, og mener dette kan være en effektiv modell for regionen.
3. **Lindesnes:** Lindesnes støtter et tettere samarbeid mellom forvaltningsnivåene. Det påpekes imidlertid at dersom det utvikles et tydelig samhandlingsforløp som klargjør spesialisthelsetjenestens ansvar og kommunens ansvar, mener vi at behovet for ambulante sikkerhetsteam reduseres. Må være et tydelig forløp fra spesialisthelsetjenesten så kan de brukerne følge et likt samhandlingsforløp som andre. (Hvilke lovverk jobbes de etter? Er det lovverket til spesialisthelsetjenesten?) Utfordringen er at brukerne ikke vil ha tjenester og da kan ikke kommunen tvinge brukerne til dette etter Helse og omsorgstjenesteloven.
4. **Vennesla:** Vennesla anbefaler også en modell basert på FACT, da de har positive erfaringer med denne modell/struktur. De mener at FACT-lignende team vil gi pasientene mer tilpasset oppfølging og sikre stabilitet over tid.
5. **Kristiansand:** Kristiansand er positive til ambulante sikkerhetsteam og ser dette som et viktig tiltak for å unngå fragmenterte tjenester. De mener FACT-modellen kan brukes som et grunnlag, men fremhever at teamet må ha tydelige ansvarsfordelinger, bl.a må fastlegenes rolle i ambulante sikkerhetsteam avklares. Ressursmessig må det likevel vurderes hvor mange spesialiserte team som skal etableres for å unngå uoversiktlige og overlappende tjenester, og vi må være rasjonelle ved stadig færre hender i sektoren.
6. **Lillesand:** Lillesand støtter ambulante team, men de understreker at økonomisk støtte vil være nødvendig for å sikre at små kommuner kan bidra og opprettholde tjenestene.
7. **Sirdal:** Støtter at pasienter som skrives ut følges opp av ambulante eller oppsøkende team, men og etterlys bedre tilgang til de ambulante tilbudene.
8. **Flekkefjord:** Vi vil også se med interesse på hvordan en hvordan man skulle rigget et ambulerende sikkerhetsteam i Lister, da vi pr i dag ikke har eksisterende strukturer som feks FACT og forventer å bli involvert i et tidlig stadiet dersom det er aktuelt.

**Oppsummering:** Kommunene støtter etablering av ambulante sikkerhetsteam basert på FACT - modellen. Teamet må ha tydelige ansvarsfordelinger, roller må avklares bl.a fastlegene. Ressursbruk ved etablering av nye team må vurderes og sees i sammenheng med knapphet på tilgjengelig arbeidskraft og fare for uoversiktighet /overlappende tjenester. Økonomisk støtte fra staten fremheves som nødvendig for bærekraftig drift.

## Anbefalingspunkt 4: Sikre felles kompetanseheving

**Anbefaling:** Rapporten anbefaler kompetanseheving innen voldshåndtering, risikovurdering, og juridiske spørsmål for ansatte på tvers av tjenestenivåene. Hospitering og felles opplæring er foreslått som metoder for å sikre dette.

### **Kommunale og regionale innspill:**

1. **Østre Agder:** Østre Agder støtter behovet for felles kompetanseheving, spesielt innen voldsrisikovurdering og forebygging. De mener at regelmessig oppdatering av kompetanse er nødvendig for å håndtere denne komplekse pasientgruppen og henviser til delavtale 6.
2. **Setesdal:** Setesdal fremhever behovet for kompetanse i voldshåndtering og risikovurdering, med regelmessige kurs og kompetanseheving for ansatte. Tids- og ressursbegrensninger er en utfordring for dette arbeidet.
3. **Lindesnes:** Lindesnes støtter kompetanseheving innen voldshåndtering og påpeker behovet for gjensidig veiledning mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. De ser felles opplæring som en måte å bygge en enhetlig kompetanse og felles forståelse på tvers av nivåene.
4. **Vennesla:** Vennesla er også positive til felles kompetanseheving. Det er viktig å sikre gjensidig forståelse av lovverk og rammebetingelser mellom nivåene.
5. **Kristiansand:** Kristiansand støtter kompetanseheving og fremhever behovet for spisskompetanse på voldshåndtering, spesielt innen risikovurdering og juridiske spørsmål. De mener regelmessige felles opplæringssamlinger kan være nyttige og vektlegger fokus på den gjensidige veiledningsplikten mellom kommuner og helseforetak samt delavtale 6.
6. **Lillesand:** Lillesand støtter behovet for kompetanseheving, men påpeker at små kommuner kan ha økonomiske utfordringer med å sikre kontinuerlig opplæring uten ekstra finansiering. Det fremheves at opplæringsprogrammene må tilpasses mindre kommuners behov. Lillesand oppfordrer til å benytte muligheten for gjensidig hospitering.
7. **Sirdal:** Sirdal mener kompetanseheving innen voldsrisiko og forebygging er viktig.

**Oppsummering:** Kommunene støtter rapportens forslag om felles kompetanseheving, med vekt på opplæring i voldshåndtering og juridiske aspekter. Viser i denne sammenheng til prosjekt mellom politi, SSHF og region Kristiansand om bruk av felles voldsrisikoverktøy (jfr. Orientering i SSU 13.12.24). Kommunene viser til utarbeidet retningslinjer for gjensidig kompetanseoverføring i egen juridisk forpliktende avtale mellom SSHF og kommunene gjennom delavtale 6: «Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering». Kompetanseoverføring knyttet til denne målgruppen bør følge disse retningslinjene.

## Anbefalingspunkt 5: Kapasitet

**Anbefaling:** Rapporten anbefaler å øke døgnkapasiteten og etablere overgangsboliger i kommunene. Målet er å gi pasientene en trinnvis overgang fra institusjon til kommunale tjenester, og å redusere presset på døgnplasser.

### Kommunale og regionale innspill:

1. **Østre Agder:** Østre Agder støtter forslaget om å øke døgnkapasiteten og opprette overgangsboliger. De mener dette vil kunne bidra til raskere utskrivinger og redusere presset på spesialisthelsetjenesten.
2. **Setesdal:** Setesdal støtter økt døgnkapasitet som et tiltak for å redusere risiko for vold i tjenesten. De har også tilgang til kommunale boliger som må tilpasses pasienter med utfordrende behov, men ser behovet for ytterligere tilrettelegging.
3. **Lindesnes:** Lindesnes støtter økt kapasitet, men fremhever at det er nødvendig med statlige midler for å finansiere flere plasser i det sikkerhetspsykiatriske tilbudet. De mener også at overgangsboliger vil kunne lette presset på døgnplasser.
4. **Vennesla:** Vennesla støtter både økt døgnkapasitet og overgangsboliger, men fremhever at det er avgjørende med statlig finansiering for at kommunene skal kunne ivareta disse boligene over tid. Dagens rammer og lovverk kan være til hinder.
5. **Kristiansand:** Kristiansand støtter en økning i døgnkapasiteten og ser overgangsboliger som en viktig del av behandlingsforløpet. De mener at slike boliger vil kunne hjelpe pasientene å tilpasse seg et liv utenfor institusjon.
6. **Lillesand:** Lillesand støtter økt kapasitet og påpeker flere positive effekter ved dette. Det må imidlertid komme statlige midler til overgangsboliger for at små kommuner skal kunne dekke kostnadene for oppfølging av pasientene i disse boligene.
7. **Sirdal:** Sirdal støtter økt kapasitet innen sikkerhetspsykiatrisk tilbud i SSHF. Overgangsboliger kan bidra til bedre og sømløse overføringer til kommunen gjennom en tidsavgrenset avklaringsperiode.

**Oppsummering:** Det er bred støtte for økt døgnkapasitet og etablering av overgangsboliger. Kommunene understreker at statlig finansiering er nødvendig for å sikre bærekraftig drift. Kommunene viser til Stortingets behandling av Nasjonal helse og samhandlingsplan våren 2024 hvor følgende ble vedtatt:

*«Stortinget ber Regjeringen sikre at det totale antallet døgnplasser i psykiatrien økes i tråd med framskrivingene for den enkelte helseregion, og at det skal være desentralisert psykiatrisk behandling med døgntilbud».* Dette er fulgt opp av det årlige «Oppdragsdokumentet til helseforetakene» som ber *«helseforetakene om å øke antall døgnplasser fra 2023 til 2024.»* Noen kommuner opplever uenighet med helseforetakene i noen saker hvor helseforetakene ønsker å plassere pasienter utenfor institusjon primært av ressursmessige hensyn. Dette er ikke i tråd med gjeldende lovverk (*jfr forskrift psykisk helsevern § 11 i kommentardelen*). En styrking av døgnkapasiteten i helseforetaket vil avdempe denne utfordringen.

### Ad. overgangsbolig:

Kommunene opplever en særskilt utfordring med å skaffe bolig raskt nok i krevende enkeltsaker hvor helseforetaket ber om overføring av pasient til tvunget psykisk helsevern uten døgn (TUD). Etablering av overgangsboliger kan bidra til mer hensiktsmessige prosesser hvor pasienten får mere tid til å tilpasse seg en hverdag utenfor institusjon og kommunene kan sammen med spesialisthelsetjenesten få kartlagt pasientens videre behov for bolig/oppfølging i bolig. Dette vil også gi kommunene tilstrekkelig tid til å framskaffe egnet bolig.