



IRIS

International Research Institute of Stavanger

www.iris.no

Nils Asle Bergsgard og Terje Lie

Evaluering av tilbudet til rusavhengige i Hamar

Rapport IRIS – 2012/296

Prosjektnummer: 7252326
Prosjektets tittel: Evaluering av rustilbud Hamar
Oppdragsgiver(e): Hamar kommune

ISBN: 978-82-490-0801-8
Gradering: åpen fra 21.november 2012


Stavanger, 05.11.2012



Terje Lie Sign.dato
Prosjektleder



Svein Ingve Nødland Sign.dato
Kvalitetssikrer



Einar Leknes Sign.dato
fungerende direktør
Samfunns- og næringsutvikling

© Kopiering er kun tillatt etter avtale med IRIS eller oppdragsgiver.

International Research Institute of Stavanger AS er sertifisert etter et kvalitetssystem basert på NS-EN ISO 9001 og NS-EN ISO 14001:2004

www.iris.no

© Kopiering er kun tillatt etter avtale med IRIS eller oppdragsgiver.

International Research Institute of Stavanger AS er sertifisert etter et kvalitetssystem basert på NS-EN ISO 9001 og NS-EN ISO 14001:2004

Forord

Hamar kommune har gitt IRIS i oppdrag å evaluere rusarbeidet i kommunen. Arbeidet med evalueringen er foretatt sommer/høst 2012. Formålet med evalueringen er å gi en statusbeskrivelse i forbindelse med ny helse- og omsorgsplan i kommunen. Tiltak drevet av Kirkens Sosialtjeneste inngår i evalueringen.

Vi har gjennomført 20 kvalitative intervjuer med 25 representanter for Hamar kommune, NAV, Kirkens Sosialtjeneste, DPS Hamar, sentralsykehusfunksjonen ved Sanderud ved Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet, KoRus-Øst og Politiet. I tillegg har vi intervjuet fire brukere ved Kirkens Sosialtjenestes tiltak. Vi takker alle for velvillig deltaking i evalueringen. Vi vil også takke Åse Jofrid Sørby i Hamar kommune for stor innsats med å ordne intervjuavtaler og å framskaffe dokumentasjon.

Hamar kommune, NAV Hamar og Kirkens Sosialtjeneste har lest igjennom og kommentert et førsteutkast av rapporten. Dette var i første rekke for å sikre at vi ikke hadde misforstått informantene og for å rette opp for eventuelle faktafeil i rapporten. Men vi fikk også relevante tilbakemeldinger på struktur og innhold. Internt ved IRIS har Svein Ingve Nødland vært kvalitetssikrer på rapporten. Takk til alle for gode innspill.

Stavanger, 05. november 2012

Terje Lie
prosjektleder

Innhold

Forord	ii
Sammendrag	v
Forkortinger	viii
1 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for oppdraget	1
1.2 Tema, problemstillinger og avgrensinger.....	1
1.3 Lovgrunnlag, planlegging og organisering av rusarbeidet i Hamar.....	4
1.4 Utdypende om lokalt rusarbeid og problemstillingene	8
1.5 Metode.....	11
1.6 Rapportens struktur	12
2 RUSBILDET I HAMAR	14
3 RUS-PSYKISK OPPFØLGINGSTEAM I NAV HAMAR	16
3.1 Hvem er de og hva gjør de?	16
3.2 Organisering og ressurser	17
3.3 Samarbeidspartnere	18
3.4 Kort oppsummering av kapitlet.....	19
4 KOMMUNALE INSTANSER.....	20
4.1 Psykisk helseteam og hjemmebaserte tjenester.....	20
4.2 Barn- og familieenheten	21
4.3 Boligsosial avdeling	22
4.4 Fastlegene.....	25
4.5 Kort oppsummering av kapitlet.....	26
5 HAMARTILTAKENE	27
5.1 Værested Arbeideren.....	28
5.2 Barm Oppfølgingscenter	29
5.3 Boligtiltaket Folkestadsgate	31
5.4 Brukerintervju – Arbeideren og Barmsenteret.....	32
5.5 Kort oppsummering av kapitlet.....	33
6 SPESIALISTHELSETJENESTEN	35
6.1 Distriktpsikiatrisk senter, Hamar	35
6.2 Sentralsykehusfunksjoner, Sykehus Innlandet, Sanderud.....	37

6.3	Kort oppsummering av kapitlet.....	39
7	TILBUDET TIL RUSAVHENGIGE I HAMAR.....	40
7.1	Et helhetlig tilbud?	40
7.2	Individuell plan (IP)	40
7.3	Hamartiltakene	41
7.4	Bruk av omsorgsplasser og andre midlertidige tilbud.....	43
7.5	Tilbudet til ulike målgrupper.....	43
7.6	Likeverdige helsetjenester.....	44
7.7	Kompetanse	44
7.8	Brukermedvirkning og involvering av pårørende	45
8	ORGANISERING, TILTAKSKJEDE OG SAMARBEID	47
8.1	Er det en god organisering av tilbudet i Hamar?.....	47
8.2	Danner tilbudet til rusavhengige i Hamar en sammenhengende kjede?	49
8.3	Samarbeid og eventuelle samarbeidsproblemer	54
9	SAMMENFATNING, UTFORDRINGER OG KONKLUSJON	56
9.1	Kort sammenfatning	56
9.2	Konklusjon	57
9.3	Utfordringer og tilrådinger	57
10	REFERANSER.....	60
11	VEDLEGG – KOMMUNALE PLANER	62

Sammendrag

Bakgrunn

Hamar kommune har utarbeidet en Rusmiddelpolitisk handlingsplan for 2008-2012. Som en del av faktagrunnlaget for utarbeidelsen av ny helse- og omsorgsplan ønskes det at denne planen evalueres. Hamar kommune har videre en rammeavtale med Kirkens Sosialtjeneste (omtalt som Hamarmodellen) om drift av flere rustiltak, de såkalte Hamartiltakene. Disse tiltakene utgjør sentral del av evalueringen.

Samlende for oppdraget er å undersøke helheten i tilbudet til voksne rusavhengige i Hamar, hvorvidt det er en tiltakskjede med sømløse overganger mellom de ulike leddene og hvordan aktørene samarbeider. Det var viktig å identifisere manglende ledd i kjeden, og hva kommunen gjør i slike tilfeller, f.eks. kjøp av omsorgsplasser, oppfølging i bolig, hjemmebaserte tjenester osv. Med voksne menes her personer over 18 år, men vi har også hatt et sideblikk på rekruttering til rusmiljøet blant de yngre.

Videre ønsket man å få en vurdering om alternative måter å utnytte ressursene på ville gi bedre resultater. Dernest ønsket en også kunnskap om det vi kan kalle rus-bildet i Hamar, og da særlig rekruttering til rusmiljøet. I tillegg ble forhold som bruker- og familieperspektivet og kompetanse trukket fram.

Vi har valgt å gjennomføre kvalitative intervjuer med sentrale aktører for å besvare problemstillingene i evalueringen. Vi har gjort 20 intervjuer med 25 representanter for Hamar kommune, NAV, Kirkens Sosialtjeneste, DPS Hamar, Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet ved sentralsykehusfunksjonen på Sanderud, KoRus-Øst og Politiet. I tillegg har vi intervjuet fire brukere ved Kirkens Sosialtjenestes tiltak. Videre har vi hentet inn dokumentasjon og statistikk om tilbudet til rusavhengige i Hamar, blant annet årsmeldinger, planer, rapporter, saksframlegg o.l.

Resultater og utfordringer

I den Ruspolitiske handlingsplanen ble boligtiltak, samarbeidet mellom rus og psykiske helsetjenester, samarbeid med sivile aktører, herunder videreføring av driftsavtalen med KST, brukerperspektivet, og kompetanseheving og tverrfaglig samarbeid framhevet.

Når det gjelder det første punktet, *boligtiltak*, bruker Hamar kommune en god del midler på bosetting av vanskeligstilte, herunder rusavhengige. Videre har man samlet kreftene i en Boligsosial avdeling som både skal jobbe med tildeling av bolig og bo-oppfølging. Man har også på trappene et særskilt boligtiltak med bemanning for de tyngre ROP-pasientene, og man støtter KSTs boligtilbud i Folkestadgate for personer som vil leve rusfritt. I tillegg finnes det to akutthybler til disposisjon for målgruppen i 3. etasje på Arbeideren.

Selv om Hamar kommune har gjennomført tiltak på boligsiden, er det likevel dette området flertallet av våre informanter trekker fram som den største utfordringen. Det er et vedvarende press på kommunale boliger, kanskje særlig midlertidige boliger og overgangsboliger, f.eks. når brukeren kommer fra institusjon/fengsel og trenger en bolig over en viss periode (opp til tre år) før en klarer å finne seg noe permanent. Det er

følgelig viktig at de planlagte bemannede botiltaket bygges. Støtten til Folkestadsgate, som er rusfritt bemannet tidsavgrenset boalternativ, bør også videreføres.

Hamar kommune ønsker å bosette rusavhengige mest mulig spredt for å unngå gettotilstander. Dette er bra med hensyn til rehabilitering og sannsynligvis også i forhold til sosial integrering. Det vil imidlertid kunne kreve mer ressurser av hjelpeapparatet, noe kommunen må sikre seg er tilgjengelig (bo-oppfølging, hjemmebaserte tjenester, miljøarbeid o.l.)

Man har i dag organisert det *rusarbeidet* under den kommunale delen av NAV (Ruspsykisk oppfølgingsteam), mens det *psykiske helsearbeidet* er under Pleie- og omsorgsenheten i kommunen (Psykisk helseteam). Dette byr på utfordringen siden de to teamene i praksis vil ha en del felles brukere. Samarbeidet mellom de to tjenesteområdene er brukbart, og bedre nå enn før. Man har en psykisk sykepleier i Rusteamet, samtidig som Rusteamet og Psykisk helseteam har begynt å jobbe sammen om de tyngste ROP-brukerne. Det synes likevel fortsatt å være et stykke å gå før brukere med samtidige rus og psykiske lidelser får enhetlige tjenester. Den gjensidige kompetansen om de ulike fagområdene, er begrensa, og det skjer fortsatt at brukere blir kasteballer mellom fagområdene. Dette ser også ut til å gjelde på spesialisthelsetjenestenivå der man både ved DPS og ved sentralsykehusfunksjonene ved Sanderud har organisert rus- og psykisk helsetjenestene i separate enheter.

I vårt materiale gis det ingen entydige signaler om det er best å ha to team i to ulike enheter som nå, eller å ha felles organisering av de to tjenesteområdene – rus og psykisk helse. Det er praktiske grunner for dagens organisering. Samtidig er det overlappende fagfelter. Vi har ikke grunnlag for å konkludere med at Hamar kommune bør endre dagens organisering. Vi mener imidlertid at kommunen bør utrede nærmere hvor mange av brukerne i Rus-psykisk oppfølgingsteam som har behov for psykisk helsetjenester og hvor mange som nyttiggjør seg NAVs arbeidsrettede tiltak. Videre bør man se på hvor utfordringene og gevinstene er størst ved en mer integrert organisering av tjenesteområdene.

Hamarmodellen der kommunen har en treårig driftsavtale med Kirkens Sosialtjeneste (sist fornyet i 2011) om *Hamartiltakene*, er videreført. Støtten har fulgt prisstigningen de siste årene. Evalueringen gir ikke noen holdepunkter for at det bør gjøres større endringer i denne modellen. Hamartiltakene gis en varierende, men i all hovedsak rimelig positiv vurdering av våre informanter. Vår vurdering er da også at denne modellen bør videreføres.

Kirkens Sosialtjeneste driver Hamartiltakene i stor grad på vegne av kommunen, men har også økonomisk støtte fra Justisdepartementet (Barmsenteret), fra Helsedirektoratet og andre. Boligtiltaket Folkestadsgate er helfinansiert av kommunen og er et rusfritt boligtiltak i rehabiliteringen av rusmiddelavhengige. KST utfører her en lovpålagt oppgave for kommunen. Barmsenteret er et dagsenter og sosialt værested for rusmiddelavhengige som vil leve rusfritt. Senteret inngår på den måten i en aktiv rehabilitering av rusmiddelavhengige og utfører et arbeid som kommunen ellers ville hatt ansvar for. Værestedet Arbeideren som institusjon ivaretar mange oppgaver som

kommunen etter lov og forskrift har ansvar for. Værestedet gir et tilbud til brukere med størst funksjonsvansker. Stedet bidrar til å avverge uheldige situasjoner som kunne skjedd på gata og kan avverge akuttinnleggelser. Det er et sted for sosialt samvær og bidrar til å styrke den enkeltes livskvalitet med helsetilbud, god ernæring og aktiviteter.

Vi mener at kommunens støtte til Hamartiltakene er vel anvendte midler, og bidrar til å gi den positive vurderingen av rusarbeidet i Hamar som synes å være en gjennomgangsmelodi i evalueringen.

Vår gjennomgang har også vist at punktene *kompetanse* og *brukerperspektiv* er rimelig godt dekket i Hamar. Kompetansen blant de som jobber med rusarbeid i Hamar er god, og det jobbes tverrfaglig, blant annet i Rusteamet, det akutte ambulante teamet ved DPS og ved Hamartiltakene. Generelt mener vi at brukermedvirkning er godt ivaretatt i Hamar, både på system- og individnivå, mens pårørendes medvirkning kan styrkes selv om de til en viss grad er inkludert.

Kommunen bør vurdere alternativer til kjøp av *omsorgsplasser* for rusavhengige. Et aktivt Rus-psykisk oppfølgingsteam, hjemmebaserte tjenester, dagsentra/væresteder som Barmsenteret og Arbeideren bør kunne danne rammen rundt den rusmiddelavhengige i en ventetid før innleggelse og etter utskriving – i ettervern. Dette forutsetter imidlertid egnede boliger. Mindre bruk av omsorgsplasser vil kunne fristille ressurser som kan brukes på kjøp/leie av egnede boliger, oppfølging i bolig eller til andre rehabiliteringstiltak.

Tilbudet til de rusavhengige i Hamar er bra, kan stå som en oppsummering av vår gjennomgang; Hamar kommune er godt forspent når det gjelder tiltak overfor rusavhengige. Man har et bredt spekter som dekker ulike behov. Og i det store og hele så oppleves tilbudet som helhetlig, selv om det også finne huller i tilbudet.

Forkortinger

- BUP = Barne- og ungdomspsykiatri
- DPS = Distriktpsikiatrisk senter
- HelseSør-Øst = Helseforetak som dekker Østlandet, inkludert Hamar, og Sørlandet
- IP = Individuell plan
- K8 = Den gruppen av kommuner i midt fylket av Hedmark som utgjør opptaksområde til DPS Hamar, og består av Ringsaker, Hamar, Stange, Løten, Åmot, Våler Elverum og Trysil.
- KoRus-Øst = Kompetansesenter for rus, Helseregion øst
- KST = Kirkens Sosialtjeneste
- LAR = Legemiddelassistert rehabilitering, substitusjonsbehandling
- PPT = Pedagogiske/psykologiske tjenester
- ROP = Samtidige Rus og Psykiske lidelser
- SI = Sykehuset innlandet
- SLT = Samordningsmodell for Lokale, forebyggende Tiltak mot rus og kriminalitet.
- TSB = Tverrfaglig spesialisert rusbehandling for rusmiddelmissbrukere

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for oppdraget

Hamar kommune har utarbeidet en Rusmiddelpolitisk handlingsplan for 2008-2012 (heretter kalt Handlingsplanen). Denne er en revidering av handlingsplan for 2004-2008. Som en del av faktagrunnlaget for utarbeidelsen av ny helse- og omsorgsplan ønskes det at Handlingsplanen evalueres. I denne rapporten gis en statusrapport over hva man har oppnådd i forhold til planen og hvilke aktiviteter som er i gang eller gjennomført.

Hamar kommune har en rammeavtale med Kirkens Sosialtjeneste (omtalt som Hamarmodellen) om drift av flere rustiltak, de såkalte Hamartiltakene. I 2010 vedtok Hamar formannskap at Kirkens Sosialtjenestes rusarbeid skal evalueres. Hamartiltakene, med Værested Arbeideren, Folkestadsgate og Barm Oppfølgingscenter, og rammeavtalen mellom Hamar kommune og Kirkens Sosialtjeneste, utgjør dermed en sentral del av evalueringen.

I tillegg er Regjeringens Opptappingsplan for rusfeltet samt andre relevante nasjonale dokumenter og lover, som er nevnt i kravspesifikasjonen, sentrale referanser for undersøkelsen.

1.2 Tema, problemstillinger og avgrensinger

I kravspesifikasjonen fra Hamar kommune blir det understreket at det var viktig å få en rapportering på og vurdering av flere ulike temaer. I IRIS' tilbud (22.05.2012) ble tematikken for evalueringen drøftet mer inngående, og i møtet mellom IRIS og Hamar kommune (21.06.2012) ble det foretatt noen presiseringer og avgrensinger av oppdraget.

Samlende for oppdraget er å undersøke helheten i tilbudet til voksne rusavhengige i Hamar, hvorvidt det er en tiltakskjede med sømløse overganger mellom de ulike leddene og hvordan aktørene samarbeider. Det var viktig å identifisere manglende ledd i kjeden, og hva kommunen gjør i slike tilfeller, f.eks. kjøp av omsorgsplasser, oppfølging i bolig, hjemmebaserte tjenester osv. Med voksne menes her personer over 18 år, men vi har også hatt et sideblikk på rekruttering til rusmiljøet blant de yngre.

Videre ønsket man å få en vurdering på om alternative måter å utnytte ressursene på ville gi bedre resultater. Dernest ønsket en også kunnskap om det vi kan kalle rus-bildet i Hamar, og da særlig rekruttering til rusmiljøet. I tillegg ble forhold som bruker- og familieperspektiv og kompetanse trukket fram.

1.2.1 Problemstillinger

Følgende problemstillinger besvares i evalueringen:

- Utgjør tilbudet til rusmiddelavhengige en helhetlig og sammenhengende tiltakskjede?
- I hvilken grad er individuell plan et aktivt verktøy i tiltakskjeden?

- Hvordan er tilbudet til ulike brukergrupper som LAR-pasienter, Samtidig rus og psykiske lidelser (ROP-pasienter), yngre rusavhengige (18-25), rehabiliterte rusfrie brukere?
- Får de rusavhengige likeverdige helse- og omsorgstilbud som den øvrige befolkningen?
- I hvilken grad benyttes hjemmebaserte tjenester overfor rusavhengige i Hamar?
- Hva gjøres av midlertidige tiltak i påvente av behandling av TSB, f.eks. kjøp av omsorgsplasser, tett oppfølging i bolig osv.?
- Hvordan er samarbeidet mellom ulike interne (i Hamar kommune) og eksterne aktører på rusfeltet, både lokalt og mellom lokale aktører og spesialisthelsetjenesten?
- I hvilken grad ville alternative måter å utnytte ressursene som Hamar kommune bruker på tilbudet til rusavhengige, gitt bedre resultater?
- Hva er kompetansen blant dem som jobber med rusavhengige og samsvarer denne med behovet?
- Hvordan er rus-bildet i Hamar – type stoffer, antall avhengige og endring over tid – og skjer det nyrekruttering til rusmiljøet?
- I hvilken grad er bruker- og familieperspektivet trukket inn i rusarbeidet i Hamar?

1.2.2 Avgrensinger og presiseringer

Evalueringen tar for seg rustilbudet for voksne. Dette er som nevnt presisert til å gjelde tilbudet til personer over 18 år. Hamar kommune ønsket likevel informasjon om de yngre med særlig henblikk på rekruttering til rusmiljøet, men altså ikke at evalueringen spesifikt skulle ta for seg tilbudene som gis til dem under 18 år. I tillegg står det i kravspesifikasjonen at bevilgningspolitikk og andre regulatoriske tiltak skal holdes utenfor.

I sum betyr dette at det meste av det som kan omtales som etterspørselsreduksjon – redusert tilgjengelighet i form av kontroll, bevillinger, åpningstider o.l., og forebyggende tiltak, både primærforebygging og særlig sekundærforebygging rettet mot ungdom – ikke inngår i analysen. Aktører som SLT-koordinator, Barn- og familieenheten i Hamar kommune og det nyopprettede mobile barne- og ungdomsteamet er følgelig relevante så fremt det handler om overgangen fra ungdom til voksen (f.eks. mellom barnevern og NAV) og de problemer som kan oppstå der.

Videre understrekes det i kravspesifikasjonen at Helsestasjonens arbeid overfor gravide med rusavhengighet ikke skal inngå. I tillegg ble det i møtet med Hamar kommune også understreket at tvang ikke skulle være et selvstendig tema, men kun tas opp om det kom fram at tvang ble brukt i et visst omfang i hjelpeapparatet. Det ble dessuten understreket at eventuell innsats av frivillige organisasjoner (idrettslag, korps, speider osv.) overfor målgruppen, ikke skulle inkluderes i studien (det ble også antatt at denne var begrenset). Den

frivillige innsatsen som inngår i studien, er knyttet seg til det som ble gjort i Kirkens sosialtjenestes regi og i brukerorganisasjonene.¹

Det er altså voksne (over 18 år) med et erkjent rusproblem, og som har kontakt med hjelpeapparatet på grunn av dette, som er målgruppen i studien. Og det er de tilbudene og tiltakene som gis disse som skal evalueres.

Om vi tar utgangspunkt i den kategorisering av tiltak som kommunen presenterer i figur 5.1 i Handlingsplanen², så innebærer dette at det er tiltak som kan kategoriseres som (re)habiliterings- og omsorgstiltak, som skal studeres. Disse kan igjen deles i to:

a) behandling: tidlig intervensjon, poliklinisk behandling, substitusjonsbehandling (LAR), institusjonsbehandling, oppfølging og ettervern mm.

b) skadereduksjon: livsopphold, omsorgsboliger, miljøtiltak, lavterskel helse, bruksinformasjon, sprøyteutdeling mm.

1.2.3 Begrepsavklaringer

I rapporten vil det forekomme begrep som er vanlige blant aktørene i feltet, men som for lesere utenfor rusfeltet må forklares nærmere. Vi bruker betegnelsen «*rusmiddelavhengig*» om målgruppen, siden denne betegnelsen i større grad viser til de biologiske, psykologiske og sosiale mekanismene som har skapt avhengighetsmønstre hos brukerne og i mindre grad vektlegger (mis)bruket av rusmidler som sådan. Avhengigheten kan både gjelde alkohol, piller og narkotika. Det er likevel klart at det er de som er avhengig av ulovlige preparater (narkotika), som er mest synlig for hjelpeapparatet i kommunen, noe som innebærer at det er tilbudet til denne gruppen som i hovedsak blir drøftet i evalueringen. «*Bruker*» vil siden være den betegnelsen som går igjen når vi omtaler rusavhengiges kontakt med hjelpeapparatet. Videre brukes «*psykiske lidelser*» som en samlebetegnelse som omfatter alt fra plager og fobier, lettere depresjoner og angst til alvorlige sykdommer som schizofreni, paranoia og bipolar lidelse (manisk-depressiv lidelse).

Man skiller mellom *tverrfaglig spesialisert rusbehandling* (TSB) og *rehabilitering*. Det førstnevnte er behandling av rusavhengige hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven og der tjenestene både har et sosialfaglig og et helsefaglig innhold. TSB gis av DPS Hamar, sykehus eller andre institusjoner, både offentlige og private med avtale med helseforetakene. Rehabilitering handler om tiltak overfor rusavhengige som ikke er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, og følgelig ikke er helsefaglig behandling. Med rehabilitering forstås «*tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig*

¹ Dessverre var begge de lokale representantene for brukerorganisasjoner, hhv. ProLar og RIO, sykemeldt da undersøkelsen pågikk.

² Hentet fra Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005.

funksjons- og mestringssevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet»³ For de rusavhengige vil det ofte være snakk om *habilitering* all den tid mange aldri har hatt en slik tilknytning til «normalsamfunnet» som de skal *re*-habiliteres til.

1.3 Lovgrunnlag, planlegging og organisering av rusarbeidet i Hamar

1.3.1 Lovgrunnlaget for lokale rustjenester

De kommunale rustjenestene skal gjennomføres i samsvar med *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (Lov 2011-06-24 nr 30). I følge skriv fra Helse- og omsorgsdepartementet skal det kommunale ansvaret for rusmiddelavhengige omfatte rådgivning og veiledning, støtteopplegg, bolig og oppfølging i bolig, oppsøkende arbeid, tiltak for sosial- og arbeidsrettet rehabilitering, arbeid med individuell plan og oppfølging før, under og etter opphold i TSB eller fengsel.

I forbindelse med NAV-reformen ble deler av den tidligere sosialtjenesten overført til NAV-kommune, f.eks. individuelle tjenester som stønad til livsopphold, råd og veiledning, individuell plan, kvalifiseringsprogram mv. Disse ble definert i *Lov om sosiale tjenester i velferdsforvaltningen* (Lov 2009-12-18 nr. 131). Det er en del overlapping i oppgaver mellom de to lovene, der f.eks. ansvar for boliger til vanskeligstilte er omtalt i begge lover, mens stønad til livsopphold bare er nevnt i *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*. Helse- og omsorgstjenesteloven nevner spesielt ansvaret for brukergrupper, deriblant personer med psykisk lidelse eller med rusmiddelproblemer. Her nevnes også ansvaret for utredning, sosial og psykososial rehabilitering mv.

Det helhetlige ansvaret for rusavhengiges helse og omsorgssituasjon er altså nå lagt til kommunen. Dette blir understreket i rundskriv om *Lov om sosiale tjenester i NAV*, fra Arbeids- og velferdsdirektoratet (*Rundskriv Hovednr. 35*), der det heter at loven *inngår* i kommunens samlede velferdsansvar. Som nevnt over er tilbudet til de brukere som innvilges rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven.

1.3.2 Rusmiddelpolitisk handlingsplan og andre planverktøy

I *Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2008-2012* er Hamar kommunes mål og virkemidler i ruspolitikken listet opp. Planen gir også en status for rusarbeidet og evaluering av handlingsplanen for 2004-2008. Det hevdes blant annet at samhandlingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten stadig blir forbedret. Videre påpekes det at samhandling med fastleger er bra, og at man har god oversikt over henvisninger fra fastleger. Dessuten heter det at kommunen bruker like mye penger til kjøp av institusjonsplasser som før Rusreformen.

³ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, §3, hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Hamar kommune har følgelig etablert en del tiltak og tilbud til brukere. Men rusarbeidet i Hamar har også sentrale forbedringspunkter.

Her presenterer vi Handlingsplanens mål som særskilt omhandler denne evalueringens nedslagsfelt, tilbudet til voksne rusavhengige (Handlingsplanen: s. 20-21).

- Boligtiltak. Bolig utgjør et basisgode for alle innbyggere. For personer som er under behandling for rusmiddelavhengighet, må bolig være på plass for at den enkelte skal kunne nyttiggjøre seg behandlingen og fungere i dagliglivet. Tiltak i den rusmiddelpolitiske handlingsplanen skal henge sammen med tiltak i boligsosial handlingsplan.
- Kommunen skal satse på kompetanseheving og styrking av tverrsektoriell og tverrfaglig samarbeid. Kompetansesatsing skal være i forhold til å avdekke rusmiddelavhengighet, forebygge rusmiddelbruk, behandling og ettervern.
- Kommunens ansvar når det gjelder behandling og ettervern, skal være tydelig. Kommunen vil styrke samarbeidet mellom de ulike aktører i rusmiddelomsorgen. Psykiske problemer og rusmiddelavhengighet opptrer ofte sammen, og man skal se disse to felt sammen.
- Kommunen vil videreføre etablerte samarbeid med frivillige organisasjoner når det gjelder forebygging, behandling og omsorg overfor rusmiddelavhengige. Nye samarbeidsrelasjoner vil også bli vurdert.
- Brukerperspektiv og brukervedvirkning skal være sentralt i rusomsorgen. Medvirkning fra brukere og pårørende skal styrkes for å sikre god og helhetlig behandling og rehabilitering. Individuell plan er et viktig virkemiddel for å oppnå mestring og deltakelse i rehabiliteringstjenester.

Tiltakene i Handlingsplanen er delt i to hovedkategorier, Forebygging og helsefremming og (Re)habilitering og omsorg, der vi altså konsentrerer oss om den siste. I Handlingsplanen står det, med henvisning til Rusreformen (Ot.prp. nr. 54, 2002-2003), at «Kommunen skal ha et koordineringsansvar for tjenestene på kommunalt nivå som ytes av sosialtjeneste, fastlege og andre samarbeidende aktører» (s. 25), og at det er de regionale helseforetakene som er ansvarlig for spesialisthelsetjenestene.

Det er allerede igangsatt et samarbeid basert på opplevelsen av flere felles utfordringer innen psykisk helsearbeid. Initiativet er tatt fra kommunene i opptaksområdet for DPS Hamar gjennom K8-forbedringsnettverk. I dette nettverket samarbeider man med relevante aktører som sentralsykehusfunksjonene, DPS Hamar, brukerorganisasjoner og fastleger, for å avklare ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og sykehuset, og å utvikle mer «sømløse» tjenester i psykisk helsearbeid, noe som jo også vil spille over på rusarbeidet.

Videre står det at Hamarmodellen bør «videreføres og styrkes. En ytterligere styrking av Hamar-modellen bør være en målrettet satsing på lavterskel boligtiltak for målgruppen under rusomsorg» (s 26). Hamarmodellen med Hamartiltakene blir også presentert som ett av to konkrete nye tiltak for perioden 2008-2012 under kategorien (Re)habilitering/ettervern nye (s. 28). Der står det at de økonomiske konsekvensene er at den årlige økonomiske støtten fra Hamar kommune på 2,6 mill. kr ligger i nåværende driftsavtale. I 2011 var denne økt til 3,3 mill. kr (justert etter prisvekst). Det andre tiltaket handler om bolig: «Det å ha en bolig representerer identitet, nettverk og deltakelse i samfunnet. Bosted er base for livsutfoldelse, trygghet, lek og sosial samhandling. Dermed skal kommunen ha tilfredsstillende boligtilbud

og bolig tjenester for de som trenger bistand til å bo. De økonomiske konsekvensene skal utredes i revidering av boligplan» (s. 28).

Hamar kommune har utarbeidet en *Boligplan med mål og tiltak for handlingsperioden 2010-2013* kalt «Egen bolig i egnet miljø». Kommunens ansvar for boligsosialt arbeid er nedfelt i lovverket, og denne innsatsen er særlig relevant overfor målgruppen for denne evalueringen. En utfordring som trekkes fram i planen, er at det er lite rullering av kommunale boliger. En annen at det ikke ytes tilstrekkelig bo-veiledning. Videre blir det understreket at 25 personer er registrert uten fast bopel, alle med rusproblemer, og at fram til 2015 vil kommunen ha behov for omkring 170 nye boenheter til vanskeligstilte (for nærmere om målene i planen, se vedlegg).

Mennesker med rusproblemer har ofte også psykiske lidelser. Det ambulante kriseteamet ved DPS Hamar anslår at nesten halvparten av deres pasienter også har et rusproblem. Og blant disse har vi de såkalte ROP-pasientene, dvs. personer med samtidige rus- og psykiske lidelser. Hamar kommune har en *Plan for psykisk helsearbeid 2006-2012*, som også er relevant for denne studien (for nærmere om målene i planen, se vedlegg).

Til slutt kan nevnes *Samfunnsdelen av Kommuneplanen for 2010-2022*. I denne står det at man innen utgangen av 2011 skal «vedta utviklings- og handlingsplan for helse- og omsorgstjenester i Hamar». Det er nettopp denne planen denne rapporten skal inngå som faktagrunnlag til, og som både Plan for psykisk helsearbeid, og Ruspolitisk handlingsplan skal bli en del av.

En annen bakgrunnsinformasjon er regjeringens Opptappingsplan for rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet) som har fem hovedmål:

- Tydelig folkehelseperspektiv
- Bedre kvalitet og økt kompetanse
- Mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering
- Forpliktende samhandling
- Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende

Dette er bare planer. Og som det heter i tittelen til en av de sentrale studiene av iverksetting av offentlig politikk: *How great expectations in Washington are dashed in Oakland* (Pressman og Wildavsky 1973). Eller, for å ta det litt ned: Om og hvordan planer i strategiavdelingen i Hamar kommune møter motstand, endres og/eller overses på bakkeplanet? Det nederste trinnet i iverksettingskjeden og den lokale konteksten er av stor betydning, og da særlig utøvelsen til de såkalte «bakkebyråkratene» (Lipsky 1980). Det er viktig at en lokalt deler en felles grunnleggende oppfatning om hva som er utfordringene og hvordan disse kan møtes (Opedal og Bergsgard 2009). Det er blant annet dette vi skal se nærmere på i denne rapporten.

1.3.3 Rusarbeidets plassering i kommunestrukturen

Hamar kommune har lokalisert deler av rusarbeidet til den kommunale delen av NAV Hamar. Rus-psykisk oppfølgingsteam (Rusteamet), som har hovedansvar for å følge opp de rusavhengige, ble i 2006 flyttet ut fra tidligere avdeling for Levekår i kommunen og er nå en

del av NAV. Hovedgrunnen er at NAV hadde mange av de andre virkemidlene og støtteordningene som brukerne ville komme i kontakt med, slike som arbeidsrettede tiltak, kurs, arbeidsavklaringspenger, trygd, sosialstønning o.l. Det er flere kommuner (rundt halvparten) som har valgt en slik løsning for rusarbeidet.

Derimot er Hamarmodellen mer unik. Hamar kommune har inngått en rammeavtale med en ideell aktør som Kirkens sosialtjeneste om drift av omsorgs-, rehabiliterings- og ettervern-tilbud, herunder bolig. Kirkens sosialtjeneste er en diakonal landsdekkende stiftelse som har tiltak flere steder i Norge, men der de såkalte Hamartiltakene er de mest omfattende når det gjelder tilbud til rusavhengige.⁴

Kommunale avdelinger og enheter yter imidlertid også nødvendige og lovpålagte tjenester til målgruppen, herunder Pleie og omsorg, Barn og familie, Levekår og helse og Eiendomsavdelingen (bolig). Blant annet er det et eget psykisk helseteam under Pleie og omsorg, en relativt nyoppretta Boligsosial avdeling under Levekår og helse og et nyetablert Mobilt innsatsteam barn og unge under Barn og familie. I tillegg yter Pleie og omsorg hjemmebaserte tjenester til målgruppen.

Vi har altså tre hovedaktører i det lokale rusarbeidet i Hamar, kommunen, NAV Hamar og KST. I tillegg er det verdt å nevne fastlegene som spiller en viktig rolle når det gjelder henvisning og innleggelse, og oppfølging og medisinsk hjelp, ofte i samspill med de andre aktørene.

I spesialisthelsetjenesten er DPS Hamar et samordnede ledd, dvs. som tar i mot henvisninger fra NAV (Rus-psykisk oppfølgingsteam) og fastlege, vurderer innvilgelse av pasientrettigheter og egnet plass i rusbehandlingssenheter, enten ved Sykehuset Innlandet, eller i andre TSB-institusjoner. DPS Hamar samarbeider med omkring 20 slike institusjoner som har avtale med Helse Sør-Øst. DPS Hamar driver også poliklinisk arbeid overfor rusavhengige og har dessuten et kriseteam som har mange saker der rus er en sentral komponent (opp mot halvparten). I tillegg må nevnes sentralsykehusfunksjonene ved Sanderud, herunder avdeling for Rusrelatert psykiatri og avhengighet (Rusavdelingen).

⁴ Siden Kirkens Sosialtjeneste er en diakonal stiftelse er det riktigere å omtale den som en «ideell» aktør enn en frivillig organisasjon. En samlebetegnelse på frivillige organisasjoner og private, ideelle stiftelser er «sivile aktører» (Bergsgard m.fl. 2009).

I tabellen nedenfor ha vi summert opp de enhetene og aktørene som inngår i rusarbeidet i Hamar:

Overordnet nivå	Kommune				Sivile aktører			Spesialisthelsetjenesten	
<i>Enheter</i>	<i>NAV Hamar</i>	<i>Pleie og omsorg</i>	<i>Levekår og helse</i>	<i>Barn og familie</i>	<i>Kirkens Sosialtjeneste</i>			<i>DPS Hamar</i>	<i>Sentralsykehusfunksjonene – Rusavdelingen</i>
Utførende instanser	Rus-teamet	Psykisk helse-team Hjemme baserte tjenester	Fastlege Bolig-sosial avdeling	Ungdoms-team Mobilt innsats-team (nytt) SLT-koordinator	Værestedet Arbeideren	Barn	Folkestad-gate	Ruspoliklinikk LAR-team Akutt ambulant team Sengepost (Sanderud)	Avgiftningenhet Utredningenhet Familieenhet (Hov i Land) Langtidshenhet (Reinsvoll)

En snakker ofte om lav- og høyterskeltiltak i rusarbeidet. Det vises her til (minst) to terskler: a) krav om rusfrihet og b) krav om henvisning. Rusbehandlingsplassene ved Sykehuset Innlandet er f.eks. et typisk høyterskeltiltak som krever at en blir henvist og er rusfri før en legges inn. Og i den andre enden har vi Værested Arbeideren, som er en del av Hamar-tiltakene, og som er et typisk lavterskeltiltak der en verken trenger å være rusfri eller ha henvisning. Å ha et variert tilbud til rusavhengige vil følgelig innebære å ha god oppdekning i rutene i følgende firefeltstabell:

	Henvisning	Ikke henvisning
Rusfri		
Ikke rusfri		

Det er videre viktig at rusarbeidet i Hamar framstår som helhetlig, og at tiltakskjeden har sømløse overganger. Disse momentene utgjør en sentral del av denne evalueringen. Grovt sett kan en dele tiltakskjeden inn i tre: forebygging/intervenering, utredning/behandling og rehabilitering/ettervern, der ulike tiltak og ulike aktører er inne i et eller flere av disse leddene i kjeden. I Handlingsplanen blir flere omsorgs- og rehabiliteringssteder som Biri treningssenter, Kildevangen, Evangeliesenterene, Grønn Omsorg trukket fram som samarbeidspartnere under de ulike leddene i kjeden. Noen av disse stedene kjøper kommunen plasser fra, andre i mindre grad. I denne evalueringen er det det arbeidet som foregår lokalt i Hamar som er vektlagt, og vi har følgelig ikke inkludert disse stedene i evalueringen, ei heller TSB-institusjoner med avtale med Helse Sør-Øst.

1.4 Utdypende om lokalt rusarbeid og problemstillingene

1.4.1 Helhetlig tiltakskjede

For å skape kontinuitet i behandlingen og et helhetlig behandlingsforløp, må flere betingelser være til stede. Et grunnleggende vilkår er at det er god samhandling mellom TSB og

kommunale tjenester, og innad i kommunen mellom tjenesteytere. I Hamar er mange aktører involvert i tjenester til rusmiddelavhengige, og dette setter utfordringer til samhandling og et helhetlig forløp av tjenester. Det hevdes bl.a. fra fylkesmenn⁵ at behandlingsforløpet fra kommune til TSB og tilbake til kommune kan skape et fragmentert tilbud og gjøre det vanskelig å jobbe systematisk for kontinuitet. Vekselvirkningen mellom stat og kommune kan skape brudd i behandling og oppfølging. Erfaringer fra enkelte fylker viser at det kan eksistere gode samarbeidsrelasjoner mellom kommune og TSB, men dette skyldes ofte personlig kjennskap mellom behandlere/saksbehandlere, ikke på grunn av strukturelle betingelser.

I denne studien har vi særlig hatt blikket rettet mot hvilke begrensninger og muligheter aktørene blir stilt overfor når det gjelder samarbeid og hvordan dette virket inn på gjennomføringen av ruspolitikken.

Helsedirektoratet skriver at alle med behov for langvarige og koordinerte helse- og sosialtjenester har rett til å få iverksatt en Individuell plan (IP). I planen skal det være utnevnt en koordinator som er ansvarlig for å sikre oppfølgingen av bruker og holde framdrift i planprosessen. Dernest bør det være en ansvarsgruppe bestående av bruker, koordinator samt folk som er naturlige samarbeidspartnere, slike som fastlege, pårørende eller andre. Gevinsten for brukeren med å ha en IP er bedre oversikt over tjenestene, større medvirkning og et målrettet samarbeid. Gevinsten for hjelpetjenestene er bedre koordinering av deres tjenester, skarpere brukerfokus og mer forpliktende relasjoner med brukere. Etter 1. januar 2004 ble individuell plan for rusmisbrukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester hjemlet i sosiallovgivningen. Vektleggingen av Individuell plan kan også ses i sammenheng med hovedmålet med Rusreformen som er å styrke behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere.

Erfaringer med individuell plan varierer om vi ser landet som helhet. I enkelte tilfeller er andelen brukere som har IP lav. Fylkesmenn melder at eksisterende planer i mange tilfeller ikke er aktive, de rulleres og evalueres ikke. Erfaringer fra et system for registrering av rusmiddelavhengige i kommunene, "Brukerplan" tatt i bruk i Helse Vest, viser at godkjent IP er under 20 prosent, men at andre metoder er tatt i bruk som således kan erstatte IP på kommunalt nivå. Et annet eksempel er erfaringer fra institusjoner knyttet til Helse Vest RHF som viser en høyere andel med IP, 35 prosent i snitt (Aakerholt, Enoksen, Lie og Nesvåg 2011). I publikasjonen fra Helsedirektoratet om rapportering av kommunalt rusarbeid for 2010, går det fram fra Hedmark fylke at 13,3 prosent av registrerte tjenestemottakere med rusmiddelproblemer har fått utarbeidet individuell plan. Mange kommuner i Hedmark har imidlertid rutiner for arbeidet med individuell plan (Helsedirektoratet 2010). I noen tilfeller kan det oppstå tvil om hvem som har ansvaret for å opprette IP, døgninstitusjon i TSB eller kommunen (se Johansen og Snartland 2011). I denne evalueringen har bruken av IP og i

⁵ Dokumentert i rapportering til Helsedepartementet forbindelse med ny Stortingsmelding om ruspolitikken (Aakerholt, Enoksen, Lie og Nesvåg 2011).

hvilken grad IP fungerer som et effektivt verktøy for kontinuitet i tjenestene og for den enkelte tjenestemottaker, vært et viktig område å studere nærmere.

Ettervern er et viktig tiltak for rusavhengige. Dette skal skje i kommunene, men erfaringsmessig er det stor variasjon i hva kommunene kan tilby av tjenester. Hvis kommunene finansierer plasser i omsorgsinstitusjoner (uten avtale med helseforetakene), kan pasienter tilbys oppfølging der og pasientene kan f. eks. overføres til kommunalt finansierte døgnplasser i omsorgsinstitusjoner etter behandling i TSB. Kommuner kan ha ulik tradisjon for kjøp av slike plasser, men flere kommuner har budsjettposter for dette formål, også Hamar. Kjøp av slike plasser kan være hensiktsmessige både i faser hvor en bruker venter på plass i TSB, men også i en ettervernfase eller bare som et avlastningsopphold for slitne rusmiddelmissbrukere. Enkelte kommuner har organiserte lavterskeltiltak. Ettervern vil sikre brukerne et mer helhetlig tilbud. Uten et system for oppfølging og ettervern lokalt kan det oppstå større andel med “drop out” fra TSB, og pasienter kan i større grad oppleve tilbakefall til rusmiddelavhengighet.

1.4.2 Ulike målgrupper

I en så stor kommune som Hamar, vil det være rusmiddelbrukere i ulike faser fra yngre personer som er i risikozonen for å utvikle avhengighet, til etablerte brukere i aktiv rus og brukere i rusfrie boliger eller brukere i LAR. I Hamartiltakene er det organisert tiltak for brukere som er i aktiv rus eller som ønsker å komme seg ut av rusen gjennom Barmsenteret, Værested Arbeideren og boligtiltaket Folkestadsgate. Det har vært viktig å undersøke hvordan disse tiltakene fungerer overfor brukere.

Mange av de internasjonale studiene om LAR behandling har som det viktigste effektmålet at pasienten holder seg i substitusjonsbehandlingsprogrammet (retensjon). Den mest ambisiøse målsettingen for et substitusjonsbehandlingsprogram vil være målsettingen om at pasienten skal kunne være i stand til å fungere på det vanlige bolig- og arbeidsmarkedet. Forskning viser at pasienter som mottar erstatningsmedisin som Metadon/Subutex har bedre utbytte av slik behandling, hvis det er organisert psykososial oppfølging eller rehabilitering (Nesvåg og Lie 2006). Selv om dette er intensjonene med LAR, er ikke alltid rehabiliteringen tilstrekkelig godt organisert. Resultater fra tiltak i Hamar er av stor interesse i denne sammenhengen.

Samtidige psykisk lidelser forekommer ofte blant etablerte rusmiddelavhengige (ROP-pasienter), og dette stiller store krav til lokal oppfølging og psykisk helsearbeid i kommunen og ikke minst tilbud fra spesialisthelsetjenesten som DPS Hamar, og eventuelt sentralsykehusfunksjonene. Det var et mål i Rusreformen å styrke tilbudet i psykisk helsevern til rusmiddelavhengige. Det samme gjelder somatiske helsetjenester, hvor myndighetene har innskjerpet at rusmiddelavhengige skal sikres helsetjenester på linje med befolkningen ellers.

Helsemyndighetene er opptatt av tilbud til yngre brukere og unge i risikozonen. Evalueringen har som nevnt 18 år som nedre aldersgrense. Vi har likevel både hatt blikket rettet mot rekrutteringen til rusmiljøet, også blant de yngre, samt de spesielle utfordringene det er å fange opp de mellom 18 og 25 år som har et til dels etablert rusmisbruk.

1.4.3 Aktører og tiltak

I en evaluering i Hamar, må vi undersøke hvilke tiltak NAV Hamar forvalter, men også hvilke tiltak som er tilgjengelige for brukere som ikke nytter seg av tiltak fra NAV. Her vil vi inkludere psykososiale tiltak, boligforhold og oppfølging i bolig. Når det gjelder ettervern vil det også her være viktig å undersøke hva Hamartiltakene tilbyr og hvordan tiltakene fungerer.

Kommuner har ofte store utfordringer i å skaffe tilfredsstillende boliger til brukere og har i mange tilfeller lite tilbud om aktiviteter og oppfølging i egen bolig. Hamar kommune har tilbud om rusfrie boliger i følge Ruspolitisk handlingsplan. I evalueringen har vi undersøkt i hvilken grad boligbehovet blir dekket. Dette gjelder også oppfølging i egen bolig, miljøarbeidertjenester og hjemmebaserte tjenester ellers.

Når det gjelder tilbud av aktiviteter for rusavhengige, er det flere måter å se dette på og det er ulike forslag fra flere. Blant annet uttaler RIO at man kan trekke inn frivillige organisasjoner som frivillighetssentral, Røde Kors, Blå kors med flere. I denne evalueringen vil det være Kirkens Sosialtjenestes tilbud til rusmiddelavhengige, de omtalte Hamartiltakene, som vil bli undersøkt nærmere.

1.4.4 Alternativ organisering og ressursbruk

Det er et spørsmål om penger til rusomsorgen i kommunen blir brukt på en god måte eller om andre alternativer kunne vært valgt. Et spørsmål er i hvilken grad de kommunalt finansierte tiltakene bidrar til å oppnå målene i Handlingsplanen og nasjonale planer og retningslinjer for kommunale rustjenester. Grad av måloppnåelse for de enkelte tiltakene er således et kriterium for å se på organisering og ressursbruk. Et annet spørsmål er om det kan påvises alternative tiltak som kan løse oppgaver på en rimeligere måte.

I Norge betales opphold i TSB av staten, og kommunene vil derfor sannsynligvis velge TSB framfor kommunale tiltak når det gjelder behandling av rusmiddelavhengighet. For brukere som venter på plass i TSB eller som har behov for tjenester på et lavere nivå enn TSB, kan kommunen utvikle egne tiltak eller kjøpe tjenester av private leverandører. Eksempelvis har Oslo kommune, Rusmiddeletaten, flere lavterskeltilbud for etablerte rusmiddelavhengige, men kjøper også omsorgsplasser i ulike institusjoner. Det kan være i forbindelse med ettervern eller i påvente av plass i TSB for brukere som er innvilget rett til helsehjelp.

Utgifter til omsorgsplasser har en ganske høy betaling per døgn. Spørsmålet er om man kan oppnå tilsvarende nytte ved å fordele de samme kostnadene på flere brukere ved å organisere kommunale lavterskeltiltak, som væresteder, tiltak med rådgivning etc. Bruk av Hamartiltakene kan i denne sammenhengen vurderes som et alternativ til kjøp av omsorgsplasser, men da for eksempel med en forsterket innsats.

1.5 Metode

Vi har valgt å gjennomføre kvalitative intervjuer med sentrale aktører for å besvare problemstillingene i evalueringen. Dette er vår hovedkilde for informasjon om rustilbudet i kommunen. I dialog med Hamar kommune har vi foretatt et strategisk utvalgt av informanter, totalt 29 informanter fordelt på 24 intervjuer (tre var gruppeintervjuer). Det var Hamar

kommune som gjorde intervjuavtalene, utenom med fastlegene, som ble kontaktet via legeföreningens representant i Hamar, og med brukerne, der kontakten ble opprettet via de ulike stedene de var tilknyttet. Informantene grupperer seg på følgende aktører:

Pleie og omsorg, Hamar kommune: 2 informanter
Levekår og helse, Hamar kommune: 2 informanter
Barn- og familie, Hamar kommune: 2 informanter
Rus-psykisk oppfølgingsteam, NAV: 5 informanter
DPS Hamar: 2 informanter
Rusavdelingen Sanderud: 3 informanter
Kirkens Sosialtjeneste: 4 informanter
Brukere Barmsenteret og Værestedet Arbeideren: 4 informanter
Politiet: 1 informant
Fastleger: 2 informanter
Andre: 2 informanter

På grunn av at informantene hadde krav på anonymitet i skriftlig rapportering fra prosjektet, har vi ikke spesifisert nærmere hvem disse er (navn/stilling). Det ble utarbeidet intervjuguider for de ulike informantkategoriene. Intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt ved to besøk til Hamar, og tok i snitt en time hver. I tillegg leste Hamar kommune, NAV Hamar og KST igjennom og kommentert et førsteutkast av rapporten. Dette var for å sikre at vi ikke hadde misforstått informantene og for å rette opp for eventuelle faktafeil.

Videre har vi hentet inn dokumentasjon og statistikk om tilbudet til rusavhengige i Hamar, blant annet årsmeldinger, planer, rapporter, saksframlegg o.l., herunder noen nøkkeltall fra enkeltaktører.

Vi mener at vi har fått en bred og god datatilgang ut fra rammene for evalueringen.

1.6 Rapportens struktur

Videre i rapporten skal vi relativt inngående beskrive de sentrale aktørene i rusarbeidet i Hamar. Men først skal vi kort gi et oversiktsbilde av rusituasjonen i Hamar som et bakteppe for den påfølgende drøftingen av tilbudet til rusmiddelavhengige (kapittel 2). Etter dette starter vi med å beskrive Rus/psykisk oppfølgingsteam i NAV (kapittel 3), dernest tjenestene som ytes internt i Hamar kommune (kapittel 4), så KSTs tilbud, Hamartiltakene (kapittel 5), for til slutt å beskrive tilbudet fra spesialisthelsetjenesten (kapittel 6). Under hvert av disse kapitlene gir vi også en kortfattet vurdering av de ulike aktørene, blant annet med utgangspunkt i samarbeidspartnernes utsagn. Hovedvekten av drøftingen gjøres imidlertid i kapittel 7 der vi diskuterer og besvarer evalueringens problemstillinger, og i kapittel 8 der vi særskilt tar for oss organiseringen, tiltakskjeden og samarbeidet mellom aktørene. Til slutt, i kapittel 9, gis en kort sammenfatning av hovedfunnene, vår oppsummerende konklusjon på evalueringen, samt tilrådinger til Hamar kommunes videre arbeid med tilbudet til rusavhengige.

2 Rusbildet i Hamar

Rekruttering til rusmiddelavhengighet vil alltid være en utfordring for myndighetene og samfunnet ellers. Kjennskap til omsetning av rusmidler (legale eller illegale) er viktig i denne forbindelse fordi unge i “randsonen” av rusmiljø kan søke hit og skaffe seg stoffer og knytte kontakter til mer etablert rusmiljø. Det er også av verdi å skaffe seg oversikt over unges alkoholkonsum. En studie av det kommunale rusarbeidet viser likevel at mindre enn en-fjerdedel av kommunene har foretatt en kartlegging av unge med rusmiddelproblemer (Rambøll/Iris 2012).

Tall fra ungdomsundersøkelsen i Hamar (ungdomsskole pluss første trinn på videregående basert på Ungdata) fra 2011 viser at bruk av illegale rusmidler er et relative lite problem i Hamar – hele 95 prosent har aldri brukt narkotika. Her skiller ikke Hamar seg ut fra andre kommuner. Når det gjelder bruken av alkohol, og da ikke den mest frekvente, men den som skjer noen ganger i måneden eller mindre, så ligger imidlertid Hamar over gjennomsnittet av innlandskommunene som KoRus-Øst har undersøkt (KoRus-Øst 2011). Og de drikker mer når de drikker. Rapporten konkluderer med at det finnes en sterk alkoholkultur i enkelte ungdomsmiljøer i Hamar.

Det er vanskelig å komme fram med noen eksakte tall på rusmiljøet blant voksne i Hamar. I Handlingsplanen bruker en stort sett generelle nasjonale tall, for ut fra disse å si noe om omfanget i Hamar. De konkrete tallene fra Hamar gjelder lovlig omsetning av alkohol i butikk, vinmonopol og på skjenkesteder; her blir det blant annet pekt på at Vinmonopolet i Hamar er det 8. største utsalget når det gjelder omsetning, altså klart høyere enn befolkningsstørrelsen skulle tilsi.

Tall fra enkeltaktørene som jobber på feltet, kan imidlertid si noe om omfanget. Rus-psykisk oppfølgingsteam i NAV oppga at man nå hadde rundt 180 brukere i sin portefølje, og at dette nesten er en fordobling fra 2006.⁶ Dette utgjør omkring 0,8 prosent av den voksne befolkningen i Hamar. Tall fra DPS Hamar viser at de har 49 fra Hamar i LAR. Dette er omkring 1,7 LAR-pasient per 1000 innbyggere, et litt høyere tall enn for Norge totalt (som er omkring 1,3 per 1000 innbyggere). Videre hadde DPS Hamar fra 1. januar til 6.september 90 henvisninger av ruspasienter fra Hamar. Dessuten hadde det akutte ambulante teamet i DPS Hamar omkring 180 henvendelser i 2011 der rus var primærproblemet, og i tillegg et sted mellom 180-270 der rus var et tilleggproblem, i følge informanter fra DPS.

Politiet opplyser om at antall narkotikasaker har fordoblet seg fra 2007 til 2010 – fra 250 til nær 500 saker i året. Dette skyldes en reel økning og ikke et uttrykk for endret prioritering fra politiets side, står det å lese i kommunens saksframlegg i forbindelse med KSTs søknad om

⁶ Se også Kommunens saksframlegg om Søknad om fornyet driftsavtale f.o.m. 2011 til Hamartiltakene, Kirkens sosialtjeneste.

fornyhet driftsavtale f.o.m. 2011 til Hamartiltakene. Vår informant fra politiet ga imidlertid uttrykk for en litt annen vurdering. Det at narkotika var et av tre hovedområder for politiet i Hamar hadde medført at en fikk bedre øye på disse sakene, og han var forsiktig med å si at problemet er økende fordi de hadde doblet antall saker. Når det gjelder alkohol har man strammet inn på skjenketider, noe som hadde medført mindre ordensforstyrrelser. Slik politiet ser den generelle rusituasjonen i Hamar (både legale og illegale rusmidler), har det skjedd en positiv utvikling de siste 10 år.

Vi spurte også de andre informantene om de kunne beskrive rusbildet i Hamar. Her varierer svarene naturlig nok etter hvor nær feltet informantene var. Men det er klart at ansatte i KST, Rus-psykisk oppfølgingsteam i NAV, DPS Hamar, SLT-koordinator har en viss kjennskap til både omfang av og type rusmisbruk i kommunen. Svarene tyder ikke på noen alarmerende utvikling. Riktignok har det vært en viss økning av antall rusavhengige (jfr. ovenfor), men dette skyldes tilstrømming av etablerte rusavhengige fra distriktene rundt siden tilbudet i Hamar regnes som bra, og ikke nyrekruttering. Informantene fra Rus-psykisk oppfølgingsteam i NAV kom med utsagn som: Hamar er «et attraktivt sted for rusmisbrukere, det er mange gode tilbud.»; «De som er på vei ut (fra institusjon) har hørt om et godt tilbud...det er lagt til rette for lavterskel og å ha det bra som rusmisbruker». Andre informanter uttrykte at posisjonen som innlandets hovedstad medførte at markedet for rus var større i Hamar, men at det eller ikke var «verre her enn andre steder». En informant fra KST hevdet at det ikke er flere overdoser nå enn for ti år siden, ja heller mindre. Også når det gjelder nyrekruttering hadde forholdet bedret seg, i følge denne informanten. En annen informant var av en litt annen oppfatning: Det er «blitt flere unge rusavhengige og flere opiatavhengige, et tøffere miljø». Dette utsagnet står imidlertid i motsetning til utsagnet fra politiet om at andelen harde brukere av heroin og amfetamin har holdt seg relativt stabilt. En informant fra spesialisthelsetjenesten trakk fram koblingen til Oslo: Hamar fungerer nærmest som en «satellitt til Oslo» og man fikk inn mange pasienter fra Oslo. Problemene er omtrent de samme i Hamar som i Oslo, i følge informanten: «de unge etablerer et hardt rusliv på mange stoffer tidlig».

Det er vanskelig å gi et fyllestgjørende bilde av det vi kan omtale som rus-scenen i Hamar. En gjennomgangsmelodi var at Hamar som Hedmarks hovedstad fungerte som et transitsted mellom Oslo og omlandet omkring Hamar. En annen at tilbudet til rusavhengige var såpass bra i Hamar, at det i seg selv hadde bidratt til økt tilstrømming fra andre kommuner omkring. Det har altså vært en viss økning i rusmiljøet i Hamar, men dette skyldes ikke nyrekruttering, men tilflytting.

3 Rus-psykisk oppfølgingsteam i NAV Hamar

I 2006 inngikk Hamar kommune og Arbeids- og velferdsetaten i Hedmark avtale om etablering og drift av felles lokalkontor – NAV Hamar. Det er et felles partnerskap mellom kommunen, ved Rådmann, og Arbeids- og velferdsetaten, ved fylkesdirektøren, som er styringsorganet for NAV Hamar, og det er en enhetlig ledelse for kontoret.

I tillegg til minstekravet – økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsprogram – har Hamar kommune blant annet overført sosialtjenestens generelle oppgaver (kapittel 3), rett til IP og midlertid husvære (kapittel 4), og særlige tiltak over rusavhengige (kapittel 6) til NAV Hamar.

3.1 Hvem er de og hva gjør de?

Rus-psykisk oppfølgingsteam (heretter Rusteamet) i NAV Hamar består i dag av en leder og 10 ansatte: tre ruskonsulenter, en psykiatri konsulent, en somatisk sykepleier, fire miljøarbeidere og en økonomisk saksbehandler. Miljøarbeiderne jobber i turnus. Det er to stillinger i 100 prosent, en i 80 prosent og en i 50 prosent. Det at det ble etablert en egen stilling som økonomisk saksbehandler, oppleves som positivt, siden en da kan frita de andre konsulentene fra økonomidelen, noe som innebærer at de kan jobbe mer sosialfaglig. Det blir også mer ryddig all den tid en ikke kommer i en dobbeltrolle der en både skal hjelpe brukeren samtidig som en skal fatte vedtak om økonomi o.l. Det blir likevel påpekt at i utgangspunktet skulle det som hadde med vedtak og økonomi å gjøre, være tillagt Sosialteamet i NAV. Mye fravær blant ansatte der medførte at dette ble overført til Rus-psykisk oppfølgingsteam, men uten at det ble tilført en ekstra stilling.

Rus-psykisk oppfølgingsteam i Hamar har et hovedansvar for oppfølging av rusavhengige i Hamar. Dette innebærer blant annet oppfølging av brukere i LAR, oppfølging av brukerne mht. virkemiddelapparatet i NAV, oppfølging av brukere i bolig, oppfølging av brukere i Hamartiltakene, henvising til DPS Hamar for utredning om rusbehandling, oppfølging før, under og etter institusjonsopphold osv. «Vi tar oss av alt, fra A til Å», som en informant sa det. Teamet tar i mot henvisninger fra fastlege, DPS, psykisk team i kommunen, internt i NAV, direkte fra andre kommuner, og når de flytter til Hamar etter et institusjonsopphold. Rus-psykisk oppfølgingsteam utfører ikke primærforebyggende oppgaver.

Miljøarbeiderne jobber overfor utvalgte brukergrupper for å hjelpe disse med å få system i hverdagen, som å møte til avtaler, o.l. Dessuten jobber en sosialt med turer og aktiviteter. Rehabilitering og mestring er stikkord for dette arbeidet. Miljøarbeiderne jobber i turnus, og har vakter utenom de vanlige åpningstidene til teamet. Det vanligste er likevel at brukerne gjør avtaler på forhånd. Det jobbes da blant annet med å avklare aktuelle tiltak i NAV. Blant annet har man faste møter med andre deler av NAV før man søker avklaringspenger eller uføretrygd for å avklare om dette er aktuelt. Videre har teamet et særskilt ansvar for at det er ansvarsgrupper for brukerne og at det utarbeides en IP. Når det gjelder utarbeidelse av IP er dette et område man kunne ha jobbet bedre med, i følge informanter fra NAV. Samtidig er det jo slik at IP gjelder de med langvarig og sammensatte behov, altså ikke alle Rusteamets

brukere. Saksbehandlerne kan enten bruke aktivitetsplan eller IP som mal for de aktiviteter og det forløp som brukeren ønsker.

Rusteamet jobber også opp mot den nye Boligsosiale avdelingen i kommunen, blant annet har man en representant i teamet som fordeler boliger. Det er imidlertid mangel på egnede boliger i Hamar, så NAV har store utfordringer og kostnader ved kjøp av omsorgsplasser i institusjon for rusavhengige. I følge tall fra NAV har man kjøpt omsorgsplasser for 16 av brukere så langt i år (september/oktober 2012). Videre har Rusteamet i NAV henvisningsrett til DPS Hamar for vurdering om rett til helsehjelp og evt. aktuell behandling/institusjon. I følge DPSet kom imidlertid kun 10 av 90 henvisninger i 2011 fra NAV, resten kom fra fastlege og annen spesialisthelsetjeneste. I følge NAV har man henvist 16 brukere til spesialisthelsetjenesten til nå i 2012 (september/oktober).

3.2 Organisering og ressurser

Rus-psykisk oppfølgingsteam er altså organisert i NAV Hamar som et av flere fagteam. Sjøl om alle i teamet er lønnet av kommunen, er de underlagt NAVs ledelse, det er den styringslinjen som gjelder. Det blir likevel påpekt at man også forholder seg til sjefen for Levekår og helse, jamfør den ovenfor omtalte partnerskapsavtalen. Det er en leder for teamet og en vikarierende teamleder blant ruskonsulentene.

Bemanningen i Rus-psykisk oppfølgingsteam tok utgangspunkt i 100 brukere når de ble etablert i 2006, og nå per oktober 2012 har de 180 i deres portefølje, der det er omkring 140 man jobber aktivt med. Dette sammen med at mange av kontoroppgavene om brukerne, vedtak og økonomi, men også knyttet til arbeid og aktivitet, er blitt tillagt teamet, gjør at de ansatte opplever en stram ressursituasjon. En informant hevdet at den knappe ressursituasjonen innebar en «rasering av tilbudet til rusavhengige som ønska hjelp». Og videre: «Er det riktig å bruke ressursene på det som handler om ytelser, arbeid og aktivitet, i stedet for å bruke kompetansen til motivering, oppfølging og sosialfaglige oppgaver». Det at en i teamet tar seg av alt som har med vedtak og økonomi å gjøre, har hjulpet noe, men en stilling har jo da også forsvunnet fra den rusfaglige biten.

En av grunnene til at en har organisert rusarbeidet under NAV, var at en da var nærmere «fruktfatet» som en informant sa det, altså alle støtteordningene som NAV disponerer. Man antok at brukerne av teamet var storbrukere av NAVs andre tilbud. Omkring tre-fjerdedeler (106) av brukerne mottar sosialhjelp, er på arbeidsavklaringspenger e.l. En effekt av lokaliseringen i NAV synes å være at man har et fokus rettet mot arbeid og aktivitet. I følge en informant kan denne fokuseringen oppfattes som et stort sprang i forhold til den situasjonen enkelte rusavhengige er i, mens for andre kan det være en god inngang til aktuelle tiltak. En annen informant pekte på at med en slik organisering var det lettere å skreddersy tiltak for brukerne. Her ble det blant annet vist til et eget tilpasset kurs for LAR-brukerne. I følge Rusteamet har man 26 brukere på tiltak i regi av NAV.

En side ved tilknytningen til NAV og den statlige siden av velferdstjenestene, er følgelig at en har fått en «annen forståelse av rus inn i NAV», hevdet en informant; saker om rus er noe NAV nå må forholde seg til. Og videre: «Bra at vi er med i det gode selskap, før var det tungt å argumentere inn i et tungt statlig organ...»

Fra Rus-psykisk oppfølgingsteams side blir det påpekt at det er viktig med tverrfaglig arbeid om ROP-brukerne, liknende det som har vært i prosjektet «Mestringsveier til arbeid», og i et par tilfeller har det vært felles oppfølging med psykisk helseteam om enkeltbrukere. Men dette synes langt fra å være implementert som en standard.

3.3 Samarbeidspartnere

Rus-psykisk oppfølgingsteam samarbeider med mange instanser i rusarbeidet, både horisontalt og vertikalt (spesialisthelsetjenesten), både parallelt og i kjeder for å få til gode overganger mellom leddene. De viktigste er TSB, og da særlig Ruspoliklinikken på DPS Hamar, Kirkens Sosialtjeneste og Hamartiltakene, fastlegene og kommunen, og da særlig psykisk helseteam og boligsosial avdeling.

Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten foregår i all hovedsak med DPS Hamar siden disse er koordinerende og vurderende instans, dvs. DPS Hamar vurderer om brukeren tilfredsstillende rett til helsehjelp og eventuelt hvilken behandling de skal få (se under om DPS Hamar). I tillegg samarbeider man om LAR-pasienter. Teamet har videre kontakt med sentralsykehusfunksjonene på Sanderud om akuttinnleggelser og med rusbehandlingsinstitusjoner under opphold og ved utskriving.

Som vi så over, er det ikke mange av henvisningene til DPS som kommer direkte fra NAV, flertallet kommer fra fastlegene, men da ofte i en fellesforståelse med rusteamet. Om den henviste blir innvilget rett til helsehjelp, drøfter NAV sammen med bruker og DPS hvilken institusjonsplass som er mest hensiktsmessig.

Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er likevel en akilleshæl, i følge informantene fra NAV, ikke fordi samarbeidsklimaet er dårlig, men fordi det er så knapt med behandlingsplasser at det blir ventetid. De som kommer inn blir skrevet ut tidligere enn de burde. Det synes ikke å være store samarbeidsproblemer om akutt- og tvangsinnleggelser ved Sanderud, men igjen oppleves det som pasienten kommer for fort ut igjen. At brukerne kan bli skrevet ut fra den polikliniske oppfølgingen ved DPS Hamar om en ikke møter til avtaler, blir trukket fram som problematisk. Å ikke møte til avtaler er jo en del av sykdomsbildet til brukeren, i følge en informant, og la til: «jeg synes DPS avslutter for tidlig». En annen kommentar viser til at ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten, DPS Hamar og kommunen ikke fungerer helt bra: «Kommunen blir i praksis sittende med de dårligste, de mest sårbare..». Eller som en annen sa det: Vi er «siste instans som ikke kan skrive ut». «Det er kommunen som sitter med svarteper, med ansvaret, det har vært slik lenge», kommenterte en tredje informant fra Rusteamet om den til tider problemfylte diskusjonen med spesialisthelsetjenesten om brukeren har behov for en plass i TSB – og altså betalt av helseforetaket – eller en omsorgsplass – og betalt av kommunen.

Som hovedaktør i kommunens rusarbeid samarbeider Rus-psykisk oppfølgingsteam tett med Kirkens Sosialtjeneste, Hamartiltakene (mer om de enkelte tiltakene seinere). Blant annet er sykepleieren i teamet stasjonert på Værested Arbeideren, et værested i regi av KST. Man har både samarbeidet godt og dårlig med KST, men samarbeidet synes å fungere bra nå, i følge en informant fra NAV. Men dette er personavhengig. Informanten fra NAV kritiserte KST for at de alltid vil utvikle så mye nytt, og mente at de heller burde lande på de etablerte

tiltakene. Om man av økonomiske grunner måtte velge, burde KST jobbe mer med å utvikle bolig i ettervern enn lavterskeltiltaket Arbeideren, i følge denne informanten.

KST gir en positiv vurdering av samarbeidet med NAV og Rus-psykisk oppfølgingsteam. «Samarbeidet med NAV-rusteam har fungert bra», sier en informant fra KST, «...om det skal være noe, så er det å trykke på de rette knappene...enten det gjelder kurs, tiltak, arbeidsavklaring som er utfordringen». Men sjøl om rusteamet har tilgang til NAVs tiltaksapparat, har teamet færre virkemidler å spille på, i følge KST. Tross dette gjør Rusteamet i NAV «en kjempejobb», sies det fra KST.

Brukerne har en mer ambivalent vurdering av NAV: På den ene siden er det nok slik som en informant hevdet – «at det er blitt veldig tillatt å klage på tjenestene i NAV». På den andre siden er man fornøyd, fortsatt i følge samme informant. De brukerne vi intervjuet understreket en slik ambivalent vurdering av NAV: På den ene siden gir de et bra tilbud, på den andre siden er det sendretighet, dårlig kommunikasjon osv. Likevel, hovedinntrykket fra de fire brukerintervjuene, er at man er fornøyd med tilknytningen til NAV. En bruker, som var misfornøyd med ikke å få innvilget uføretrygd, uttrykte likevel: «Jeg har vært heldig med min kontaktperson i NAV – har fått meg på rett kjøp». En annen, som kommenterte at papirer ble liggende og at samarbeidet mellom arbeid, sosial og trygd kunne bli bedre, sa også: «NAV har forandra seg og jeg har forandra meg; har ikke så mye å klage på». Eller en tredje som uttrykte følgende om kontakten med hjelpeapparatet: «Synes det har vært helt fantastisk, godt samarbeid, jeg har vært knytta opp til rusteamet, og det har fungert bra.»

3.4 Kort oppsummering av kapitlet

Rus-psykisk oppfølgingsteam i NAV har hovedansvaret for kommunale tiltak overfor rusmiddelavhengige. De tar seg av alt, fra A til Å, som ansatt i teamet uttrykte det. Teamet opplever likevel en knapphet på ressurser; man har økt porteføljen av brukere uten å øke bemanningen, samtidig som for mye tid har gått med til vedtak og aktivitetsretta oppgaver og for liten tid til det sosialfaglige. Sjøl om man har gjort organisatoriske grep innad i teamet, som har hjulpet noe på det sistnevnte, er dette likevel en vedvarende problemstilling. En annen utfordring er samarbeidet med Psykisk helseteam om ROP-brukerne.

Rusteamet samarbeider stort sett med alle aktørene som er involvert i rusarbeidet i Hamar, både horisontalt i kommunen, med den statlige delen av NAV og vertikalt med spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet vurderes i all hovedsak som bra, og samarbeidspartnerne gir gjennomgående en god vurdering av innsatsen til teamet. Vurderingen fra brukerne vi intervjuet, sjøl om det kun er fire og følgelig gir bare et lite utsnitt, understøtter den positive vurderingen av Rusteamet i NAV.

4 Kommunale instanser

Kommunen har i følge loven hovedansvaret for tilbudet til rusmiddelavhengige i kommunen. Nedenfor beskriver vi og drøfter de mest sentrale instansene i dette arbeidet i den kommunale forvaltningen.

4.1 Psykisk helseteam og hjemmebaserte tjenester

Avdelingen Pleie og omsorg har et eget Psykisk helseteam med 20 ansatte i ulike stillinger. De ansatte arbeider ambulant, og teamet kan kalles et lavterskeltilbud siden de tar i mot henvendelser direkte fra brukere og pårørende, ved siden av henvendelsene fra spesialisthelsetjenesten/DPS Hamar og fastleger⁷. Det er ikke tillatt med ventelister, så en søknad blir raskt besvart med et tilbud om vurderingssamtale. Brukere kan imidlertid ikke forvente å få time på dagen. Sentrale samarbeidspartnere til Psykisk helseteam er DPS Hamar og fastlegene.

I en analyse av det psykiske helsearbeidet vurderes tilbudet til rusmiddelmissbrukere som rimelig godt, blant personalet som jobber med denne brukergruppen i kommunen. Nesten fire av ti mener de lykkes i meget høy eller høy grad, og inkluderer vi kategorien «i noen grad» så er andelen nesten åtte av ti (Rambøll 2011: 20). Det er kun arbeidet overfor psykisk utviklingshemmede som gis en bedre skår i undersøkelsen. Samtidig kom det fram at samarbeidet mellom Psykisk helseteam og Rus-psykisk oppfølgingsteam bød på utfordringer, både når det gjaldt kommunikasjon mellom teamene om aktuelle brukere og i forståelsen av hvilke typer tjenester de utfører. Rusteamet er en sentral samarbeidspartner siden rus ofte en sentral bestanddel i problembildet for personer med psykiske problemer. Blant annet har Psykisk helseteam avgitt to stillinger til Rusteamet. I følge informantene fra Pleie og omsorg er det slik at om brukerne har rusproblemer, så blir de ikke automatisk kastet ut av Psykisk helseteamets portefølje; man tenker helhetlig og ikke oppdelt. «Vi har et godt samarbeid med NAV om brukere man er usikre på», uttalte en informant fra Pleie og omsorg. Men har brukerne et tyngre rusmisbruk, blir de overført til Rus-psykisk oppfølgingsteam. Det samme gjelder LAR-pasienter.

Aktuelle brukere for begge teamene er de som har samtidige rus- og psykiske lidelser (ROP). Her synes bildet noe uklart. En informant i kommunen hevdet at Psykisk helseteam er raske med å overføre brukere til Rus-psykisk oppfølgingsteam om det dukker opp mer omfattende rusproblematikk og at det her lett kan oppstå kasteballproblematikk: «Systemet skaper kasteballer, særlig de med både rus og psykiatri. Om det «lukter» rus, så tar ikke psykisk

⁷ Hvorvidt det virkelig fungerer som lavterskeltilbud, synes å være usikkert, i hvert fall i følge Rambølls rapport om det psykiske helsearbeidet i Hamar (Rambøll 2011). Det har vi imidlertid ikke hatt mulighet til å gå nærmere inn på i denne evalueringen.

helseteam i det; i det ene tilfellet får du helsetjenester, i det andre sosialtjenester – det er tilfeldighetene som rår».

Samarbeidet mellom Psykisk helseteam og rusteamet synes imidlertid å ha bedret seg noe fra tidligere år, men ting tar tid, som en informant uttrykte det. Blant annet er det slik at i saker med tung rus- og psykiatriproblematikk, så kan en fra hvert team samarbeide om brukeren. Til nå har imidlertid dette i begrenset grad skjedd. Men det er en enighet fra begge teamenes side at her må det samarbeides, både om enkeltbrukere og på ledelsesnivå. Både Rambølls rapport fra 2011, som anbefalte at man lagde rutiner for kommunikasjon mellom teamene, og NAV-prosjektet «Mestringsveier til arbeid», som ble avsluttet i 2011, har nok dannet bakteppe for disse endringene.

Enheten Pleie og omsorg yter også, på lik linje som til andre grupper, hjemmebaserte tjenester, herunder helsetjenester til rusavhengige.

4.2 Barn- og familieenheten

Barne- og familieenheten i kommunen jobber med fire områder: barnevern, helsestasjon, avlastning/støttekontakt, og interkommunale PP-tjenester (Hamar, Løten, Stange). Arbeidet er teamorganisert: det er tre tverrfaglige team som har koordineringsansvar: småbarn 0-6 år; barn 7-12 år; ungdomsteam 13-20 år. For vår del er det ungdomsteamets oppgaver som er relevante å se noe nærmere på. Dette koordinerende teamet jobber blant annet opp mot politi, NAV og spesialisthelsetjeneste. Også BUP, barnevernet, skolehelsetjenesten er inne i arbeidet med unge i risikozonen.

I tillegg til de tre koordinerende teamene har man også nylig startet opp med et mobilt innsatsteam i Hamar, med støtte fra Helsedirektoratet til to stillinger som skal jobbe i forhold til rus og psykisk helse. Dette innebærer en heving av kompetansen på området med to nye personer med helse og sosialfaglig kompetanse, i følge en informant i kommunen. Dessuten ble det ansatt en SLT koordinator fra 1. mai i år. Etter at SLT arbeidet har ligget litt nede noen år, ønsker kommunen nå å ha sterkere fokus på dette arbeidet. SLT-modellen følger anbefalingene fra Kriminalitetsforebyggende råd. På den andre siden er ungdomskontakten i kommunen lagt ned.

Hamar kommune synes nå å ha de nødvendige funksjonene på plass for å kunne jobbe målrettet mot gruppen unge med et begynnende rusproblem. Spørsmålet blir mer hvordan man skal koordinere tilbudene. Foreløpig framstår koordineringen mellom ungdomsteamet, mobilt innsatsteam og SLT-koordinator å være i støpeskjeen, siden de to sistnevnte aktørene er relativt ferske. Det synes imidlertid ikke som det er et nært samarbeid mellom ungdomsteamet og Rusteamet i NAV - NAV skal være representert der, men møter lite opp, i følge en ansatt i kommunen. Denne informanten understreket videre at «vi har fragmenterte tjenester». Informanten mente at hver aktør hadde vært sitt bilde av situasjonen, og spurte: Hvem skal koordinere?».

På den andre siden sier informantene fra Rusteamet at de har en spesiell oppmerksomhet rettet inn mot tidlig intervensjon overfor unge i risikozonen. Dessuten er det slik at Barnevernet er fleksible med alder når det gjelder oppfølging (brukerne kan følges helt opp til

de er 23 år), slik at man bedrer overgangen fra barnevern (under 18 år) til en blir myndig (over 18 år) – man gir ikke automatisk slipp på dem.

Vi vil dessuten trekke fram at det ble gjennomført en egen ungdomsundersøkelse i Hamar i 2011, til dels som et resultat av Handlingsplanen. Dette er et viktig bidrag når det gjelder å styrke tilbudet overfor unge; det er relativt få kommuner som har oversikt over rusituasjonen blant unge (15-25 år).

4.3 Boligsosial avdeling

Boligen er fundamentet for rehabilitering – «housing first» prinsippet rår i Hamar. I Boligplan 2010-2013 ble det understreket at det var press på kommunale boliger i Hamar, og at det var behov for bedre rullering av eksisterende boligmasse og bygging av nye boenheter. Videre ble det vektlagt å styrke bo-veiledningen. Flere av våre informanter understreker også at bosetting er kanskje den største svakheten i tiltakskjeden for rusavhengige.

Kommunen har 470 kommunale utleieboliger for å hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet, i tillegg til omsorgsboliger. De førstnevnte er et midlertidig virkemiddel, mens de sistnevnte også kan gis på varig basis. Levekår og helse forvalter omkring 400 av de kommunale utleieboligene. Dette er imidlertid ikke nok; boligmarkedet i Hamar er presset, og for vanskeligstilte er det særskilt problematisk å komme inn på det private leiemarkedet i Hamar, blant annet på grunn av krav om depositum og ikke aksept for kommunal husleiegaranti. Det er følgelig stor pågang på kommunale boliger.

Det som særlig ser ut til å mangle, er midlertidige boliger, overgangsboliger og bemannede enheter for de tyngste ROP-brukerne. For å avlaste når det gjelder midlertidige boliger, har man blant annet bygd containerboliger. Samtidig ligger det inne i den kommunale økonomiplanen at man skal bygge en enhet med bemanning for åtte rusavhengige, der noen av leilighetene skal være permanente og +for de tyngste brukerne (ROP), mens noen leiligheter skal fungere som overgangsboliger i tre-fire år – men med et visst tilsyn.

NAV har fortsatt ansvar for de som akutt trenger midlertidige boliger (jmfør § 4-5 i Sosialloven), kommunen har ansvar for de som har hatt bostedsadresse i Hamar i ett år (jmfør § 3-4 i Sosialloven). NAV har imidlertid «slitt seg ut» på boliger, som en informant fra kommunen uttrykte; de får ikke tilgang til campingplasser o.l. som de før har benyttet, noe som medfører et ekstra trykk på de kommunale boligene.

Å samorganisere det som har med bolig å gjøre i en ny avdeling under Levekår og helse, skal bidra til at arbeidet med bolig blir styrket. Boligsosial avdeling ble etablert 1. oktober 2011. I den nye avdelingen har en samlet penger, kompetanse og ansvar for boligtiltak. I løpet av 2011 ble prosjektet Boveileder (100 % permanent stilling) og stillingen som boligkontakt overført fra NAV til avdelingen. Avdelingen har ansvar for tildeling av kommunal bolig etter vedtak i kommunal forskrift. En ny kommunal forskrift trådte i kraft 01.01.2012 som i større grad følger reglene i forvaltningsloven og følgelig styrker rettsikkerheten til de vanskeligstilte på boligmarkedet. Standarden er 3-års kontrakter. Man har imidlertid hatt en del på tidsavgrensede kontrakter, som det nå har vært viktig å prøve å få avsluttet, for å få mer

gjennomstrømming i kommunale boliger. Disse beboerne er som regel så velfungerende at de vil kunne klare å skaffe seg bolig selv via det private markedet.

Rusavhengige er en av de gruppene som sliter på leiemarkedet. Men de er ikke alene: «Om du ikke er hvit og ung, er uten barn og i jobb så er det vanskelig (på boligmarkedet), det er ikke spesielt med rus», hevdet en informant i kommunen. Spørsmålet er hvordan kommunen prioriterer mellom de verdig trengende (oppfylt kriteriene i forskriften). Småbarnsfamilier kommer først, dernest førstegangsbosetting av flyktninger med vedtak, så personer med dobbeltdiagnose (ROP) og folk som kommer fra institusjon og fengsel. Er du tung rusavhengig men ikke med samtidig tung psykisk lidelse, uten barn og som ikke kommer fra behandling i institusjon eller fengsel, så er situasjonen vanskelig.⁸ Men også denne gruppen blir bosatt i kommunale leiligheter. Flere av disse vil imidlertid, om de har fått uføretrygd, kunne få innvilget startlån og kjøpe egen leilighet.

Strategien når det gjelder å bosette rusavhengige, er å unngå gettoer. Samtidig kan det være hensiktsmessig å ha brukerne samlet for å kunne gi et godt tjenestetilbud. Det ligger følgelig et visst innebygd dilemma i bosettingen av rusavhengige (jfr. Vassenden, Lie og Skoland 2012). Videre kan den såkalte NIMBY-problematikken (not-in-my-back-yard) slå inn om en bosetter spredt. Folk kan reagere, ofte i forkant, på å få rusavhengige bosatt i nabolaget. Dette prøver man å ta hensyn til ved ikke å bosette de som det følger mest uro med (bråk, dealing, aparte adferd osv.) i vanlige boligstrøk eller nær skole og barnehage. Informantene fra Levekår og helse understreker likevel at hovedtrenden er å bosette rusavhengige spredt. Man har funnet ut at det lønner seg, som en informant utenfor kommunen sa det. De potensielle gevinstene ved konsentrasjon synes å bli overskygget av kostnadene. Det påpekes imidlertid at det kan oppstå konsentrasjoner i kommunale leiegårder – en vet jo ikke alltid om folk har rusproblemer.

Når det gjelder tildeling av bolig, samarbeider avdelingen med spesialisthelsetjenesten/DPS Hamar og med fengsel når det gjelder utskrivning av brukere. Problemet, i følge kommunen, er at både DPS og kriminalomsorgen er seint ute når det gjelder å melde behov for bolig for sine brukere. De tror det går fortere å skaffe bolig enn det gjør, eller at man kan holde på boliger i påvente av løslatelse fra § 12 (soning i institusjon), f.eks. om det blir to-tredjedels soning i. Kommunen har imidlertid ikke anledning til å ha boliger stående tomme og har vanskelig for å skaffe bolig på kort frist, og dette skaper trøbbel for brukerne. Det finnes pr i dag bare to akutthybler til disposisjon som kommunen kan bruke og dette er i 3.etg på Arbeideren. Der kan brukerne bo i korte perioder til de finner seg noe annet. Samarbeidet

⁸ I et pågående prosjekt i IRIS om kommunale boliger for rusavhengige, finansiert av Husbanken, kommer det klart fram at dette er den gjengse prioriteringen i kommune: småbarnsfamilier, flyktninger, folk fra behandlingsinstitusjon/fengsel, ROP og så «ordinære» rusavhengige. Samtidig er jo dette avhengig av hvilke type boliger man har tilgjengelig: bemannet omsorgsbolig eller i ordinære borettslag, konsentrert eller spredt, små leiligheter eller rekkehus osv.

med spesialisthelsetjenesten oppfattes også som noe krevende – det er på deres premisser – mens det er vanskelig å få til etablert samarbeid med Kriminalomsorgen.

Samarbeid med tredjesektor og KSTs tilbud i Boligtiltaket Folkestadgate er også viktig. Folkestadgate er et bemannet botilbud for 4-8 personer (per september 2012 bodde det fem der) som drives av KST, men som i sin helhet er finansiert av kommunen (mer om Hamartiltakene nedenfor).

Ved siden av tildeling av bolig, er også oppfølging i bolig en viktig del av arbeidet til avdelingen. Bo-oppfølgerne i Boligsosial avdeling skal vektlegge det å jobbe med boevne, og ikke med rehabilitering, helse eller arbeid. Det betyr å jobbe i forhold til de mer tekniske og praktiske sidene ved det å bo. Her har man en kartleggingsfase og tre innsatsperioder som hver skal evalueres. Oppfølgingstjenesten i bolig skal vedtaksfestes og tidsavgrenses.

Dette arbeidet skjer jo i grenseflater mot både hjemmebaserte tjenester som vil kunne komme inn med hjelp i forhold til helsespørsmål/medisinering, og Rus-psykisk oppfølgingsteam som jobber mer miljøarbeiderrettet. Samarbeidet med NAV både på bakkeplan og i ledelsen, der en har faste møter, gis i hovedsak god vurdering.

En tredje arbeidsoppgave til boligsosial avdeling er å håndtere Husbankens virkemidler; kommunen er med i boligsosialt utviklingsprogram satt i gang av Region Øst i Husbanken i 2010. Startlån er et av de viktigste virkemidlene. Dette gir folk som har stabil inntekt (f.eks. uføretrygd) men etableringsproblemer, mulighet til å etablere seg i nøkterne og gode boliger. Kommunen har forpliktet seg til å låne inn 50 millioner årlig fra Husbanken til denne støtteordningen. I følge kommunens Boligplan 2010-2013 har det vært utfordringer i å videreformidle startlån til aktuelle brukere.

I tillegg kan kommunen gi et behovsprøvd tilskudd for etablering i egen bolig, refinansiering, utbedring/tilpassing osv. I 2007 og 2008 ble det utbetalt hhv 12 og 16 millioner fra denne ordningen. Husbanken kan dessuten gi bostøtte til dekning av boutgifter for vanskeligstilte; denne er behovsprøvd der forberedende saksbehandling skjer i Boligsosial avdeling. Ved utgangen av 2008 hadde 809 fått innvilget bostøtte i Hamar. Dessuten går omtrent halvparten av kommunens utbetalinger til økonomisk sosialhjelp til boutgifter (i 2009 ca. 20 mill. kr av totalt 40 mill. kr). Videre er støtte til bygging av boliger viktig; husbanken gir støtte til oppføring eller kjøp av bolig for vanskeligstilte. Kommunen har 22 million kroner til kjøp av boliger.

Bolig er likevel, sammen med ventetiden på behandlingsplasser, en akilleshæl i arbeidet med rusavhengige. En informant utenfor kommunen hevdet at Hamar kommune har hatt «fokus på bolig, men det har ikke skjedd noe». Man kan likevel spore endringer, i følge denne informanten, «det er en begynnende trend, men det tar tid» Kommunen har sløst bort mange penger på midlertidige boliger, samtidig som man sliter med å få ut folk som kan, blant annet med startlån og bostøtte, skaffe seg bolig i det private markedet – «kommunale boliger går nesten i arv».

4.4 Fastlegene

Fastlegene spiller en viktig rolle i rustilbudet i Hamar, både som henvisende instans (til DPS Hamar/spesialisthelsetjenesten), deltaker i ansvarsgrupper, de som ivaretar den somatiske helsen til rusavhengige og som ansvarlig for utskrivning av medisiner. Fastlegene gis i all hovedsak en god vurdering blant dem vi har intervjuet, både ansatte og brukere. Vi har intervjuet to leger, så dette blir jo kun et snitt inn i arbeidet til denne gruppen, men beskrivelsen vil kunne gi perspektiv på rusarbeidet i Hamar sett fra fastlegenes ståsted.

Begge fastlegene har rusavhengige som pasienter, særlig i LAR. Utgangspunktet er at rusavhengighet er et helseproblem som skal møtes med respekt. Rusavhengige får det samme helsetilbudet som de andre. Men det blir understreket at de har vanskelig for å nyttiggjøre seg det: innkallingen blir borte, husker ikke timen, osv.

En utfordring som trekkes fram, er økonomien. Det er viktig at kommunen sikrer at en får betaling uten for mye administrasjon, også når pasienter ikke møter til timen. Problemer rundt dette kan føre til at noen fastleger vegrer seg overfor denne pasientgruppen. En annen grunn til vegring, er at LAR-pasienter er en ressurskrevende gruppe, blant annet med deltagelse i ansvarsgrupper o.l. Begge fastlegene har satt av tid/har færre pasienter for å kunne følge opp denne gruppen. Disse forholdene har medført at det har blitt en opphopning av LAR-pasienter hos noen leger, mens andre har ingen i LAR

Ved henvisning går veien via DPS Hamar. Det er porten inn, hvor man vurderer retten til helsehjelp og om den behandlingsinstitusjonen som brukeren ønsker seg, har plass og avtale med Helse Sør-Øst. Men en kan i tillegg henvise pasienter direkte til sentralsykehusfunksjonene på Sanderud, f.eks. ved planlagt nedtrapping av Metadon. Rusteamet i NAV vil ofte at legene henviser videre til DPS Hamar på grunn av regler for henvisning.

Når det gjaldt nytten av Individuell plan (IP) skilte de to informantene lag. Den ene mente det var varierende nytte av IP, og at denne i liten grad ble brukt aktivt, blant annet fordi innholdet var lite oppdatert og at den ikke er integrert i elektronisk journal. Den andre trakk fram at det var et godt verktøy i startfasen slik at hjelpen var klar når den skulle, samtidig som en fikk avklart roller og fordeling av ansvar. Samtidig sa denne informanten at det var referatene fra ansvarsgruppemøtene som ble hans IP – han kunne blant annet ikke hente IP ut fra datasystemet – men innholdet i planen lå på plass og burde være forpliktende.

Når det gjelder tiltakene i Hamar gis disse en god vurdering av fastlegene. Særlig Ruspsykisk oppfølgingsteam i NAV får gode skussmål, det er krumtappen i rusarbeidet, i følge en av informantene. Også andre sider ved tjenestetilbudet blir vurdert som bra, herunder Hamartiltakene. En informant trakk fram at han visste om folk som flyttet til Hamar fordi tilbudet for rusavhengige var bra der, en fikk blant annet hjelp til å komme seg rundt i NAV-systemet. Botilbudet ble imidlertid trukket fram som en utfordring. Dessuten er jo ventetid inn til spesialisthelsetjenesten og i behandling en propp i systemet. Samarbeidet med DPS og Sanderud ble likevel ansett som bra.

Samarbeidspartnernes vurdering av fastlegenes innsats i rusarbeidet i Hamar er også god. Det samme gjelder i stor grad vurderingen fra de brukerne vi intervjuet.

4.5 Kort oppsummering av kapitlet

Kommunens tilbud til voksne rusavhengige består blant annet av Psykisk helseteam og hjemmebasert omsorg under enhet for Pleie- og omsorg, ulike aktører under Barn- og familie, og Boligsosial avdeling under Levekår og helse. Den sistnevnte enheten har også et koordineringsansvar for IP, og har oversikten over 300 individuelle planer. Videre har vi inkludert fastlegene under headingen «kommunens tilbud til rusavhengig»

Tilbudet fra kommunens side gis en noe varierende vurdering, men det ser ut til å ha skjedd forbedringer de siste årene. Opprettelsen av en egen Boligsosial avdeling er et tiltak for å løse den problematiske boligsituasjonen for vanskeligstilte i kommunen. Dessuten samarbeider Psykisk helseteam tettere med Rus-psykisk oppfølgingsteam i dag enn tidligere, både om enkeltbrukere og på ledelsesnivå. Når det gjelder tilbudet til unge i risikozonen eller med et begynnende rusproblem, har kommunen søkt å forsterke og fokusere innsatsen, blant annet med etableringen av et mobilt innsatsteam og (re)ansettelsen av en SLT-koordinator. Overgangen mellom ungdom (under 18) og voksen (over 18) er en kritisk fase fordi brukeren da blir myndig og følgelig selv kan velge eventuelt tilknytning til hjelpeapparatet. Det at barnevernet er fleksible når det gjelder å følge opp brukerne også etter at de er 18 år, samt det at Rusteamet oppgir å ha en særskilt oppmerksomhet om og tidlig intervensjon overfor unge med rusproblemer, bidrar antageligvis til at det er en viss beredskap fra offentlige instanser i denne sårbare fasen.

Fastlegenes involvering i rusarbeidet i kommunen vurderer i stor grad som bra blant våre informanter. Og fastlegene selv uttrykker at samarbeidet med andre deler av rusfeltet, kanskje særlig Rusteamet i NAV, fungerer bra. Kontakten i forbindelse med henvisninger til spesialisthelsetjeneste, herunder DPS og Sanderud, gis også en rimelig god vurdering.

5 Hamartiltakene

Her vi vil ta for oss Kirkens Sosialtjeneste (KST) sine tiltak drevet i samarbeid med Hamar kommune. Som omtalt ovenfor har Hamar kommune en driftsavtale med Kirkens Sosialtjeneste om drift fra flere tiltak overfor rusmiddelavhengige, kalt Hamartiltakene. Tiltakene omfatter et lavterskel dagtilbud for rusmiddelavhengige, et psykososialt dagtilbud for rusmiddelavhengige som vil leve rusfritt og et rusfritt boligtiltak.

En treårig driftsavtale med Hamar kommune ble sist inngått i 1.januar 2011. Avtalen ble første gang inngått i 1996, da med det første tiltaket som KST etablerte som den gang var Barmsenteret. Virksomheten skal foregå med respekt for brukernes integritet. I avtalen mellom kommunen og KST står det følgende: Hamartiltakene er en tiltakskjede for mennesker som sliter med rus og/eller kriminalitet. Formålet er å tilby miljø, oppfølging og ettervern ut fra et helhetlig fokus. Virksomheten skal gi tilbud om oppfølging og rehabilitering til personer med bakgrunn i rusavhengighet og kriminalitet, herunder LAR-pasienter og personer som kommer fra behandling og soning. Hamartiltakene skal inngå som del av et helhetlig tiltaksapparat i samarbeid med Hamar kommune, NAV, Kriminalomsorgen og andre offentlige og frivillige instanser.

Hamartiltakene består av tre tiltak: Værested Arbeideren, Barm Oppfølgingscenter (heretter kalt Barm eller Barmsenteret) og Boligtiltaket Folkestadsgate. Værested Arbeideren er et lavterskeltiltak og møtested for aktive rusavhengige fra 18 år og eldre. Værestedet har to akutthybler og en egen matutlevering Barm oppfølgingscenter er et rusfritt tilbud for mennesker med bakgrunn fra rusavhengighet og kriminalitet. Barmsenteret arbeider langsiktig med deltageres livssituasjon og bistår den enkelte i å etablere et rusfritt liv. Barmsenteret gir også arbeidstrening i gjenbruksbutikken Fønix. Boligtiltaket Folkestadgate er et rusfritt boligtilbud for personer som trenger en god og trygg bolig med tett oppfølging. Målgruppen er kvinner og menn som ønsker å legge rusproblemene bak seg. Den metodiske tilnærmingen er basert på individuelle samtaler, grupper, aktiviteter og fellesskapsbyggende tiltak.

I følge Årsmelding fra KST var omsetningen i Hamartiltakene i 2011 på 7.816.000 kroner, hvorav Hamar kommune bidro med 3,3 mill. kroner. Av dette beløpet gikk 2,28 mill. kroner til Boligtiltaket Folkestadsgate som er fullfinansiert av kommunen. Det resterende beløpet gikk til Barmsenteret og Værestedet Arbeideren. Andre samarbeidspartnere var Helsedirektoratet som støtter driften med 2,09 mill. kroner og Justisdepartementet som yter 0,92 mill. kroner.

I tillegg bidro Hedmark Fylkeskommune med kr 67.800, Ringsaker kommune med kr 250.000 og Stange kommune med kr 150.000 til Barmsenteret og Værestedet Arbeideren. Gjensidigestiftelsen bidro med kr 190.000 til gatemagasinet Tett På. Gaver og støtte fra legater, stiftelser og privatpersoner ble på kr 149.000. Andre inntekter var kr 700.000, og er for det meste salg i tilknytning til brukbutikken Fønix, Tett På og salg av tjenester knyttet til værestedet.

5.1 Værested Arbeideren

Værested Arbeideren ble etablert 25. oktober 2005 på oppfordring av kommunen. Det ble da sendt en felles søknad til Sosial- og helsedirektoratet om midler til drift av et lavterskeltiltak. Samtidig ble det søkt om midler til et arbeidstiltak, Hamar tjenestesentral, som etter endt prosjektperiode nå er lagt ned. Januar 2007 kjøpte Kirkens Sosialtjeneste bygården Arbeideren i Hamar sentrum. Værested Arbeideren fikk tilhold i første etasje, og flyttet inn i nye lokaler 4. juni 2007. I følge Årsmeldingen⁹ er værestedets viktigste oppgave å heve livskvaliteten for brukerne og redusere de helsemessige skadene av rusmiddelbruk. Målsettingen er å styrke den enkeltes selvbylde, bedre sosiale ferdigheter og bidra til økt mestring hos deltakere som er i en sårbar fase i livet (Årsmelding, 2011). Værestedet Arbeideren skal være et godt lavterskeltiltak med en åpen dør hvor den enkelte kan komme inn uten forutgående avtale. Det settes ikke krav til at brukerne skal leve rusfritt, men det er ikke tillatt å ruse seg på stedet eller omsette rusmidler der. Stedet har flere oppholds- og grupperom, kjøkken samt vaskerom og dusj. Stedet har tre heltidsstillinger med leder, nestleder og miljøarbeider. Om lag 20 frivillige deltar i driften. På værestedet får brukere god og næringsrik mat, anledning til å vaske klær og ta en dusj, lettere sårstell, rene sprøyter og helseopplysning om smitte, spesielt hepatitt c. En sykepleier, ansatt i NAV, har ansvar for helsestellet. Brukere som har dårlig helse eller sliter med underernæring/overvekt følges opp tett. Mange av brukerne har gitt opp å bli helt rusfrie, er inntrykket en informant ved KST har fått, og han/hun ser på tiltaket dels som et vernehjem.

Brukerne får også hjelp til å komme i kontakt med offentlige etater, hjelp til å holde orden på økonomien og å sende meldekort til NAV. Ansatte sørger også for transport av brukere for å holde avtaler til lege, tannlege, innleggelse, offentlige kontor mv.

Stedet har mellom 40 og 50 besøkende hver dag. Totalt er det registret 206 brukere. Brukerne er stort sett eldre personer med lang ruskarriere bak seg, ca. $\frac{3}{4}$ menn. De som kommer her er de mest rusavhengige i byen, mange med en kriminell fortid. Flere har psykiske plager og lidelser. Noe over halvparten av brukerne kommer fra Hamar, men stedet har også brukere fra omkringliggende kommuner som Ringsaker, Stange og Løten.

Nær 30 brukere er i LAR og enkelte velger å bruke noen rusmidler i tillegg til LAR-medisinen. Det skaper et dilemma for ansatte på værestedet hvis det kommer ut opplysninger om LAR-pasienter som for eksempel får utdelt sprøyteutstyr. Dette er tema som diskuteres internt på værestedet, da det kan oppstå vanskelige situasjoner hvis det skulle komme opplysninger fra værestedet til LAR (jf. retningslinjer for LAR, Helsedirektoratet 2010). Ansatte mener at det satses lite på aktiv rehabilitering i LAR, og de stiller spørsmål om man heller skulle bruk betegnelsen LAS, hvor s'en står for stabilisering.

Brukerne utgjør en stabil gruppe med en alder på rundt 40 år i gjennomsnitt. Det er lite rekruttering av nye brukere. Enkelte brukere bidrar til driften f. eks. ved å hente gratis mat fra

⁹ Mer detaljert statistikk fra Arbeideren finnes i Årsmelding 2011 fra Kirkens Sosialtjeneste.

KIWI butikker, og andre tar på seg renhold og vaktmester oppdrag på frivillig basis. Leder for værestedet ønsker seg en stilling som arbeidsleder for å aktivisere flere av brukerne, men økonomien strekker ikke til.

Værestedet har en aktiv brukermedvirkning med blant annet faste fellesmøter. Her tar de opp forslag til aktiviteter, hvordan de vil ha det på stedet, ordensregler og sjøljjustis. Bruk, kjøp og salg av rusmidler fører til utestengelse, og brukere støtter opp om konsekvent håndheving av reglene. Brukere deltar også med faste oppgaver på stedet som f. eks. at de har ansvar for renhold, deltar på matkjøring, tar vaktmesteroppgaver osv.

Værestedet har to akutthybler i tredje etasje i bygget, beregnet for bostedsløsepersoner og bare for kortvarig overnatting. De fleste klarer å skaffe seg ny bolig, men det kan ta lang tid. Boligtilbud er det behovet som er dårligst dekket i Hamar, mener en informant fra KST. Det er meget dårlig med boliger som passer for den gruppa som bruker Værestedet Arbeideren. Flere av brukerne har lett for å bo seg ut, miste boligen, og kan havne på gata, i følge samme informant.

5.1.1 Samarbeidspartnere

Værested Arbeideren samarbeider NAV-teamet rundt brukerne og spesielt rundt de som bor i akutthyblene. Politiet hadde tidligere mye kontroll i området rundt Arbeideren, men har nå trappet ned denne virksomheten. Det er samarbeid med ulike instanser så som kommuner, NAV, til en viss grad DPS Hamar, Kriminalomsorgen, menigheter og andre. Samarbeid med brukerorganisasjoner er varierende, alt etter hvor aktive organisasjonene er.

5.2 Barm Oppfølgingscenter

Barm Oppfølgingscenter ble etablert i Hamar i 1996 og har som hovedmål, i samarbeid med brukere, å gi støtte og hjelp til å hindre tilbakefall til rus og/eller kriminalitet og å etablere et godt rusfritt liv basert på brukerens behov, verdier og interesser (Årsmelding 2011). Barmsenteret er et høyterskeltilbud med et spesielt ansvar for ettervern av domfelte rusmiddelavhengige på oppdrag fra Justisdepartementet. På samme måte som Arbeideren, har Barmsenteret lokaler i Hamar sentrum hvor brukere møtes. I motsetning til Arbeideren, kreves det total rusfrihet for å kunne benytte seg av tilbudet. Barm tilbyr lokaler for sosialt samvær, aktiviteter og støttesamtaler med ansatte, oppfølging i bolig mv. Senteret hjelper også brukerne med å komme videre når det gjelder tilknytning til arbeidslivet og tilbyr arbeidstrening blant annet gjennom bruktbutikken Fønix deltaking i ansvarsgrupper, hjelp med økonomi, etablere sosialt nettverk og psykososial støtte. Det er også en oppgave å hjelpe brukere med å holde kontakt med spesialisthelsetjenesten, motivere dem til behandling og passe på at de møter opp til avtaler. Barmsenteret kan sees på som et ressurscenter for brukerne for å kunne mestre utfordringer i hverdagen etter soning og behandling. Barmsenteret har god kontakt med NAV, og man samarbeider med NAV med tanke på motivering og å komme i konstruktiv dialog med brukere. En sosionom ved senteret tar mye av ansvaret for kontakten med NAV.

Ansatte på senteret mener at det er potensial for forbedringer når det gjelder kontakt med spesialisthelsetjenester før, under og etter behandling eller etter endt soning. Tiltak ved

utskrivning er ikke alltid på plass, det kan gjelde bolig eller aktiviteter. Det er et generelt problem at det kan glippe med kontinuitet i overgangen mellom ulike nivåer ved løslatelse fra fengsel eller utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Ansatte mener at NAV ikke alltid er i forkant når brukere skrives ut fra institusjonsopphold eller løslates til kommunen. Barmsenteret tar i mot brukere etter utskrivning, men samarbeidet med andre institusjoner kan bedres. Det kan også oppstå utfordringer for brukere i ventetid på behandling. Senteret prøver å holde kontakten med brukerne for å holde motivasjonen oppe, men kan miste kontakten med en del mens de går og venter på behandling i TSB. Brukerne kan bruke Barmsenteret hvis de holder seg rusfrie i ventetiden på institusjonsplass.

Senteret har sitt nedslagsfelt i Hamar og omegn og har kontakt med 30 – 40 brukere. Noen møter daglig på senteret mens andre kommer et par ganger i uken eller etter avtaler. Behovene er forskjellige. I alder spenner brukerne fra 20 til 60 år, med et gjennomsnitt i underkant av 40 år. Antall aktive deltakere i 2011 var 50 personer, og 10 nye personer kom til i 2011. Nær 70 prosent var menn. Flertallet av brukerne kommer enten fra institusjonsbehandling for rus eller soning og en mindre andel kommer fra DPS eller annet.¹⁰

På senteret må man stadig ha stor oppmerksomhet omkring rusbruk, og det er et samtaleemne mellom brukere og ansatte. Brukerne er rusfrie om dagen, sier ansatte ved senteret, men kan hende det brukes rusmidler kveld/helg. I så fall er det forhold som må tas opp på senteret og snakkes om. Er folk påvirket når de kommer på dagtid, er det ikke aktuelt å slippe dem inn, men slike episoder forekommer sjelden.

Bolig for brukere som løslates eller skrives ut fra institusjon er en stor utfordring i Hamar. Etter ansattes oppfatning har Hamar kommune store utfordringer med å skaffe bolig. Personer som skrives ut fra behandling og vil ha en rusfri tilværelse må ta til takke med boliger sammen med aktive rusmiddelmissbrukere. Dette kan undergrave nytten av institusjonsopphold. Man har erfaring fra at en del brukere klarer å skaffe seg bolig selv, bl. a. med kommunale lån for å komme inn på det private eiermarkedet.

5.2.1 Samarbeidspartnere

Senteret samarbeider tett med Kriminalomsorgen og Hedmark fengsel avd. Hamar. Dette betyr i praksis at de har deltagere på frigang, samfunnsstraff og lenkesoning i arbeid på tiltaket. Det er skrevet samarbeidsavtaler med begge parter. Barmsenteret foretar besøk i fengsel, arbeider med å få ansvarsgrupper på plass, hjelper til med å skaffe bolig og å introdusere løslatte for sosialt nettverk på senteret. NAV-teamet er en naturlig samarbeidspartner og i noen grad spesialisthelsetjenesten som DPS Hamar og Rusavdelingen ved sentralsykehusfunksjonene på Sanderud. Senteret samarbeider ellers med ulike organisasjoner og institusjoner før under og etter oppholdet til den enkelte bruker. Brukerorganisasjoner som RIO og Pro Lar har også i perioder vært aktive på Barmsenteret.

¹⁰ Mer detaljert statistikk, ser Årsmelding 2011 fra Kirkens sosialtjeneste.

5.3 Boligtiltaket Folkestadsgate

Boligtiltaket Folkestadsgate ble etablert i 2005 og er et boligtiltak for personer som vil leve et rusfritt liv. Botiden er normalt opp til tre år, men det kan ta lenger tid for enkelte å klare seg uten dette tilbudet. Vanligvis kommer beboerne fra TSB eller fengsel. Noen kommer fra kommunal bolig, men det settes krav til at de må ha vært rusfrie en stund før innflytting. Beboerne er i alderen 18 til 45 år. I 2011 bodde fem personer i tiltaket. En person er i LAR.

I samarbeid med beboerne arbeider ansatte med bo-trening, rusmestring, praktiske ferdigheter så som økonomi mv., utvikling av sosiale ferdigheter, arbeidstrening og utvikling av sosialt nettverk.

Det er ikke tillatt for beboerne å ruse seg. Rusing kan medføre utskriving, og det tas urinprøver to ganger i uka det første halvåret. Deretter går man over til stikkprøver. Til nå har man ikke hatt problemer med rusing blant beboerne. Enkelte av beboerne er på LAR, men det er ikke konstatert sidemisbruk. Man har godt samarbeid med fastleger når det gjelder medisiner. Ansatte har ikke noe ansvar for å dele ut medisiner eller penger.

Ansatte legger stor vekt på å utvikle gode personlige relasjoner til beboerne. De er mye sammen, reiser på turer, har måltider sammen og er med i ansvarsgrupper. Det er ingen fasit på hva som virker i rehabiliteringen, «men skal du gjøre en god jobb, må du knytte tette relasjoner» sier en ansatt. Beboerne får regelmessig besøk av nær familie, og man har måltider sammen med pårørende. Kontakt med pårørende kan ofte være en ressurs i forhold til den rusavhengige.

I boligen har man jevnlig møter for å ta opp spørsmål om orden og felles saker for beboerne. Beboere deltar i nødvendig oppussing, og det har ikke forekommet ramponering av leiligheter. Ansatte er til stede mellom kl. 08 til 22 på hverdagene samt søndag ettermiddag. Man ser på dette som viktig for å forebygge bruk av rusmidler.

Ansatte samarbeider med boligsosial avdeling i kommunen, med NAV-rusteamet og om mulig med arbeidsgivere. Det er et tett samarbeid med Barmsenteret om turer og sosialt samvær. Man foretrekker ikke å ha samarbeid med Værestedet Arbeideren, siden det er et lavterskeltiltak uten krav til rusfrihet.

Beboere som flytter ut, har mulighet for å holde kontakten med ansatte, men det er ikke noen systematisk oppfølging av tidligere beboere. De som klarer seg bra, ser man lite til. Man har opplevd tilbakefall til rusmiddelmisbruk, men det blir fort fanget opp, og den enkelte er oftest motivert for videre behandling. Etter endt opphold i Folkestadsgate, er det vanlig at beboerne får tildelt kommunal leilighet, men noen har også skaffet seg leilighet på det ordinære boligmarkedet.

Ansatte mener at Folkestadsgate er et viktig ledd i en behandlingsskjede og representerer et tilbud i ettervernsfasen og oppfølging etter opphold på institusjon. Dette er ofte en sårbar fase for den enkelte hvor de ikke har klart å bygge opp et rusfritt nettverk og opplever at de står mye alene.

Det er ansatt fire personer på tiltaket, og det utgjør tre årsverk. De ansatte har faglig bakgrunn som miljøarbeidere, diakon-/ lærerutdanning og videreutdanning i rus og psykisk helse. Generelt har de ansatte lang erfaringskompetanse fra rusfeltet

5.3.1 Samarbeidspartnere

Boligtiltaket Folkestadsgate samarbeider tett med NAV Rus- psykisk oppfølgingsteam da de også sitter i inntaksgruppa i boligtiltaket. Ellers er det et godt samarbeid med alle naboene.

5.4 Brukerintervju – Arbeideren og Barmsenteret

Bruker 1 på Arbeideren

Denne informanten er over 50 år og går daglig på Arbeideren. Han har vært på LAR i mange år og har tilpasset seg LAR på en god måte, synes han. Han har en fortid preget av mye rusmiddelmisbruk og vinningskriminalitet. Han har bodd på gata i årevis, men etter at han kom inn i LAR har han klart seg bra i den kommunale boligen. Han mener at metadon er et rusmiddel og at han aldri har vært så rusavhengig. Han har bodd i den kommunale boligen i mange år, og opplever å ha en trygg og sikker bolig. Forholdet til naboene er bra. «Boligen er veldig viktig, like viktig som metadon», sier han, men er likevel fornøyd med LAR.

Informanten har hatt psykiske plager og har hatt opphold på psykiatrisk institusjon, men klarer seg bra nå med konsultasjon av medisinsk personell. Han lever nå på uføretrygd.

Han har deltatt på Arbeideren i mange år og sier: «Dette er det beste som har hendt meg». Sosialt samvær er hovedsaken til at han trives her, men matservering er også viktig. Her kan han ta seg en dusj og vaske klær. Det er mye den samme gjengen brukere som går her, sier han, og det er ikke noe sted for rekruttering av yngre brukere. Uten Arbeideren ville han måttet fly på gata og bli jagd ut fra alle plasser eller vi ville stått i klikker rundt i byen, sier han.

Bruker 2 på Arbeideren

En annen informant har vært i LAR under fem år og ser ikke på seg selv som aktiv rusmisbruker. Han fungerer bra i LAR, men synes han blir lat av metadon. Han har en psykisk diagnose og får noe konsultasjon fra DPS. Han mestrer plagene ganske bra. Han har hatt god kontakt med NAV-teamet etter institusjonsopphold og synes han har fått god hjelp av dem.

Vedkommende har kommunal bolig, men trives ikke bra der. Ingen stoler på noen i den kommunale leiegården, sier han. Det er en del stoffomsetning i boligmiljøet.

Han synes Arbeideren er et sosialt sted og er fornøyd med de som jobber her. Forholdene er blitt bedre over tid. I starten var det en del stoffomsetning, men sånn er det ikke lenger. Nå er det mer et omsorgssted, og han synes det er et flott sted.

Bruker 1 Barmsenteret

Dette er en mann som nærmer seg 50 år. Han har en fortid med mye rusmiddelmissbruk, først alkohol amfetamin og senere heroin. Han er nå i LAR og går på Subutex, men det har vært en del inn og ut av LAR. Han har hatt en omflakkende tilværelse med mange småjobber, konflikt med politiet og noen dommer bak seg. Han har hatt psykiske plager og vært innlagt på psykiatrisk avdeling. Han har også vært til rusbehandling i TSB. Han har hatt kommunal bolig i Hamar i mange år i en gård med flere leiligheter. Det var en del trafikk med omsetning av rusmidler der før, men de siste årene har det ikke vært problemer. Informanten fikk kjennskap til Barmsenteret gjennom en kamerat. Han går nå fast på Barm, men stikker også innom Arbeideren. På Barm deltar han i ansvarsgruppe hver uke, og da er både fastlege, NAV-representant og ansatt på Barm til stede. Han har fått mye hjelp her, og opplever at det er et godt samarbeid mellom Barmsenteret og NAV-temaet, slik at det blir lettere å komme i kontakt med NAV. Han har nå regelmessig kontakt med NAV og mottar arbeidsavklaringspenger. Han sliter i perioder med rusproblemer, og er glad for at folk på Barm henter ham inn igjen. Informanten uttaler at han ønsker å fortsette på Barm. Det er ikke andre tilbud her i kommunen, mener han.

Bruker 2 Barmsenteret

Informanten er en dame i 30 åra og har vært rusfri i flere år nå. Hun begynte å ruse seg i tidlig i tenårene og har vært igjennom flere behandlingsopphold på rusinstitusjoner og har hatt kontakt med psykiatrien. Hun er nå etablert i Hamar. Hun ønsker å komme inn i arbeidslivet og hun jobber nå med videregående skole.

Hun ble godt tatt i mot på Barmsenteret etter opphold på behandlingsinstitusjon. Senteret er et godt sted å være med sosialt samvær, dra på turer og få mange nye venner. For informanten har det fungert bra å holde seg rusfri, og hun følger møter på AA flere dager i uka. Hun opplever at det ikke alltid er så greit at folk som går her, er på LAR eller tar mye medisiner, og hun trekker seg litt unna når hun merker at folk er påvirket. Hun mener praten kan bli mer destruktiv når folk er på metadon eller andre medisiner.

Hun synes reglene på senteret er greie, men av og til kan det bli for snilt. Det kunne vært strengere rutiner og tydeligere rammer, føler hun. Det kan bli vanskelig når folk vil gå både på Arbeideren og Barm. Det skaper usikkerhet, og hun mener at man må velge hvor en vil ha tilhørighet. For denne informanten er Barm kjempeviktig, men man må holde på rammen om at det skal være rusfritt.

5.5 Kort oppsummering av kapitlet

Hamartiltakene utgjør en kjede: Fra lavterskeltiltaket Værested Arbeideren der brukere som lever et liv med rus har et værested, får mat og helsehjelp; via mellomkategorien Barmsenteret som er et rusfritt værested/ettervernsted (inkludert butikk for arbeidstrening), men der en overholder kravet om rusfrihet; til Boligtiltaket Folkestadsgate, som er bemannet bolig for de som vil slutte med rus og der det er absolutt krav om rusfrihet. Hamartiltakene dekker således både kommunens lovpålagte oppgaver (bolig, ettervern, arbeidstrening o.l.) og andre mer miljørettede tiltak for brukergruppen.

Brukerintervju viser at Arbeideren fungerer som et viktig sosialt værested for rusmiddelavhengige og LAR pasienter. En bruker med en lang rusmisbrukerkarriere bak seg sier at stedet er det beste som har hendt ham og at uten Arbeideren ville han måttet fly på gata. Stedet har en stabil brukergruppe, og det er ingen ny-rekruttering til rusmiljøet der.

Brukere opplever mye støtte fra Barmsenteret. Ansatte deltar i ansvarsgrupper og formidler tjenester til NAV og Rus-psykisk oppfølgingsteam i NAV. Stedet styrker sosialt samvær og bidrar til å holde brukerne rusfrie. For brukere som er motivert for et rusfritt liv, er det ikke andre dagtilbud i kommunen.

6 Spesialisthelsetjenesten

6.1 Distriktpsikiatrisk senter, Hamar

Hamar DPS har en sentral og koordinerende rolle i tilbudet til rusavhengige i Hamar. Både når det gjelder å koordinere innleggelse i spesialisthelsetjenesten – rett til helsehjelp og hvilket tilbud en skal få – og ved utskriving, er DPS sentral. Videre har man akutt ambulant team som fanger opp mange i brukergruppen, og poliklinisk oppfølging og sengeposter.

6.1.1 Koordinering mellom kommune og TSB

DPS er vurderingsinstans for all behandling i TSB, alt fra avrusing, poliklinisk behandling, sengeposter og tvangsplasseringer. I følge DPS var det i perioden 01.01.12 - 06.09.12 mottatt 90 henvisninger på pasienter med rusavhengighet fra Hamar kommune: 46 var henvist fra fastlege, 10 var henvist fra NAV, mens 34 var henvist fra annen spesialisthelsetjeneste. Av disse ble 58 gitt rett til prioritert helsehjelp, mens 14 ble gitt rett til helsehjelp.

Vi ser at nesten 2/3 blir innvilget prioritert helsehjelp, altså en juridisk ”rett til nødvendig helsehjelp” med en bindende frist. Disse såkalte rettighetspasientene har følgelig krav på en behandlingsplass i TSB innen en gitt tid. Men ventelisten er lang, og en må påregne i snitt 10-12 måneders ventetid for langtidsbehandling. I følge DPS har en slitt veldig med å dekke opp plasser for rettighetspasientene, men at dette er i ferd med å endre seg noe. Nå bruker en omkring et tjuetalls private institusjoner av forskjellig slag via Helse Sør-Øst.

Det er særlig for ROP-pasienter at tilbudet halter, noe som ofte medfører at de blir kasteballer mellom ulike tilbud. Rusinstitusjonene ønsker å skjerme seg fra tunge psykiske lidelser. Samtidig er ventetiden ved institusjonene som både tar rus og psykiatri enda lengre enn hos dem som kun driver med rusbehandling; ventetiden var opp til to år på en nyetablert institusjon for ROP-pasienter, i følge informanter fra DPS. Også når det gjelder innlegging på DPS' egne sengeposter og på Rusavdelingen ved sentralsykehusfunksjonene på Sanderud, er det hindringer: «Krever mye samarbeid og lirking for å få inn en med tunge psykiske lidelser og rus», hevdet en informant. Grunnen til motstanden synes ikke å være motvilje, men manglende kunnskap til rus i psykiatrien: «Vi er et lite stebarn i en tung psykiatri».

Å få til sømløse tjenester er et viktig mål for den kommunale rusinnsatsen. Samarbeidet mellom TSB drevet av private og DPS er godt i følge informantene i DPS. Det er blitt en bedre flyt mellom kommune, DPS og institusjon. Men det er viktig at det ikke blir en sovepute for DPS og kommunene at pasienten er i institusjon. Det optimale er at brukeren begynner med bo-trening så tidlig som mulig under institusjonsoppholdet, og at man da har klar en bolig. Som vi så ovenfor er dette i liten grad tilfelle, både fordi kommunen ikke har nok boliger til å holde en leilighet i beredskap over lang tid og fordi institusjonene og DPS er seint med tilbakemelding om utskriving.

6.1.2 Ruspoliklinikk og LAR-team

Hamar DPS har en egen ruspoliklinikk. Det polikliniske tilbudet består stort sett av utredning og behandling, i all hovedsak ved samtaler individuelt eller i grupper. Samtalene kan være

både på kontoret, hos fastlegen eller hos brukeren. «Vi må være smidige og fleksible i det med å komme i kontakt, og skape relasjoner, og å komme i gang; vi er litt sånn oppsøkende team», kommenterte en informant fra DPS. Varigheten på behandlingen kan variere fra f.eks. kun 13 samtaler med kognitiv terapi, til et terapiforløp over ett år. Man behandler både rus og psykiske lidelser, og ADHD-problematikk. De som kommer til DPS er rettighetspasienter. Når det gjelder LAR-pasientene avsluttes ikke relasjonen til disse etter endt behandling, så disse krever følgelig mye av kapasiteten hos DPS.

Rapportering i DPS viser at det er 49 pasienter fra Hamar som er i LAR. LAR-teamet ved DPS jobber med den helsemessige oppfølgingen av pasientene, dvs. medisiner og evt. behandling for rus og/eller psykiske lidelser. R-en i LAR, altså rehabiliteringen, er i all hovedsak kommunens oppgave, og her gir LAR-teamet uttrykk for et ønske om økt fokus på dette arbeidet. Det er jo et gjennomgående trekk at r-en har forsvunnet noe i LAR-behandlingen, så her skiller ikke Hamar seg ut fra andre kommuner. En informant fra DPS påpekte da også at Hamar kommune gjør det rimelig bra ut fra forutsetningene. Men man savner altså en tettere koordinering og oppfølging fra kommunens side.

6.1.3 Akutt ambulant team

Akutt ambulant team er en enhet innenfor DPS-Hamar med tolv medarbeidere, blant annet to sosionomer, vernepleier, psykolog/psykiater (i 40 prosent) og psykiatrisk sykepleier. Teamet skiller ikke på diagnose ved henvendelse, men tar inn de som vil og som ikke er rusa.

Teamet fikk i 2011 916 henvendelser, og av disse hadde 20 prosent rus som primærproblem, i følge en informant fra DPS. Dessuten var det 20 til 30 prosent som hadde rus som tilleggsproblem, uten nødvendigvis å erkjenne det sjøl. Inkludert her finner vi også de tradisjonelle dobbeltdiagnosene eller ROP-pasientene. Det er altså 40-50 prosent av teamets brukere som har et uavklart forhold til rus.¹¹

Ved henvendelser til teamet får man i stand en avtale om hjemmebesøk for å finne ut om det er fare for suicidalitet og om pasienten klarer seg uten innleggelse. Pasienten skal få et tilbud innen fire timer. Om det ikke blir innleggelse, følges pasienten tett opp med samtaler ofte flere ganger daglig. Her blir pasienten sjekket i forhold til psykose eller kognitiv svikt, for godt voksne også demensproblematikk, og så henvises det videre til der man ser det som hensiktsmessig. Henvisningen videre kan både gå til NAV, Psykisk helseteam i kommunen, fastlegen og spesialisthelsetjenesten. DPS oppgir å ha godt samarbeid med kommunen med jevnlig møter, og de har rask gjennomstrømming av pasienter som går videre til kommunale tilbud. Samtidig er det mange gjengangere når det gjelder rusavhengige, det er en liten liste med 10-12 navn, og disse ringer ofte. Dette er jo ofte personer som har mange hjelpere i det

¹¹ Disse anslagene synes å være i rimelig overensstemmelse med de tallene som kommer fram om samtidige rus- og psykiske lidelser i ulike undersøkelser: Mellom 30 og 40 prosent av pasientene innen TSB har også mottatt behandling i psykisk helsevern, og opp mot 60 prosent hadde en eller annen form for psykisk lidelse (Helsedirektoratet 2012; Meld. St. 30 (2011-2012))

lokale rustilbudet. Fra DPS hold blir det påpekt at en har blitt flinkere/strengere til å kanalisere disse brukerne til den koordinator/kontakten de allerede har.

Ved akutte behov kan pasienten også legges inn direkte på DPS' egen sengepost. Her er det teamets vurdering som er gjeldende. Teamet får en oppdatering om morgenen om det er ledig senger. I 2011 hadde de 54 innleggelser, men en gjennomsnitts liggetid på DPS' sengepost på åtte døgn. Tidligere kunne de også legge inn direkte på mottak på Sanderud, men nå må en lege godkjenne dette.

6.2 Sentralsykehusfunksjoner, Sykehus Innlandet, Sanderud

Sykehuset Innlandet, Sanderud, rett utenfor Hamar, har en egen avdeling for Rusrelatert psykiatri og avhengighet (heretter Rusavdelingen) under divisjon Psykisk helsevern. Rusavdelingen har ansvar for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige i Helse Sør-Øst i henhold til spesialisthelsetjenesteloven og rusreformen. Avdelingens ledelse er lokalisert på Sanderud.¹²

6.2.1 Hva de gjør

Det er DPS Hamar som vurderer rett til helsetjeneste og stiller diagnose. Alle som kommer til Sanderuds avdelinger har blitt vurdert. Ved Rusavdelingen foretar de en ny vurdering av når pasienten skal inn og av lengden på opphold. Det kan ofte være en tidsforsinkelse før en får satt i gang den videre behandling.

Man henter ofte inn tilleggsopplysninger om pasienten (utover det DPS har utredet) med en anbefaling om egnet behandling videre. Et utfall av utredningen kan være at en fortsetter med poliklinisk behandling ved DPS. Videre får Rusavdelingen bestilling fra DPS om avgiftning når det gjelder pasienter som skal videre i TSB. Det er imidlertid Hamar DPS som har kontakt med pasienten og sitter i ansvarsgrupper. Rusavdelingen sitter bare unntaksvis i disse gruppene. Men av og til ved lengre forløp for dårlige pasienter, deltar avdelingen i ansvarsgrupper.

Rusavdelingen jobber stort sett med tunge rus og psykiske problemer. Dobbelt diagnoser er mer regelen enn unntaket. Det er ofte uklart når de psykiske problemene dukker opp i forløpet, i følge informantene fra avdelingen, men begge deler må behandles samtidig. Avdelingen mener sjøl at de har god kompetanse på rus og prøver nå å bygge opp kompetansen på psykisk helse. Men, sjøl om det er fokus på ROP-pasienter i divisjonen, finnes det ingen enhet som jobber direkte inn mot denne gruppa. Det er fortsatt et spørsmål om pasientens problemer hører til under rus eller psykiatri. For pasientgruppa under 23 år har man imidlertid forsøkt å få til et tettere samarbeid med psykiatrien.

12 Opplysninger fra SI hjemmeside: <http://www.sykehuset-innlandet.no/omoss/avdelinger/rusrelatert-psykiatri-og-avhengighet/Sider/enhet.aspx>

Man tar også imot øyeblikkelig hjelp, ofte fra psykiatrien, og sender dem så videre til DPS-Hamar eller Rus-psykisk oppfølgingsteam i NAV. Rusavdelingen har imidlertid ingen egen akuttpost. De jobber med planlagte innleggelses. En informant påpekte: «Vi mangler egentlig rusakutten; vi bruker plassene på planlagte forløp, planlagt etterbehandling etter avgiftning». Informantene fra Rusavdelingen gir imidlertid også uttrykk for at de kan gi et veldig kortvarig tilbud ved akutt behov. Flere av de andre aktørene i Hamar savner en slik akuttenhet; det ambulante teamet ved Hamar DPS har kun tilgang til eventuelt ledige senger blant de åtte ved DPS (på Sanderud).

Rusavdelingen tar også imot pasienter på tvang, både hastevedtak og planlagte innleggelses. Som regel vil de være ved avdelingen for avrusing for så å dra videre til TSB. Avdelingen jobber dessuten med å følge opp LAR-pasienter og har tett kontakt med LAR-teamet ved DPS.

6.2.2 Organisering, ressurser og kompetanse

Rusavdelingen har enheter på Sanderud med avgiftnings- og utredningsenheter, på Hov i Søndre Land kommune er det familieenhet, og på Sørlihaugen (Reinsvoll) i Vestre Toten kommune en langtidsenhet. Totalt har avdelingen 52 sengeplasser, 11 for avgiftning og 6 utredningsplasser på Sanderud, 10 for gravide og 10 for familier på Hov i Land, og 15 langtidsplasser på Reinsvoll. På det sistnevnte stedet er det åtte plasser for menn, fem for kvinner, og to plasser for tvangsinnleggelses. Ventetiden på langtidsplassene anslås til mellom ni og tolv måneder. I 2009 hadde avdelingen 160 ansatte, og omkring 495 pasienter fikk behandling ved avdelingen.

KoRus-Øst, som er et regionalt kompetansesenter for rus som dekker Østfold, Akershus, Hedmark og Oppland, er organisert under Divisjon psykisk helse og inngår i Rusavdelingen ved Sanderud. KoRus-Øst har to spissområder: ROP-pasienter og spillavhengighet. Det er blant annet et eget Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose ved Sanderud, som skal samle og utvikle kompetanse innen fagfeltet rus og psykiatri innenfor helseregion Sør-Øst, og som samarbeider tett med ulike brukerorganisasjoner, utdanningsinstitusjoner, kompetansesentre, fagmiljøer og helseforetak i Helse Sør-Øst. Kompetansesenteret ble etablert som prosjekt i 2005 og ble permanent drift i 2007. Våre informanter trekker i liten grad fram dette kompetansesenteret. Om det skyldes at senteret jobber på et overordna nivå i hele region Sør-Øst, og følgelig har lite med enkeltaktører og kommuner å gjøre, eller om de oppfattes som lite relevante, vites ikke.

6.2.3 Samarbeidspartnere

Rusavdelingen ved Sanderud samarbeider i hovedsak med DPSene, i vårt tilfelle Hamar DPS. Ruspoliklinikken og LAR-teamet var før ved Sanderud, men er nå flyttet til Hamar DPS. «Vi har lang tradisjonen for mye samarbeid med kommunen, men det tette båndet til Hamar ligger på DPS-nivå», uttalte en informant fra avdelingen. Dette gjelder særlig i forhold personer som skal legges inn i TSB, enten ved Rusavdelingens enheter eller ved andre institusjoner i TSB. Samarbeidet med Hamar DPS fungerer «relativt sømløst» i følge en informant fra Sanderud. I påvente av plasser ved TSB fortsetter pasientene i all hovedsak sin behandling ved Hamar DPS. Man er imidlertid litt frustrert over at sengeplassene ved DPS stort sett brukes på psykiatri-pasienter, og skulle gjerne ønsket øremerka plasser til rus.

Videre har ikke DPS noen ordning med brukerstyrte plasser, dvs. plasser som brukerne selv kan velge å disponere; Sanderud har gjort dette underhånden, men dette er Hamar DPS sin oppgave.

Man har også mye kontakt med Rus-psykisk oppfølgingsteam i NAV. Teamet skal følge pasienten helet tiden, og vil ofte ha kontakt med Sanderud ved innleggelse, i møter om utredning, underveis i behandlingsoppholdet (om det er ved SI) og i etterkant – ved utskriving. Boligsituasjonen blir her særlig trukket fram. Det blir understreket at Hamar ikke er dårligst blant kommunene i regionen Innlandet på dette området, de har en del boliger tilgjengelig i forhold til mindre kommuner, men det at bolig ofte ikke er på plass ved utskriving, forsinker prosessen med rehabilitering.

6.3 Kort oppsummering av kapitlet

Spesialisthelsetjenesten som inngår i det vi kan kalle rusarbeidet i Hamar, er DPS Hamar, med ruspoliklinikken, LAR-team og akutt ambulant team i Hamar, og sengeposten ved på Sanderud. Videre inngår sentralsykehusfunksjonene ved Sanderud, Sykehuset Innlandet, med avdeling for Rusrelatert psykiatri og avhengighet, som har avgiftning og utredning på Sanderud samt langtids behandlingsplasser andre steder i regionen.

Utfordringen er selvsagt den lange ventetiden inn i TSB. Også tilbudet når det gjelder korte innleggelser og akuttinnleggelser synes å by på utfordringer. Det er ingen særskilt akuttpost ved Rusavdelingen på Sanderud, og det er trangt om plassen ved sengepostene ved DPS Hamar, så pasientene ligger der kort tid og blir raskt skrevet ut.

Samarbeidet mellom aktørene vurderes som bra, det handler i det store å hele om enkeltsaker. Samtidig uttrykkes det en viss frustrasjon med samarbeidet med psykiatrien både når det gjelder tilgang på sengeplasser, og om pasienter med samtidige rus og psykiske lidelser. Forklaringen ligger nok til dels i psykiatriens manglende kunnskap om rusproblematikken - at rus er «stebarn i en tung psykiatri», som en sa det.

7 Tilbudet til rusavhengige i Hamar

I dette kapitlet skal vi forsøke å besvare de problemstillingene vi stilte innledningsvis. Framstillingen følger ikke slavisk rekkefølgen eller tematikken i problemstillingen.

7.1 Et helhetlig tilbud?

«Jeg må jo si at Hamar kommune tilsynelatende ser ut til å ha et godt og bredt tilbud, sammenlignet med andre kommuner. Utenfra sett et godt tilbud.» Sitatet er fra en informant knyttet til spesialisthelsetjenesten. Begrunnelsen er at Hamar har et bredt spekter av tiltak overfor ulike grupper, både til de som vil være rusfrie og for folk som er i aktiv rus. At de har tilbud i begge ender i skalaen, er det ikke så mange kommuner som har, i følge denne informanten.

Dette ser vi illustrert om vi plasserer de ulike tiltakene i Hamar inn i den firefeltstabellen vi kommentert innledningsvis, der vi delte tilbudet inn etter terskelhøyde.

	Henvisning	Ikke henvisning
Rusfri	TSB Sanderud: utredning og behandling DPS-sengepost og poliklinikk	Barmsenteret DPS – ambulansetjeneste Folkestadsgate Omsorgsplasser Psyisk helseteam
Ikke rusfri	Sanderud – avgiftningsenheten Lar-team	Værested Arbeideren Fastlegen Rus- psykisk oppfølgingsteam Nav Hjemmehjelpen Kommunale boliger

Vi ser at alle rutene er dekket opp, og spekteret er bredt. Psyisk helseteam er her plassert i en mellomposisjon siden det kan diskuteres om teamets arbeid reelt kan kalles lavterskel (se Rambøll 2011).

Det breie tilbudet understrekes også av at Hamar oppfattes som et attraktivt sted for rusmiddelavhengige. «Jeg anbefaler Hammar kommune», sa en bruker, men la til «ikke Hamar by som sådan»; det var helheten i tilbudet som kunne anbefales.

7.2 Individuell plan (IP)

Et viktig verktøy for arbeidet med brukere som trenger langvarig og koordinerte tjenester, er individuell plan (IP). Etter 1. januar 2004 ble individuell plan for rusmisbrukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester hjemlet i sosiallovgivningen. Vektleggingen av

individuell plan kan også ses i sammenheng med hovedmålet med Rusreformen som er å styrke behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere.

Det er kommunen ved Levekår og helse som har ansvar for de koordinerende tjenester, herunder IP, men det er Rusteamet i NAV som i all hovedsak er ansvarlig for IP for rusavhengige. I følge kommunen har man oversikt over 300 IP. I følge Kostra-tall hadde 8 prosent av sosialmottakerne i Hamar en IP, og dette lå over sammenlignbare kommuner (K-13 gruppen av kommunene, som hadde et snitt på 4,5 prosent). Dette utgjør snaut 40 av sosialhjelpsmottakerne. I følge Helsedirektoratet hadde 13,3 prosent av registrerte tjenestemottakere med rusmiddelproblemer i Hedmark fått utarbeidet individuell plan (Helsedirektoratet 2010), noe som utgjør et sted mellom 15-20 brukere i Hamar om vi tar utgangspunkt i Rusteamet i NAVs portefølje.

Vurderingen av arbeidet med IP i Hamar er varierende. En informant fra kommunen påpekte at de er avhengig av goodwill om de skulle få aktører til å bli koordinatorene for den enkelte brukere; som regel fikk «mekka det til», men informanten savnet flere grupper som lærere og pleie- og omsorgsansatte som koordinatorene. Og, som vi så ovenfor, så vurderer Rusteamet i NAV at de gjør en for dårlig jobb her. I spesialisthelsetjenesten blir det påpekt at man skal være en pådriver og bidragsyter for at en IP blir etablert, men at hovedansvaret for selv implementeringen av planen ligger i kommunen. Den fungerer bra når den finnes, men flertallet har ikke en slik plan, påpekte de på Sanderud. Også fastlegene spriker i sine vurderinger av IP. Mens en informant fra KST kommenterte at hun/han aldri hadde «sett en IP, tror ikke de bruker det i Hamar, har aldri hørt det nevnt».

Rusteamet i NAV har hovedansvar for at det etableres ansvarsgrupper for sine brukere. I det store og hele virker det som gruppene fungerer fint både for brukerne og de deltakende aktørene. Videre virker det som en får de relevante aktørene til å stille opp, herunder fastlegene.

Det er de med langvarige og sammensatte behov som skal ha en IP. Hvor mange dette er og om disse ønsker en slik plan, er usikkert. Vi har ingen rapporter på at Hamar her ligger langt etter etterspørselen, eller under andre kommuner, selv om fåtallet av de rusavhengige har en slik plan – vårt anslag over var på mellom 15 og 20 brukere. Problemet er dessuten å få en slik plan operativ, dvs. med relevant koordinator, der aktørene blir ansvarliggjort og som brukeren føler er et nyttig verktøy i sin behandling/rehabilitering. Det gjenstår følgelig en del i arbeidet med å implementere Individuell plan for rusavhengige i Hamar kommune.

7.3 Hamartiltakene

Værestedet Arbeideren ivaretar mange oppgaver som kommunen etter lov og forskrift har ansvar for. Værestedet gir et tilbud til brukere med størst funksjonsvansker sett på bakgrunn av mental helse og rusmiddelavhengighet. Stedet bidrar til å avverge uheldige situasjoner som kunne skjedd på gata og kan avverge akuttinnleggelsler. Det er et sted for sosialt samvær og bidrar til å styrke den enkeltes livskvalitet med helsetilbud, god ernæring og aktiviteter. Innledningsvis har vi omtalt dette som et skadereduserende tiltak, og som sådan en viktig tiltak i ruspolitikken.

Kirkens Sosialtjeneste er en aktør som har kompetanse og erfaring til å drive et sted som dette og som med sin diakonale bakgrunn utøver god omsorg for svake grupper i samfunnet. Stedet kan tjene som modell for løsning av tjenester til alvorlig rusmiddelavhengige som i stor grad faller utenfor arbeidstiltak i NAV og behandling i spesialisthelsetjenesten.

Et sted som tillater at brukere er i aktiv rusing, kan lett blir oppfattet kontroversielt i befolkningen og av andre parter i rusfeltet. Likeledes vil det være spørsmål om midler til et slikt lavterskeltilbud kunne vært brukt annerledes. Selv om salg av rusmidler ikke tolereres på Arbeideren, kan man ikke forhindre at det omsettes rusmidler i miljøet, selv om det skjer utenfor selve værestedet.

I diskusjonen om et slikt lavterskeltilbud må man sammenligne med en situasjon uten dette tilbudet, men med den samme brukergruppen. Vi holder det for sannsynlig at brukerne ville hatt dårligere levekår og livskvalitet, dårligere somatisk helse og dårligere tilgjengelighet til andre tjenester. Vi vil tro at det ville skjedd minst like mye rusing og omsetning av rusmidler, kanskje mer åpenlyst i Hamar. Et lavterskeltilbud fanger opp svake grupper og representerer lite krevende tilgjengelighet til tjenester som er tilpasset brukergruppen. Liknende tilbud som Fyrlyset¹³ i Egersund, gis også god vurdering (Lie og Holt Mathiesen 2012). Uten Arbeideren ville en fått synliggjort en svikt i helse- og omsorgstjenester til en svak brukergruppe. Utdeling av sprøyter kan oppfattes som upopulært og noe som bygger opp under rusmiddelmisbruk. Slike tiltak er imidlertid fullt lovlige og er anbefalt av helsemyndighetene. Gratis utdeling av rene sprøyter har foregått i en lang rekke år, bl.a. for å forebygge smitte, både hiv og hepatitt c. Et dilemma på Arbeideren er at LAR-pasienter får sprøyter og derved har et sidemisbruk som kan få konsekvenser for medisineren i LAR.

Barmsenteret har en annen målgruppe enn Arbeideren. Her stilles det krav til brukerne om å komme ut av sin rusmiddelmisbruk og å leve rusfritt. Stedet har en rekke tilbud som støtter opp under et rusfritt liv. Etter helse- og omsorgstjenesteloven skal tjenester til ulike grupper i kommunene, deriblant rusmiddelmisbrukere, omfatte sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Barmsenteret er et tilbud med sosial og psykososial habilitering og rehabilitering, spesielt rettet mot rusavhengige etter endt soning og etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Tilbudet skiller seg fra Rusteamet i NAV, ved at Barmsenteret har egne lokaler hvor brukere kan møtes for sosialt samvær og aktiviteter og samtale med ansatte. Tilbudet er på den måten en viktig del av kommunens ansvar for oppfølging av rusmiddelmisbrukere etter institusjonsopphold, og utfyller og supplerer andre tiltak så som tjenester fra Rusteamet i NAV. Forskning viser at aktiv oppfølging og værested for rusmisbrukere styrker virkningen av behandling og andre tiltak så som rehabilitering i LAR (Lie og Nesvåg 2006, Pedersen 2005). Barmsenteret inngår i en tiltakskjede fra spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen til det kommunale nivået og er et virkemiddel i rusmiddelavhengiges tilfriskningsprosess.

¹³ Fyrlyset er et lavterskel dagtilbud drevet av Frelsesarmeen.

Boligtiltaket Folkestadsgate, er et tiltak for personer som vil ut av rusmiddelavhengigheten. Boligene drives av Kirkens Sosialtjeneste med kommunal finansiering.

Både Barmsenteret og Folkestadsgate er tiltak med høy kompetanse blant ansatte og drives etter god faglig standard. Folkestadsgate ivaretar en del av kommunens forpliktelse til å skaffe boliger til rusmiddelavhengige i rehabilitering, og er således et viktig tiltak.

Samlet sett utgjør Hamartiltakene et tilbud på ulike nivåer fra lavterskel dagsenter, rusfritt senter for psykososial rehabilitering og rusfritt boligtiltak. Alle tiltakene representerer også tilbud for personer med samtidige rus og psykiske lidelser.

Etter vår vurdering gjør de ulike Hamartiltakene en god innsats under ulike forutsetninger. Arbeideren med sitt lavterskeltiltak gir et forsvarlig tilbud til brukere som lett faller utenfor vanlige tiltak, men unntak av LAR-pasienter. Tiltaket er et tilbud til mange av de svakeste i rusmiljøet. Barmsenteret representerer et viktig rehabiliteringstiltak, og det er vesentlig at tiltaket klarer å opprettholde en profil som rusfritt. Folkestadsgate kan sammenlignes med en bemannet omsorgsbolig for aktiv rehabilitering.

7.4 Bruk av omsorgsplasser og andre midlertidige tilbud

Bruken av omsorgsplasser for rusavhengige i påvente av behandling eller annet tilbud, er relativt omfattende i Hamar. De årlige kostnadene til dette er nesten dobbel så stor som kommunens tilskudd til Hamartiltakene. Det tilbudet kommunen har med Rus-psykisk oppfølgingsteam og være-/aktivitetssteder som Barmsenteret og Værestedet Arbeideren burde gjøre bruken av flere av disse plassene overflødig. Dette handler det imidlertid også om å ha egnede boliger for brukerne.

Kommunen yter på ulikt nivå hjemmebaserte tjenester til brukergruppen: Hjemmehjelpen under Pleie og omsorg yter nødvendig helsehjelp; Boligsosial avdeling i Levekår og helse har bo-oppfølgingstjenester for de som bor i kommunale boliger; og Rusteamet i NAV har miljøarbeidertjenester for deres brukere. Muligheten for å yte hjemmebasert omsorg for målgruppen er absolutt tilstede. I tillegg har DPS et akutt ambulanseteam. Igjen er det grunn til å påpeke at det samlede tilbudet burde innebære en reduksjon av bruken av omsorgsplasser, og således frigjøre midler for Hamar kommune.

7.5 Tilbudet til ulike målgrupper

Tilbudet til LAR-pasienter i Hamar virker tilfredsstillende. Det er et eget LAR-team ved DPS som samarbeider med fastlegene og Rus-psykisk oppfølgingsteam ved NAV Hamar. Det er et ønske om ytterligere vektlegging av rehabiliteringsdelen i LAR. Dette er et generelt problem, men Hamar synes å stå bedre rustet enn mange andre kommuner i så hensende. Kirkens Sosialtjeneste gjør her en innsats på vegne av kommunen. Ideelt sett burde LAR-pasienter holde seg borte fra Arbeideren som er et lavterskel værested der det er lov å komme ruset, noe som er lite gunstig for brukere i rehabilitering. Det er eksempler på at LAR-pasienter får utdelt sprøyter på Arbeideren, og derved sannsynligvis har et sidemisbruk. Det ville vært en

fordel, og i samsvar med LAR retningslinjer, at LAR-pasienter knyttet seg sterkere til Barmsenteret og i mindre grad brukte Arbeideren.

En av våre informanter mente at LAR-pasientene kunne deles i tre: En tredel nyttiggjør seg tilbudet bra, kommer i jobb, er rusfri, får rammer til livet og økonomien; en tredjedel klarer ikke å nyttiggjøre seg tiltaket, ruser seg, møter ikke opp til avtaler; og en tredel som får bukt med kriminalitet og får et sted å bo, har kontakt med hjelpeapparatet, men har noe sidemisbruk, har sprekker, men de har det bedre enn før behandlingen. Den sistnevnte gruppen kan ha nytte av tilbudet på Arbeideren, selv om de ideelt sett ikke burde vært der. For denne gruppen handler det kanskje mer om stabilisering (LAS) av situasjonen enn rehabilitering (LAR).

Hamar har tilsvarende utfordringer med ROP-pasienter som resten av norske kommuner – tilbudet er oppsplittet og brukere har lett for å bli kasteballer mellom ulike instanser. Man ønsker å samarbeide om enkeltbrukerne på kommunalt nivå, og man vil gjerne samarbeide tettere med psykiatrien i spesialisthelsetjenesten. Spørsmålet er imidlertid om mer og bedre samarbeid er godt nok, eller om man bør samorganisere arbeidet.

Tilbudet til unge med begynnende eller etablert rusmisbruk, framstår noe oppsplittet: det er mange team og aktører som skal forholde seg til hverandre og jobbe sammen (ungdomsteam, mobilt innsatsteam, SLT, Rus- psykisk oppfølgingsteam osv.). Samtidig ser vi at Rus-psykisk oppfølgingsteam vektlegger tidlig intervensjon overfor denne gruppen, og barnevernet åpner for å følge brukeren opp etter han/hun har fulgt 18 år. «Beredskapen» i den kritiske overgangsfasen fra brukeren er under 18 år og umyndig til han/hun er over 18 og myndig, synes følgelig til dels å være ivaretatt. Samtidig vil gruppen mellom 18-25 kunne representere en blindsoner i rusarbeidet. De er ikke en del av skolen og barnevernets oppfølging – om de ikke selv ønsker det – og om de sjøl ikke tar initiativ, vil de heller ikke bli fanget opp av Rus- psykisk oppfølgingsteam i NAV. Det bør være aktuelt å diskutere om man skal etablere spesifikke tiltak rettet inn mot denne gruppen slik at disse fanges opp og kan gis et tilbud. Det er allerede en del kommunale tiltak overfor gruppen i som kan være til inspirasjon (Rambøll/IRIS 2012).

7.6 Likeverdige helsetjenester

Vi har ingen informasjon at rusmiddelavhengige får dårligere helse- og omsorgstjenester enn resten av befolkningen i Hamar. Tilbakemeldingen fra legene og fra Pleie og omsorg, hjemmebaserte tjenester, gir ingen indikasjon på forskjellsbehandling. At det er en sykepleier til stedet på Værestedet Arbeideren styrker også helsetilbudet for den mest utsatte i brukergruppen. Denne siden ved Arbeideren, helsehjelp, sårpleie, ernæringsråd osv., kunne vært styrket ytterligere.

7.7 Kompetanse

Det er solid kompetanse blant ansatte i de kommunale rustjenestene som Rus-psykisk oppfølgingsteam og i Hamartiltakene, drevet at Kirkens Sosialtjeneste. Utdanningsbakgrunn

er på universitets- eller høghskolenivå, diakonal bakgrunn og mange med lang erfaring fra rusfeltet.

7.8 Brukermedvirkning og involvering av pårørende

I årsmeldingen fra Kirkens Sosialtjeneste (Kirkens Sosialtjeneste 2011), heter det at Hamartiltakene arbeider med brukermedvirkning på flere nivåer, og det nevnes system-, individ-, tjeneste- og samfunnsnivå.

Eksempel på medvirkning på systemnivå er at person med brukererfaring er medlem av driftsstyret for Hamartiltakene og Hamartiltakenes brukerråd. Det som kalles brukermedvirkning på tjenestenivå er samarbeid med RIO og ProLAR lokalt. Disse brukerorganisasjonene deltar på sentrale møter rundt driften av tiltakene, og organisasjonene er med i en ressursgruppe. Medvirkning på samfunnsnivå er også knyttet til RIO, som deltar i lokale og nasjonale utvalg og råd og som formidler erfaringer i media.

På individnivå skjer brukermedvirkning gjennom faste fellesmøter mellom brukere og ledere på de ulike tiltakene hvor man tar opp tema om aktiviteter og hvordan brukerne ser på organisering og håndheving av husregler. På Værestedet Arbeideren deltar flere brukere i driftsrelaterte aktiviteter som det å hente mat fra KIWI butikker, ta vaktmesteroppdrag o.l. På Barmsenteret har men er brukerstyrt bruktbuikk. Brukerne oppmuntres til i størst mulig grad å ha regien i sine ansvarsgrupper. Oppfølgingsavtaler, arbeidsavtaler og lignende settes opp samme med den enkelte.

Værestedet Arbeideren er lite involvert i utformingen av individuelle planer, men dette er først og fremst en oppgave for NAV Hamar og spesialisthelsetjenesten.

Ledere i KST ønsker seg i tillegg til den eksisterende brukermedvirkningen, mer aktive pårørendegrupper og mer organiserte opplegg for pårørende. Hamartiltakene har en god del kontakt med pårørende, men pårørende som part i utforming og drift av tiltakene er ikke utviklet. I boligtiltaket, Folkestadsgate, har beboere besøk av familie. Pårørende trekkes imidlertid ikke aktivt inn i driften. KST ønsker også å trekke brukere med aktiv inn som ressurs i tiltakene og å la brukere ta et større ansvar. Landsforeningen mot stoffmisbruk har vært aktive, men er nå fraværende i Hamar.

Rus-psykisk oppfølgingsteam har mye samarbeid med pårørende og har kontakt med bekymrede familier. I enkelte tilfeller får teamet fullmakt til samarbeid om brukere, og man ser på pårørende som en ressurs.

Det skjer samarbeid med brukere i forbindelse med individuelle planer og i ansvarsgrupper. Det kan være en utfordring om forhold til IP, fordi ikke alle som det er aktuelt for, er motivert på å delta i utforming av planene. Man kan imidlertid oppnå bedre medvirkning ved å forenkle planarbeidet, mener enkelte ansatte.

I forbindelse med gjennomføringen av intervjuer i dette prosjektet var det planlagt kontakt med brukerorganisasjoner. Av ulike grunner som sykdom mv. lot dette seg ikke gjennomføre. Dette sier også noe om organisasjonenes sårbarhet lokalt. Det er få personer til å drive det

lokale arbeidet, og det skal lite til før aktiviteten blir redusert. Her kan det være en ide å trekke inn ressurser fra organisasjonene nasjonalt, f. eks. RIO, hvis lokale lag er mindre virksomme.

Det er gjennomført brukerundersøkelser og andre undersøkelser ved tiltakene i KST. Det er f.eks. laget to oppgaver om Værestedet Arbeideren ved Høgskolen i Hedmark i 2008.¹⁴ Ved Boligtiltaket Folkestadsgate er det laget en mindre brukerundersøkelse om tilfredshet med tiltaket.¹⁵ Resultatene her viser at beboerne er alt i alt er godt fornøyd med tiltaket, men beboerne gir lav skår til betydning av husmøter, bidrag til bedre sosialt nettverk og kontakt med hjelpeapparatet. Det foreligger dessuten en rapport fra 2009 om brukererfaringer fra Hamartiltakene, NAV og andre tiltak (Bjørngen og Westerlund 2009).

Fylkesmannen i Hedmark har prosjekt om brukermedvirkning. Erfaringene er at Hamar kommune skiller seg ut i positiv forstand med brukermedvirkning både på systemnivå og individnivå. Dette er informasjon som inngår i de ansattes arbeidsinstrukser.

Generelt mener vi at brukermedvirkning er godt ivaretatt, men pårørendes medvirkning kan styrkes selv om de til en viss grad er inkludert. På dette området kan man for eksempel gjennomføre egne undersøkelser for å kartlegge pårørendes behov for informasjon og medvirkning, men også undersøke ansattes behov for kontakt og medvirkning fra pårørende. Når det gjelder arbeid med pårørende, må vi også ta i betraktning at enkelte ikke har ressurser eller overskudd til aktiv deltaking. Vi vet også fra ulike studier (f. eks. Vassenden m.fl. 2011, Lie og Holt Mathiesen 2012) at rusmiddelavhengige kan ha brutte relasjoner til nær familie og venner. Vi etterlyser imidlertid en mer aktiv tilrettelegging for kontakt med pårørende.

Det er gjennomført ulike kartlegginger spesielt av Hamartiltakene, og noen grad av andre tiltak, hvor brukernes syn på tjenestene kommer frem. I hvilken grad dette har ført til forbedringstiltak er uklart, men KST har med sin aktive brukermedvirkning gode muligheter for å gjennomføre forbedringer.

¹⁴ «Psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet, en prosjektrapport fra Værestedet Arbeideren» og «Størst av alt er kjærligheten. Et møte mellom mennesker», begge er prosjektoppgaver fra Høgskolen i Hedmark i 2008.

¹⁵ Brukerundersøkelse - Boligtiltaket Folkestadsgate 23, 2012. Ikke publisert.

8 Organisering, tiltakskjede og samarbeid

8.1 Er det en god organisering av tilbudet i Hamar?

Det er flere sider ved organiseringen av tilbudet til rusavhengige i Hamar som kunne vært kommentert nærmere. Her skal vi se på to forhold som peker seg ut: 1) organiseringen med et psykisk helseteam under enhet for Pleie og omsorg i kommunen og et Rus-psykisk oppfølgingsteam i den kommunale delen av NAV Hamar, og 2) «outsourcing» av kommunale tjenester til Kirkens Sosialtjeneste.

8.1.1 To team – et fagfelt?

I Hamar, som i omtrent halvparten av landets kommuner, er rustjenestene, med et eget Rus-psykisk oppfølgingsteam, lokalisert til NAV. Samtidig har kommunen et eget Psykisk helseteam under Pleie og omsorg i kommunen. Som nevnt løper psykiske lidelser og ruslidelser i mange tilfeller sammen. Spørsmålet da er om dette er en egnet måte å organisere rusarbeidet på.

Det kommer ikke fram noen entydige stemmer i Rus-psykisk oppfølgingsteam i NAV Hamar som tar til ordet for endring av dagens organisering. Ovenfor så vi at med dagens organisering var en nærmere «fruktfatet» av statlige tjenester og fikk rusfeltet inn i et tung statlig organ. En informant hevdet at dette var en god organisering; brukerne var i «alles bed» og det var derfor greit at de var i NAV. Informanten uttalte videre at alt dreier seg om samarbeid og at samarbeidet på tvers nå var litt for tilfeldig. Informanten mente og at når det gjaldt grensetilfellene, så var «alle like gode til å prøve å definere bort brukere mellom psykisk helseteam og oss; er det mye rus vil ikke de ha det, er det mye psykiske plager, vil vi ha hjelp av dem». Et problem med dagens organisering er at man i rusteamet blir fanget inn av de tunge statlige oppgavene i NAV, noe som gjør det sosialfaglige skadelidende, samtidig som det kan skape skott mot andre aktører, som f.eks. Psykisk helseteam.

Informantene fra kommunen spriker noe i sin vurdering på dette spørsmålet. En mente at hvordan man hadde organisert arbeidet tidligere hadde vært en «saus», og at det å overføre rusoppgaver til NAV, samtidig som man bygde opp miljøarbeidertjenester og den psykiske kompetanse i Rus-psykisk helseteam, var «en vellykka oppdeling». Mens en annen påpekte at det ikke var noe holdbart argument at rusmiddelavhengige var avhengig av tjenestene til NAV for å overføre rusarbeidet til NAV, dette gjaldt jo alle vanskeligstilte. Informanten påpekte videre at det kunne være viktig å samordne tjenestene mellom psykisk helse og rus, men var «usikker på om man skal jobbe med å tette hullene, eller rykke opp hele fagmiljøet», det siste med henvisning til om Rusteamet skulle inkluderes i den kommunale forvaltningen, f.eks. under Pleie og omsorg.

En informant fra spesialisthelsetjenesten støttet en slik omorganisering: «Ser poenget med nærhet til NAV-saker, men oppveier ikke ulempen med skille mellom rus og psyk helse, unødig skille». Denne informanten mente at på lokalt nivå måtte en kunne samordne tjenester; det var eventuelt på toppen i systemet at det krevdes spesialisering: «Ikke så god kompetanse i kommunen at de kan utrede om det er psykisk helse eller rus, har ikke

kompetanse til å skille ut». Denne informanten hevdet videre at det ikke var noen klare tegn på at man samarbeidet om ROP-pasientene, og at det var psykisk helseteam som avgrenset seg mest: «Psykisk helseteams plattform er at de prøver å unngå å få flere arbeidsoppgaver. Nav-folka har nok en ledelse prega av nysgjerrighet, mens psykisk helse er mer satt.» Informanten påpekte videre at det samme skillet mellom ruslidelser og psykisk lidelser også var til stede ved DPS-Hamar, og at man også her burde samorganisere tjenestene. I følge denne informanten medførte denne todelingen av tjenestene på alle nivåene «at folk blir kasteballer».

Disse eksemplene illustrerer de varierende vurderingene i vårt materiale; informantene gir altså ingen entydige svar om hvilken organisering som er best. Det er nok til dels slik at de som vil beholde dagens organisering, har mer pragmatiske argumenter som at det er slik i dag og at Rusteamet nå er nærmere støtteordningen i NAV. Disse peker på at bedre samarbeid kan oppveie oppsplittingen mellom psykisk helse og rus. De som vil endre dagens organisering trekker i større grad fram helse- og sosialfaglige argumenter som at dette er tilgrensende, ja i en del tilfeller overlappende, fagfelt, der man må jobbe samlet og samtidig om brukeren.

Samtidig gir jo dagens lokalisering nærhet til ikke bare støtteordninger i NAV, men også arbeids- og velferdsforvaltningens arbeidsrettede tiltak. Samarbeidet mellom arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) og helse og omsorgssektoren (kommune) er ikke godt nok i dag, og en viktig side ved samhandlingsreformen er å styrke dette samarbeidet, heter det i den siste rusmeldingen (Meld. St 30 (2001-2012)). Det at det kommunale rusarbeidet er lokalisert til NAV kommune kan følgelig være et bidrag til å bygge bro mellom disse to tjenestene for rusavhengige. Informantene fra Rusteamet gir uttrykk for at lokaliseringen i NAV har bidratt til en økt nærhet til de statlige arbeidsrettede tiltakene. På den andre siden ser det ut til at den sosialfaglige delen av arbeidet i teamet har blitt noe skadelidende. Spørsmålet er da kanskje hvor mange av Rusteamets brukere som nyttiggjør seg arbeids og velferdsforvaltningens arbeidsrettede tiltak, sett i forhold til hvor mange som har samtidige psykiske lidelser. I følge informasjon fra Rusteamet var det snaut 1/5 av deres brukere som var på NAV tiltak, mens andelen med samtidige rus- og psykiske lidelser er klart høyere – et sted mellom 30-50 prosent i følge flere undersøkelser.

8.1.2 Involvering av en ideell aktør

Hamarmodellen der Kirkens Sosialtjeneste driver Hamartiltakene på vegne av kommunen, kan problematiseres. Burde kommunen selv drevet disse tilbudene eller burde man omprioritert midlene? Snaut 2/3 av midlene fra kommunen til KST går til Folkestadsgate. Det er viktig å poengtere at Folkestadsgate kan sidestilles med en lovpålagt oppgave. Folkestadsgate er et bemannet boligtiltak for de som vil leve rusfritt og representerer et viktig tiltak i rehabilitering av rusmiddelavhengige. Det er ingenting som tyder på at KST driver dette boligtiltaket dårligere enn andre aktører ville ha gjort, herunder kommunen – i det store og hele gis det en god vurdering.

Om kommunen skulle overtatt de to andre tiltakene, Værestedet Arbeideren og Barmsenteret, ville det medført økte kostnader. Disse tiltakene utløser ressurser både i form av frivillige og

av inntekter fra andre steder, herunder gaver, som kommunen i mindre grad ville ha kunnet utløse. Kommunens tilskudd utgjør omkring 40 prosent av Hamartiltakene/ KSTs inntekter.

En mulighet er imidlertid å omprioritere de midlene som går til Arbeideren og Barm som utgjør et sted mellom en og halvannen million kroner, til f.eks. to til tre nye stillinger i Ruspsykisk oppfølgingsteam i NAV. Dette vil, såfremt ikke KST drev disse tiltakene videre for egne/andre midler, medføre at flere lovpålagte tjenester overfor de sykeste brukerne med størst funksjonsvansker ville svekkes.¹⁶ Tilbudet om ettervern for de som løslates fra fengsel eller kommer ut fra en behandlingsinstitusjon, ville også bli dårligere. Det er også verdt å nevne at deler av de problemene som man så ved Arbeideren i stor grad synes å være et tilbaketrukket stadium (mer om nytten av Hamartiltakene nedenfor).

Å involvere en ideell aktør i rusarbeidet i kommunen medfører utfordringer både mht. arbeidsmåter og -form. Samarbeid mellom det offentlige, som må følge et klart regelverk, og sivile aktører, som ønsker en ubyråkratisk og fleksibel tilnærming, kan by på problemer. KSTs og Hamartiltakenes rolle som supplement til kommunens tilbud, og som komplementære i den forstand at de fyller ut hull der kommunen ikke har tilbud, er på den andre siden av stor betydning (se Bergsgard m.fl. 2010). Og, om man overvinner eventuelle samarbeidsproblemer, tyder mye på at man kan hente ut store fordeler, jamfør for eksempel Stifinner'n, som er et samarbeidstiltak mellom Tyrilistiftelsen og Oslo fengsel (Bergsgard og Danielsen, 2012). Slik vi ser det bør en følgelig ikke endre dagens organisering. Det er videre en avveining mellom de krav som kommunen kan stille overfor KST, og den frihet en ideell aktør som KST må ha for å kunne utvikle og prøve ut nye modeller for lokalt rusarbeid.

8.2 Danner tilbudet til rusavhengige i Hamar en sammenhengende kjede?

En av våre informanter tilknyttet spesialisthelsetjenesten uttalte: «Med et utenfra blick ser det ut til at Hamar har en kjede av tiltak som bør være bra i stand til å legge til rette i forkant og særlig etter de kommer ut (fra institusjon)». En annen informant fra spesialisthelsetjenesten var mer kritisk: «Savner et systemansvar for helheten, savner det i kommunen, savner det i DPS. Om folk blir borte, blir det ikke gjort noe. Må organisere seg internt slik at en tar ansvar for kontinuitet».

Det generelle inntrykket fra våre informanter heller nok mer i retning det første sitatet – at kjedingen er rimelig god, eller i hvert fall at de ulike leddene er på plass, så muligheten for en sammenhengende kjede til stede. Men det er en del sviktende ledd i kjeden. Før vi går nærmere inn på disse, la oss først prøve å danne oss en oversikt over aktørene i tiltakskjeden i Hamar. I tabellen nedenfor har vi spesifisert leddene i tiltakskjeden, og så koblet disse til de sentrale aktørene i rusarbeidet for å – relativt grovmasket – illustrere hvilke ledd de ulike aktørene jobber med.

¹⁶ Det kommunale tilskuddet utgjør omkring 1/3 av Arbeiderens driftsbudsjett og 1/8 av Barms.

I rapporten Sivilt rusarbeid – mellom statlig styring og økende mangfold ble det som ble kalt en prinsippskisse for kjedingen i rusfeltet presentert (Bergsgard m.fl. 2010:27). I tabellen på neste side har vi også vektlagt venstresiden i kjeden, altså det som skjer i forkant av innleggelse, herunder internering og motivering overfor brukerne, i tillegg til å inkludere et nytt ledd, nemlig den omsorgen og oppfølgingen som ofte er nødvendig i ventefasen før behandling.

Tabell: Ledd i tiltakskjeden og aktører i rusarbeidet i Hamar (Hamartiltakene, NAV, Kommunen, Fastlege, TSB, Omsorgsplasser)

Tiltakskjeden	Intervensjon /motivering	Omsorg	Avrusing/ utredning/ TSB	Stabilisering/ (re)habilitering/	Omsorg/sosial integrering/ ettervern
Værested Arbeideren					
Barmsenteret					
Boligtiltaket Folkestadgate					
Rus-psykisk oppfølgingsteam – NAV Hamar					
Boligsosial avdeling - Levekår og helse					
Psyk team -Pleie og omsorg					
Hjemmehjelpstjenester -Pleie og omsorg					
SLT, barnevern, mobilt innsatsteam (nytt) - Barn og familie					
Fastlege (Levekår og helse)					
Omsorgsplasser i TSB eller andre institusjoner uten avtale med Helse Sør-Øst					
Dps Hamar – Mobilt kriseteam					
Dps - Rus poliklinikk: Utredning/henvsning, LAR team					
Dps – sengepost, Sanderud					
Sentralsykehusfunksjoner ved Sanderud Rusavdeling: avrusing, utredning og behandling					
TSB-institusjoner					

Kjeden før behandling

Når rusavhengige ønsker å gjøre noe med avhengigheten, ønsker behandling, bør det være en rask vei inn til relevante tilbud. Dette er en gjengs oppfatning, enten det gjelder brukere hvor hjelpeapparatet har intervenert ut fra bekymringsmeldinger, eller brukere som etter lengre tids rusmisbruk ønsker endring. Tidsvinduet hvor brukeren er motivert, er kun åpent en viss tid. Men det er knapphet på sengeplasser, både korttids- og langtidsplasser. Ved langtidsplasser er ventetiden omkring ett år. Videre er det et press fra Helseforetakene om mer korttidsbehandling for rusavhengige i TSB. «Før kunne pasienten være der i lengre tid og komme seg gjennom en ambivalent fase. Nå er det mange returer og mange gjenhenvisninger», hevdet en informant fra spesialisthelsetjenesten. Dette er en situasjon som er gjengs for hele Norge, og rammer følgelig også Hamar. Så hvordan takler Hamar denne utfordringen?

Kjøp av omsorgsplasser er én løsning. I Årsmeldingen for 2011 fra Hamar kommune heter det at kommunen har «store utfordringer på kjøp av institusjonsplasser for rusmisbrukere som følge av at Hamar kommune ikke har egnede boliger å tilby. Det har resultert i at man har betydelig overforbruk på denne budsjettposten» (Hamar kommune 2012: 56). En har dårlig kapasitet når det gjelder korttidsboliger i en overgangsfase før innleggelse i behandlingsinstitusjon og overgangsboliger etter behandling, før man finner seg noe permanent. Som vi så hadde NAVs oppfølgingsteam tre-fjerdedeler ut i 2012 26 brukere på omsorgsplasser. Den årlige kostnaden for kommunen på kjøp av omsorgsplasser er omkring 5 million kr, i følge NAV. Kildevangen og Evangeliesentrene blir nevnt som institusjoner der en kjøper omsorgsplasser.

En annen mulighet for å styrke kjeden er en tettere oppfølging mens en venter på behandlingsplass. I følge en informant fra DPS synes det å ha skjedd forbedringer her, Ruspoliklinisk avdeling på DPS har kortet ned ventelister, særlig for de under 25 og for de som har omsorg for små barn. Informanten hevdet videre at Rusteamet i NAV var veldig engasjert og at de fikk til mye innenfor ressursene, blant annet hadde de personell på kveldsvakt. Videre kan man aktivt bruke tilbudene til KST, Barmsenteret for de som er rusfrie og Arbeideren for de som fortsatt ruser seg, for å holde motivasjonen oppe. Det er likevel slik at man mister noen brukere i ventetiden før behandling.

Fra Rus-psykisk oppfølgingsteam sin side føler man at oppgavene vokser: «Får flere brukere inn enn de vi loser ut». Og utfordringen med få plasser og lang ventetid i TSB speiles tilbake til teamets innsats. Problemet er videre at også ved korttidsplasser i DPSen eller ved Sanderud så blir oppholdet kort, for kort, og det synes særlig å gjelde ROP-pasientene. Et poeng her er at det ikke finnes noen reell akuttavdeling for rusavhengige i området; Sanderud (SI) driver med avgiftning og utredning, men dette er mest planlagte innleggelser. Noen av sengepostene ved DPS kan bli brukt akutt, f.eks. ved henvendelser fra DPS ambulante team, men her er det press på plassene og rask utskriving. Løsningen kan være å bruke tvangsparafer, selv om dette ikke er ønskelig.

Kjeden etter behandling

En informant fra KST påpekte at det å være i behandling ofte er «som å leve i en boble i ett år» med tett oppfølging og høyt aktivitetsnivå, mens livet før og ikke minst etter er helt annerledes. For en bruker som har vært i behandling i ett år og så blitt plassert i en leilighet i Hamar, så er det urealistisk at han/hun kan få drevet med de aktivitetene en har lyst til å drive med, i følge denne informant: «Det er ikke noe som heter ettervern...».

Mens fra tjenesteapparatets side kan tiden i behandling sin institusjon framstå som en «sovepute». En fra spesialisthelsetjenesten hevdet at «det er som at utskrivingsdato ikke er kommet fram til de som har ansvar for behandling. DPS og Sanderud er ikke opptatt av det, når det gjelder rusinstitusjonene er det mer varierende.» Og i Hamar har NAV «bodd seg bort» i den forstand at det er vanskelig å få midlertidige boliger. Det er for mye «evighetsboliger», og ingen hjelp til de som trenger bolig i en overgangsfase, i følge denne informanten.

En informant fra KST uttalte: «Det er jo en tilbakeføringsgaranti i fengsel, men det skjer jo ikke. Og det skjer jo det samme etter opphold i institusjon, det er svikt i dialogen». Denne informanten hevdet at samarbeidsavtale om bolig bare var på papiret og at etter opphold i institusjon så stod brukeren ofte der med «plastikkposen i hånden», og da ble det Arbeideren som ble værestedet, sjøl om ideelt så burde det vært andre og rusfrie tilbud til denne gruppen. Informanten etterspurte bedre koordinering og kommunikasjon mens brukeren var under soning; slik som det var nå, var det for mye tilfeldigheter, sykdom blant ansatte som skapte huller, sviktende kommunikasjon – det er overgangene som «er mest sårbare». Informanten påpekte videre at man måtte få avklart roller og at systemet gjorde at det var vanskelig å få tak i folk i NAV.

Fra NAVs side blir det påpekt at samarbeidet med TSB i mange tilfeller er for dårlig; brukerne blir skrevet ut før tiden, og det er vanskelig å ha et tilbud klart. Man samarbeider bra med Hamartiltakene, og da særlig Barmsenteret og Folkestadsgate. Man samarbeider også med Værested Arbeideren, men dette gjelder jo om de brukerne som vil leve med rusen på en akseptabel måte. For de som søker ettervern og rehabilitering er ikke Arbeideren stedet. Likevel er det slik at mange f.eks. under LAR er på Arbeideren; de har et sidemisbruk og døren inn til Barm er således stengt. Informanten fra NAV uttrykte en viss frustrasjon over dette, ikke over Arbeideren som sådan, men at LAR-pasienter brukte tilbudet. Det var så mange tilbud til denne gruppen, men det var så få som nyttiggjorde seg det, i følge informanten.

En fra KST mente at på kommunalt nivå hang ting godt sammen – «ikke gærnt det tilbudet som er utviklet på Hamar», som han/hun sa det – men det er mellom 1. og 2. linjen, inn og ut av behandling, som var problemet. Man var verken i forkant når det gjelder bolig eller hva brukeren skulle fylle dagene med, enten brukeren kom fra fengsel eller institusjon.

Flere trekker fram boligsituasjonen i Hamar som den største utfordringen i det kommunale rusarbeidet. Og her synes Hamar minst like dårlig stilt som andre liknende

kommuner i Norge – i hvert fall ikke bedre. En informant trakk fram at man måtte ha et nivåbasert tilbud når det gjaldt bolig, der en skilte mellom de som ruser seg og de som ikke vil ruse seg. Videre trakk han fram at det å ha tomme leiligheter stående som viktig, og henviste her til samhandlingsreformen. Andre påpekte at når en kom inn i behandling så ville en miste den kommunale boligen, men så, om en avbrøt behandlingen, noe relativt mange gjør¹⁷, så stod en der uten bolig. Som vi har sett er det fra kommunalt hold vanskelig å legitimere å ha leiligheter stående tomme med tanke på ikke planlagte utskrivninger sett i lys av dagens press på kommunale boliger.

Overgangen mellom ulike tilbud er den kritiske fasen i følge mange av våre informanter; «faren for avsporing er i overgangene», som en uttrykte det. Og for å bøte på det trengs det samarbeid og koordinering. Så hvordan er samarbeidet?

8.3 Samarbeid og eventuelle samarbeidsproblemer

Ovenfor har vi sett på at både organiseringen av tjenestene og kjedingen av tjenestene i Hamar byr på utfordringer. Mange av disse kan imidlertid overkommes ved godt samarbeid. Og det generelle inntrykket, om vi ser alle intervjuene samlet, er at samarbeidet i Hamar vurderes som bra. Men det er utfordringer. Noen av disse kan knyttes til ulike fagtradisjoner mellom rus og psykisk helse, mellom aktivitetsretta og omsorgsretta arbeid, mellom det sosialfaglige og spesialisthelsetjenesten, og mellom det offentlige og private, ideelle aktører.

Det er også slik at samarbeidet – eller mangel på samarbeid – i stor grad er personavhengig, med de utfordringer det gir. Dette gjelder både når man samarbeidet om enkeltbrukere, der man er veldig sårbare for utskiftninger av personell, men også på systemnivå, der man har etablert flere faste møteplasser, men mye likevel handler om personkjemi. Huller i samarbeidet på individnivå kan dekkes ved å ha bedre systemer ved utskifting av personell, sykdom blant ansatte e.l. Sviktende samarbeid på systemnivå som skyldes manglende personkjemi mellom nøkkelpersoner, kan til dels også korrigeres ved å formalisere samarbeidet (Haugtomt 2012)

I Rambølls (2011) analyse av samarbeid i Hamar knyttet til psykisk helsearbeid, tas det da også til ordet for flere og mer formaliserte møteplasser. Vår vurdering er at det i dag ikke er mangel på formelle møteplasser i rusarbeidet i Hamar, men mer et spørsmål om hvor godt disse fungerer.

Ny-institusjonell organisasjonsteori problematiserer muligheten for å få til enhetlige tjenester både på tvers og vertikalt i tjenesteapparatet (Scott 1994, Meyer og Rowan 1991, Røvik 1998). De ulike rammebetingelsene organisasjonene må forholde seg til,

¹⁷ Tall fra Tyrilistiftelsen viser at omkring 30 prosent av deres pasienter hadde avbrutte behandlingsforløp i perioden 2009-2011, jfr. epost fra Thor Johansen ved Tyrili FoU (10/10/2012)

og de forskjellige normene og ulike kulturene internt i organisasjonene, bidrar til dette. Mellom rustjenestene og psykisk helsetjenester vil f.eks. de ulike omgivelsene skape ulik forståelse: Psykisk helsevern tilhører spesialisthelsetjenesten, mens rustjenestene har sitt utspring i omsorgssektoren og sosialt arbeid, og føler seg underlegne psykiatrien. Dette påvirker igjen normene og kulturen internt i de ulike organisasjonene, og de «behandlingsmodellene» de opererer ut fra (Scott 1994, Haugtomt 2012). Den omtalte kasteballsproblematikken for ROP-brukerne kan forstås ut fra et slikt perspektiv.

Vi har videre sett at Rus- psykisk oppfølgingsteam i NAV opplever seg som siste instans i rusarbeidet, de som ikke kan si nei til brukerne. Betegnelsen «svarteperspill» blir her trukket inn når spørsmålet om brukeren trenger TSB-plass betalt av staten eller omsorgsplass betalt av kommunen, kommer opp. Ulike finansieringskilder kan her skape grobunn for dårlig samarbeid. Vi har imidlertid ikke noe grunnlag for å si at dette er særskilt utbredt i Hamar.

Man kan også tenke seg at bakkebyråkratene, særlig konsulentene og miljøarbeiderne i rusteamet og miljøarbeiderne ved Barmsenteret, Arbeideren og i Folkestadgate, i liten grad forholder seg til de overordnede målene for ruspolitikken. Riktignok er innholdet den Ruspolitiske handlingsplanen i liten grad kjent, men det er også slik at målene for rusarbeidet er rimelig ens lokalt og sentralt i Hamar. Vi har i liten grad funnet tendenser til skinntilpasning til eller dekopling fra sentrale føringer blant dem som jobber direkte med brukerne (Meyer og Rowan 1991, Røvik 1998).

9 Sammenfatning, utfordringer og konklusjon

9.1 Kort sammenfatning

I den Ruspolitiske handlingsplanen ble boligtiltak, samarbeidet mellom rus og psykiske helsetjenester, samarbeid med sivile aktører, herunder videreføring av driftsavtalen med KST, brukerperspektivet, og kompetanseheving og tverrfaglig samarbeid framhevet.

- Når det gjelder det første punktet, boligtiltak, så vi at Hamar kommune bruker en god del midler på bosetting av vanskeligstilte, herunder rusavhengige. Videre har man samlet kreftene i en Boligsosial avdeling som både skal jobbe med tildeling av bolig og bo-oppfølging. Man har også på trappene et særskilt boligtiltak med bemanning for de tyngre RoP-pasientene, og man støtter KSTs boligtilbud i Folkestadgate for personer som vil leve rusfritt. Man har også to akutthybler til disposisjon for målgruppen på Arbeideren. Videre ønsker man så langt forholdene ligger til rette for det, å bosette de rusavhengige spredt, noe som antagelig er bra for den rusavhengiges integrasjon og rehabilitering, men mer ressurskrevende for kommunen – i hvert fall på kort sikt (Vassenden, Lie og Skoland 2012).

Selv om Hamar kommune har gjennomført tiltak på boligsiden, er det likevel dette området flertallet av våre informanter trekker fram som den største utfordringen. Det er et vedvarende press på kommunale boliger, kanskje særlig midlertidige boliger og overgangsboliger, f.eks. når brukeren kommer fra institusjon/fengsel og trenger en bolig over en viss periode (opp til tre år) før en klarer å finne seg noe permanent.

- Samarbeidet mellom rus og psykiske helsetjenester i kommunen synes å ha bedret seg noe. Man har en psykisk sykepleier i Rusteamet, samtidig som Rusteamet og Psykisk helseteam har begynt å jobbe sammen om de tyngste RoP-brukerne. Det synes likevel fortsatt å være et stykke å gå før brukere med samtidige rus og psykiske lidelser får enhetlige tjenester. Den gjensidige kompetansen om de ulike fagområdene, er begrensa, og det skjer fortsatt at brukere blir kasteballer mellom fagområdene. Dette ser også ut til å gjelde på spesialisthelsetjenestenivå der man både ved DPS og ved sentralsykehusfunksjonene ved Sanderud har organisert rus- og psykisk helsetjenestene i separate enheter.
- Hamarmodellen der kommunen har en treårig driftsavtale med Kirkens Sosialtjeneste (sist fornyet i 2011) om Hamartiltakene, er videreført. Støtten har fulgt prisstigningen de siste årene. Evalueringen gir ikke noen holdepunkter for at det bør gjøres større endringer i denne modellen. Fra enkelte brukere er det uttrykt behov for at reglene på Barmsenteret om rusfrihet blir strengt praktisert. Enkelte har også uttrykt tvil om brukere både bør gå på Arbeideren, som ikke har krav til rusfrihet og på Barm. Man er litt engstelig for at «dobbel

medlemskap» kan svekke profilen på Barmsenteret. Hamartiltakene gis en varierende, men i all hovedsak rimelig positiv vurdering av våre informanter. Vår vurdering er da også at denne modellen bør videreføres.

I Rusmiddelpolitisk handlingsplan ble det etterspurt en ytterligere styrking av lavterskel botilbud under Hamarmodellen. De to lavterskelhyblene ved Arbeideren er delvis et svar på denne etterspørselen. Vi kan imidlertid ikke se at det her har skjedd en styrking av Hamarmodellen som har gjort det mulig for Kirkens Sosialtjeneste å utvikle et slikt lavterskel botilbud ytterligere. Hamar kommune har heller ikke involvert andre frivillige eller ideelle aktører i arbeidet overfor rusavhengige, så langt vi kjenner til.

- Vår gjennomgang i denne rapporten har vist at de to siste punktene, kompetanse og brukerperspektivet, synes rimelig godt dekket i Hamar. Kompetansen blant de som jobber med rusarbeid i Hamar er god, og det jobbes tverrfaglig, blant annet i Rusteamet, det akutte ambulante teamet ved DPS og ved Hamartiltakene. Generelt mener vi at brukervedvirkning er godt ivaretatt i Hamar, både på system- og individnivå, mens pårørendes medvirkning kan styrkes selv om de til en viss grad er inkludert.

9.2 Konklusjon

Tilbudet til de rusavhengige i Hamar er bra, kan stå som en oppsummering av vår gjennomgang. Ja, nesten for bra, det trekker til seg brukere fra omlandet. Vår hovedkonklusjon er følgelig at Hamar er godt forspent når det gjelder tiltak overfor rusavhengige. Man har et bredt spekter som dekker ulike behov. Og i det store og hele så oppleves tilbudet som helhetlig. Men det finnes også noen huller og utfordringer.

9.3 Utfordringer og tilrådinger

Nedenfor presenteres hva vi mener er utfordringene i rusarbeidet i Hamar og våre tilrådinger i prioritert rekkefølge:

Boligtilbudet til vanskeligstilte er den største utfordringen. Her har man tatt grep ved å samordne innsatsen i en Boligsosial avdeling, samt at man har planlagt å bygge åtte boliger for tyngre rusavhengige med bemanning. Det er viktig at disse boligene bygges. Støtten til Folkestadsgate, som er rusfritt bemannet tidsavgrenset boalternativ, bør også videreføres. Hamar kommune ønsker å bosette rusavhengige mest mulig spredt for å unngå gettostilstander. Dette er bra med hensyn til rehabilitering og sannsynligvis også i forhold til sosial integrering. Det vil imidlertid kunne kreve mer ressurser av hjelpeapparatet, noe kommunen må sikre seg er tilgjengelig (bo-oppfølging, hjemmehjelp, miljøarbeid o.l.)

Man har i dag organisert det kommunale rusarbeidet under den kommunale delen av NAV (Rus-psykisk oppfølgingsteam), mens det psykiske helsearbeidet er under Pleie- og omsorgsenheten i kommunen. Dette byr på utfordringen siden de i praksis vil ha en del felles brukere. I vårt materiale gis det ingen entydige signaler om den ene eller den

andre formen for organisering er å foretrekke. Det er praktiske grunner for dagens organisering. Samtidig er det overlappende fagfelter. Lovendringen, der kommunen fått det overordnede ansvaret for helse- og omsorgstjenestene for rusmiddelavhengige, kan trekke i retning av en samorganisering av tjenestene. Det samme gjør den overordnede vektleggingen av helhetlige tjenester i den siste rusmeldingen (Meld. St 30 (2001-2012)). Samtidig understrekes det i meldingen at i et helhetlig tilbud, så inngår også de arbeids- og aktivitetsrettede tiltakene ved NAV. Vi har ikke grunnlag for å konkludere med at Hamar kommune bør endre dagens organisering. Vi mener imidlertid at kommunen bør utrede nærmere hvor mange av brukerne i Rus-psykisk oppfølgingsteam som har behov for psykisk helsetjenester og hvor mange som nyttiggjør seg NAVs arbeidsrettede tiltak. Videre bør man se på hvor utfordringene og gevinstene er størst ved samorganisering.

Kommunen bør vurdere alternativer til kjøp av omsorgsplasser for rusavhengige. Et aktivt Rus-psykisk oppfølgingsteam, hjemmebaserte tjenester, dagsentra/væresteder som Barmsenteret og Arbeideren bør kunne danne rammen rundt den rusmiddelavhengige i en ventetid før innleggelse og etter utskrivning – i ettervern. Dette forutsetter imidlertid egnede boliger. Mindre bruk av omsorgsplasser vil kunne fristille ressurser som kan brukes på kjøp/leie av egnede boliger, oppfølging i bolig eller til andre rehabiliteringstiltak.

Unge mellom 18-25 år kan lett bli en blindsoner i rusarbeidet i kommunen, som ikke fanges opp av noen av aktørene i hjelpeapparatet. Kommunen bør vurdere å etablere tiltak som særskilt rettet mot denne gruppen. Flere kommuner har slike tiltak som det kan hentes inspirasjon fra (Rambøll/IRIS 2012).

Kirkens Sosialtjeneste driver Hamartiltakene i stor grad på vegne av kommunen, men har også økonomisk støtte fra Justisdepartementet (Barmsenteret), fra Helsedirektoratet og andre. Boligtiltaket Folkestadgate er helfinansiert av kommunen og er et rusfritt boligtiltak i rehabiliteringen av rusmiddelavhengige. KST utfører her en lovpålagt oppgave for kommunen. Barmsenteret er et dagsenter og sosialt værested for rusmiddelavhengige som vil leve rusfritt. Senteret inngår på den måten i en aktiv rehabilitering av rusmiddelavhengige og utfører et arbeid som kommunen ellers ville hatt ansvar for. Senteret med sin diakonale faglige bakgrunn, synes å ha gode forutsetninger for å drive et slikt tilbud. Enkelte brukere har påpekt at det er meget viktig at senteret holder på sin profil om rusfrihet, og at dette til tider kan være en utfordring.

Arbeideren som institusjon ivaretar mange oppgaver som kommunen etter lov og forskrift har ansvar for. Værestedet gir et tilbud til brukere med størst funksjonsvansker. Stedet bidrar til å avverge uheldige situasjoner som kunne skjedd på gata og kan avverge akuttinnleggelser. Det er et sted for sosialt samvær og bidrar til å styrke den enkeltes livskvalitet med helsetilbud, god ernæring og aktiviteter.

Om kommunen skulle overtatt tjenestene som Arbeideren og Barmsenteret representerer, ville det medført økte kostnader. Disse tiltakene utløser ressurser både i

form av frivillige som utgjør flere årsverk og av inntekter fra andre steder, herunder gaver, som kommunen i mindre grad ville ha kunnet utløse selv.

Vi mener at kommunens støtte til Hamartiltakene er vel anvendte midler, og bidrar til å gi den positive vurderingen av rusarbeidet i Hamar som synes å være en gjennomgangsmelodi i evalueringen.

10 Referanser

- Aakerholt, A., Bayer, S. B., Enoksen, E., Lie, T. og Nesvåg S. (2011). *Grunnlagsdokument for Stortingsmelding om den nasjonale rusmiddelpolitikken*. KORFOR, Helse Vest.
- Bergsgard, N.A, S. Fjær, S.I. Nødland og B. Ravneberg (2010). *Sivilt rusarbeid – mellom statlig styring og økende mangfold*. Stavanger: Rapport IRIS – 2010/063
- Bergsgard, N.A. og T. Danielsen (2012): *Når veien er målet. En evaluering av Stifinner'n*. Stavanger: Rapport IRIS 2012/062
- Hamar kommune (2008): *Rusmiddelpolitisk handlingsplan for Hamar kommune 2009 – 2012*. Hamar kommune, Komité for velferd
- Hamar kommune (2010). *Boligplan. Egen bolig i egnet miljø. Mål og tiltak for handlingsperioden 2010-2013*. Hamar kommune
- Hamar kommune (2012): *Årsmelding 2011. Del 2 – Resultatenhetene*. Hamar kommune
- Haugtomt, S. A. (2003): «Samarbeid over virksomhetsgrenser – en forutsetning for god pasientbehandling». *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr. 17, årg. 123: s. 2462-4
- Helsedirektoratet (2012): *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet, 03/2012
- Helsedirektoratet (2010). Rapportering på kommunalt rusarbeid. IS-8.
- Johansen, T. H. og V. Snartland (2011): *Evaluering av korttidstilbudet på Tyrilihaugen*. Tyrili skriftserie nr. 1/2011.
- Kirkens Sosialtjeneste (2011). *Årsmelding 2011*. Hamartiltakene.
- KorusØst (2011). *Ungdomsundersøkelse Hamar kommune*. Hamar: Kompetansesenter rus – region øst.
- Lie, T. og Holt Mathiesen, I. (2012). *Evaluering av rusomsorgen i Eigersund*. Rapport IRIS – 2012/112.
- Lie, T. og Nesvåg, S. (2006). *Betydningen av ulike psykososiale tiltak i rehabiliteringen av opioidavhengige i substitusjonsbehandling – en kunnskapsoppsummering*. Rapport IRIS 2006/161).
- Lipsky, M. (1980): *Street Level Bureaucracy. Dilemmaes of the Individual in Public Sector*. New York: Russel Sage Foundaation

Meld. St. 30 (2011-2012). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk: alkohol – narkotika – doping*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Meyer, J. & B. Rowan (1991): «Institutional organizations. Formal structures as myth and ceremony». I: W. Powell & P.J. DiMaggio (red.) *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: Chicago University Press.

Opedal, S. og N.A. Bergsgard (2009): «Idrettspolitikken iverksetting: Tre veier til frivillig idrett». I Enjolras og Waldahl (red.) *Frivillige organisasjoner og offentlig politikk*. Oslo: Novus forlag

Pedersen M. U. (2005). *Herion-afhengige i metadonbehandling. Den medisinske og psykososiale innsats*. Aarhus: Center for rusmiddelforskning. Aarhus universitet.

Pressman, J.L. og A. Wildawsky (1973/1984): *Implementation* (3. Utgave). Berkely: California University Press

Rambøll (2011). *Analyse av psykisk helsearbeid i Hamar kommune*. Oslo: Rambøll, Statusrapport, februar 2011.

Rambøll/IRIS (2012). *Evaluering av tilskudd til kommunalt rusarbeid*. Oslo: Rambøll, Delrapport, juli 2012

Røvik, K.A. (1998): *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkingen ved årtusenskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget

Scott. W.R. (1994): *Institutions and Organizations*. Ca., Thousand Oaks: Sage

Vassenden, A., Lie, T. og Skoland, K. (2012). *Man må ha en plass å bo. En sosiologisk studie av vanskeligstilte i et boligeierland*. Rapport IRIS – 2012/029.

11 Vedlegg – kommunale planer

Hamar kommune har utarbeidet en *Boligplan med mål og tiltak for handlingsperioden 2010-2013* kalt «Egen bolig i egnet miljø». Flere mål og tiltak for det boligsosiale arbeidet i perioden 2010-2013 listes opp i planen, både innen boligutvikling, kommunale utleieboliger og boveiledning. Følgende mål og tiltak er særlig sentrale i denne studien:

- Legge til rette for en variert boligsammensetning og integrering av ulike brukergrupper i boligområdene.
 - I ethvert byggeprosjekt eller utviklingsområde skal boligbehov for vanskeligstilte brukere bli vurdert.
 - Utrede en arbeids- og finansieringsmodell som gjør det mulig for vanskeligstilte å eie sin egen bolig (Vegårsheimmodellen).
- Sørge for at den kommunale boligmassen kan dekke tilbudet til innbyggere som på grunn av lav inntekt eller andre årsaker ikke klarer å skaffe seg bolig på det private eie- og leiemarked.
 - Etablere samlokaliserte boenheter til brukergrupper der dette er hensiktsmessig.
 - Etablere gjennomgangsboliger til akutt beredskap.
- Kommunen skal ha kjennskap til boligbehov for personer som er under utredning, behandling eller rehabilitering.
 - Kommunen skal samarbeide med Divisjon psykisk helsevern for å kartlegge bolig- og boligjenestebehov for personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet.
 - Kommunen skal samarbeide med Kriminalomsorgen når det gjelder bolig- og boligjenestebehov for mennesker som er under kriminalomsorg.
- Legge til rette for at de som ikke klarer seg selv i egen bolig, får tilstrekkelig hjelp til å mestre dagliglivet og bli boende i egen bolig.
 - Kommunen skal øke ressurser til bo-trening/boveiledning ut fra kjente behov.
- Hamar kommune skal jobbe for bred brukermedvirkning når det gjelder bo-oppfølgning og boveiledning.
 - Kommunen skal påse at brukermedvirkning ivaretas på system-, tjeneste- og individnivå.
 - Individuell plan (IP) skal være styrende verktøy for aktiv brukermedvirkning.

Hamar kommune har en *Plan for psykisk helsearbeid 2006-2012*, der følgende mål er listet for innsatsen for mennesker med psykiske lidelser, og som følgelig gjelder for en del av de rusavhengige:

1. Gi tilrettelagte tilbud om helsetjenester, sosiale tjenester, kulturtiltak, sysselsetting og opplæring, botilbud og pleie- og omsorgstilbud
2. Skape tettere samarbeid mellom virksomheter internt i Hamar kommune, og mellom Hamar kommune og spesialisthelsetjenesten.
3. Styrke samarbeid om de forebyggende oppgaver ovenfor barn og unge

4. Styrke tilbud til barn og ungdom som opplever psykososiale vansker og senke terskelen både for å søke og gi hjelp (lavterskeltilbud).
5. Styrke kompetansen til personell som yter tjenester.
6. Utvikle brukermedvirkning, styrke og utvide samarbeidet med brukerne og frivillige organisasjoner