

# Presentasjon av Hamar kommune

## Tjenesten psykisk helse og rus

Kommunalt førstelinjeperspektiv  
på organisering, samhandling,  
LAR og ettervern



**Fra kommunal hverdag  
til nasjonale grep**



# Vi svarer på invitasjonens hovedspørsmål

*“Hvordan kan rusbehandling bli mer helhetlig, tilgjengelig og forpliktende samordnet?”*

- 1. Hva svikter i dagens organisering og gjennomføring?**
- 2. Hvordan bør kommune, TSB, LAR og velferdstjenester fordele ansvar?**
- 3. Hvordan kan behandling, rehabilitering og ettervern henge bedre sammen?**
- 4. Hvilke lokale erfaringer kan vise vei?**

**Målet: få frem det utvalget bør huske etter 15 minutter.**

# Vårt kommunale perspektiv

- > Vi møter innbyggerne i hverdagen – før, under og etter behandling.
- > Vi ser effekten av systemvalg over tid: bolig, økonomi, helse, aktivitet og nettverk.
- > Vi samarbeider med TSB, LAR, fastleger, NAV, bolig, hjemmetjenester og frivillighet.
- > Vi får ofte ansvaret når ordinære avtaler og behandlingsløp ikke fungerer.

**Kommunen er ikke bare “ettervern”.**

**Kommunen er arenaen der rehabiliteringen må virke.**

- > Derfor må kommunens rolle, ressurser og tilgang til spesialistkompetanse være en del av behandlingsmodellen.



# UTFORDRINGER

## Dagens svikt: behandlingsskjeden er for lite treffsikker

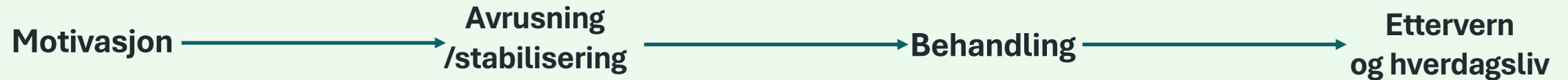
- > Motivasjonsvinduet glipper: riktig tiltak er ikke alltid tilgjengelig når bruker er klar.
- > Avrusning, stabilisering og opptrapping foregår ofte på samme arena.
- > Langtidsbehandling oppleves for ensartet – behov for større mangfold og flere plasser.
- > For få tilbud til personer med kognitiv svikt, lav funksjon og behov for ADL-trening.
- > Tvangsopphold etter §10-2 blir ofte kortvarige og uten tydelig behandlingssinnhold.

**Kort sagt: Systemet må kunne tilby riktig tiltak når muligheten oppstår.**



# ETTERVERN

## Overgangene avgjør om behandling blir rehabilitering



### Når ett ledd mangler, står kommunen igjen med risikoen – og bruker mister framdrift

- > Kritiske utskrivninger krever planlagt overgang – ikke bare avsluttet opphold.
- > Ettervern må skape tilhørighet, ansvar, aktivitet og mening.
- > Skadereduksjon er nødvendig, men må kombineres med muligheter for mestring og endring.



## **LAR: tydelig ansvar og mer rehabilitering**

- > Ansvarsdelingen mellom LAR, fastlege og kommune er ofte uklar.
- > Kommunen gjør mye av hverdagsoppfølgingen – LAR møter sjeldnere bruker ute i felt.
- > Medikamentoppfølging i bolig kan være vanskelig ved sikkerhetsutfordringer og korte besøk.
- > Sidemisbruk og kaos krever samordnet oppfølging, ikke bare medikamentkontroll.
- > «R-en» må styrkes: bolig, økonomi, aktivitet, helse og nettverk må inngå i løpet.

**Anbefalt retning: LAR som felles rehabiliteringsløp – ikke bare medisinerings.**

# GODE MODELLER

## Lokale erfaringer fra Hamar: dette kan bygges videre på

- > **Gatelaget –**
- > **Forpliktende fellesskap (kamerater, andre forventer at du kommer på trening)**
- > **Møtes rundt måltider/ernæring**
- > **Skaper rusfrie timer: Krav om rusfrihet under trening (også før og etter)**
- > **Ikke så gode på fotball, men gode på å få folk ut i arbeid**
- > **Det er et profesjonelt rammeverk (bane, treningsklær, trenere, buss, dugnad, fans m.v)**
- > **Farmen – tilrettelagt bolig i aktiv rus**
- > Heldøgnsbemannet bolig for personer i aktiv rus og med lavt funksjonsnivå.
- > Fokus på fysisk trygghet, ernæring, somatisk helse, botrening og mestring.
- > Daglig varmt måltid, husmøter og individuelle mål sammen med beboer.
- > Tett samarbeid med LAR, fastlege og NAV.

**Poeng til utvalget: Kommunale tiltak virker best når de kobles til behandling, bolig, aktivitet og relasjon over tid.**



# Gatelaget

HamKam Gatelaget er et lavterskeltilbud for personer som enten har, eller har hatt rusutfordringer - uavhengig av kjønn, alder, etnisitet og legning. Hos oss er ALLE velkommen!





# Våre anbefalinger til Rusbehandlingsutvalget

- 1. Sikre behandling når bruker er motivert – rask overgang fra avrusning til videre løp.**
- 2. Utvikle større mangfold i TSB: stabilisering, ADL-trening, kognitiv svikt og lav motivasjon.**
- 3. Tydeliggjør ansvar mellom kommune, LAR, fastlege og spesialisthelsetjeneste.**
- 4. Styrk rehabilitering og ettervern: bolig, økonomi, aktivitet, nettverk og somatisk helse.**
- 5. Gi kommunene rammer til forpliktende oppfølging – med forventninger, ansvar og ressurser.**

For brukerne er ikke skillet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste viktigst. Det viktigste er at hjelpen henger sammen – når motivasjonen er der og når hverdagen blir vanskelig.