

# Personer med ROP-lidelser og alvorlige psykiske helseproblemer – tjenestemottakere med store helse- og levekårsproblemer

## Persons with drug and mental health problems in municipal care services

**Terje Lie**

Helse Stavanger, Regionalt senter for rusmiddelforskning i Helse Vest  
terjelie@outlook.com

**Inger Bjørge Hustvedt**

Helse Stavanger, Regionalt senter for rusmiddelforskning i Helse Vest  
inger.bjorgo.hustvedt@sus.no

## Sammendrag

I denne artikkelen sammenligner vi levekårene til personer med rusproblemer og de med psykiske helseproblemer uten rus, rapportert fra kommunene til Helse Stavanger gjennom systemet BrukerPlan. Statistikken over tjenestemottakere i kommunene viser at personer med alvorlige og samtidige lidelser av rus og psykiske helseproblemer skårer dårligst på levekårsindikatorer. Mottakere med alvorlige psykiske helseproblemer skårer imidlertid også dårlig, mens personer med moderate og lettere lidelser skårer relativt bra.

**Nøkkelord:** helse- og omsorgstjenester, samtidig rusproblemer og psykiske lidelser, levekår, epidemiologi

## Abstract

The article is a study of persons receiving health and care services in primary care in Norway. The article compares the level of living between two populations receiving care: users with substance abuse combined with mental health problems, and users with mental health problems only. Comparing statistical status of the populations shows that users with a concomitant of severe substance abuse and mental health problems score lower on level of living indicators than persons with mental health problems only.

**Keywords:** service users, municipal care services, concomitant substance abuse and mental health problems, level of living, epidemiology

## Innledning om BrukerPlan

BrukerPlan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfang av og ulike kjennetegn hos tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske helseproblemer. Kommunene rapporterer årlig opplysninger til Helse Stavanger HF i systemet BrukerPlan.

Rapporteringen fra kommunene er frivillig. Antallet kommuner som rapporterer data har økt fra et tyvetalls kommuner i 2006/2007 til over 250 i kommuner i 2018. Dekningsgraden for mottakerne er på 80 prosent av innbyggere fra 18 år og over i kommunene. I 2018 ble det kartlagt 23 762 mottakere med rusproblemer og 35 463 mottakere med kun psykiske helseproblemer, alle i alderen 18 år og over. Forekomsten per 10 000 innbyggere i kommunene er på 67 for mottakere med rusproblemer og 109 for mottakere med kun psykiske helseproblemer. Gjennomsnittsalderen for menn og kvinner med rusproblemer er 43 år, med en andel kvinner på 30 prosent. Blant brukere med psykiske helseproblemer uten rus er gjennomsnittsalderen noe høyere blant kvinner enn menn, 44 mot 42 år. Kvinneandelen er her 62 prosent.

Statistikk over rusmottakere har vært publisert siden 2008 fra Helse Stavanger HF, mens opplysninger om brukere med psykiske helseproblemer uten rusproblemer ble tatt med i statistikken f.o.m. 2015. BrukerPlan omfatter opplysninger om demografiske forhold, rusbruk og tjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. I motsetning til mye annen administrativ statistikk har BrukerPlan informasjon om tjenestemottakernes levekår på flere områder. Denne informasjonen gir en unik mulighet

til å vurdere levekårene for ulike grupper tjenestemottakere og å vurdere sammenhengen mellom administrative tjenester, rusmiddelbruk, helseproblem og levekår.

De aktuelle levekårsområdene er bosituasjon, meningsfull aktivitet, økonomi, fysisk helse, psykisk helse, rusmiddelbruk (kun for mottakere med rusproblem), sosial fungering og sosialt nettverk. Levekårsområdene måles i BrukerPlan etter den enkeltes funksjonsnivå på de aktuelle områdene, beskrevet i en egen hjelpetekst i publikasjonen BrukerPlan 2018 (Hustvedt, Bosnic, Håland & Lie, 2019). Detaljerte opplysninger om metode og innsamling av data til BrukerPlan er dokumentert i årsrapport fra 2019 (Hustvedt et al., 2019).

Status på levekårsområdene vurderes av den enkelte fagperson i kommunen. Mange personer i kommunene foretar slike vurderinger, og det er derfor av interesse å måle i hvilken grad vurderingene er sammenfallende, dvs. at like tilfeller vurderes likt. En slik måling kan gjøres med testen Cronbach's Alfa (Cramer & Howitt, 2004). De målinger vi har foretatt viser høy grad av konsistens, og vi kan konkludere med at kartleggerne foretar pålitelige vurderinger.

Systemet omfatter tre hovedkategorier tjenestemottakere: mottakere med kun rusproblem, mottakere med samtidig rus- og psykisk helseproblem og mottakere med kun psykisk helseproblem.

Valg av levekårsområder er utformet bl.a. etter mønster fra SSB (Statistisk sentralbyrå, 1974; Statistisk sentralbyrå, 1975; NOU 1993: 17; Vrålstad, 2017) med tilpasning til de aktuelle brukergruppene i

BrukerPlan. Hvert levekårsområde er inndelt i en tredelt ordinalskala fra bra nivå, middels/dårlig nivå til svært dårlig nivå; i registreringsskjemaet markert med kodene grønn, gul og rød. De åtte områdene er beregnet i en egen levekårsindeks med fire kategorier, i tillegg til grønn, gul og rød brukes en fjerde kategori «blålys» som omfatter mottakere med gjennomsnittlig dårligst skåre på de åtte områdene (Hustvedt et al., 2019).

### Problemstilling

I denne artikkelen vil vi sammenligne levekårene for brukere med rusproblemer (inkludert brukere med samtidig rus- og psykiske helseproblemer) og brukere med kun psykiske helseproblemer. En sammenligning av disse tjenestemottakerne krever en nærmere begrunnelse, og her vil vi ta et lite tilbakeblikk.

Tjenester til personer med rusproblemer og med psykiske helseproblemer har hatt en ulik historie som gjelder både spesialisthelsetjenestene og de kommunale tjenestene. Spesialisthelsetjenestene ble omorganisert ved at staten overtok psykisk helsevern fra fylkeskommunene i 2001 (helseforetaksloven) og senere rusinstitusjonene i 2004.

På kommunalt nivå er tjenestene i dag samlet i helse- og omsorgstjenesteloven, mens tjenestene tidligere var hjemlet bl.a. i lov om sosiale tjenester fra 1991 og lov om helsetjenesten i kommunene fra 1982. Tjenestene var tidligere organisert etter problemenes art hvor man hadde egne avdelinger for tjenester til brukere med rusproblemer og psykiske helseproblemer. Dette har endret seg i tråd med lovendringene, og i dag er tjenestene i stor grad underlagt felles organisering (Ose & Kaspersen, 2018).

Psykisk helsevern har gjennomgått en omfattende opptrappingsplan (Sosial og helsedepartementet, 1997–1998; Helse- og omsorgsdepartementet, 1997), og i 2016 ble det vedtatt en opptrappingsplan for rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Sett på bakgrunn av ulike innsatser og utvikling for psykisk helsevern og psykisk helsetjenester på den ene siden og rusfeltet på den andre siden, er vi nå interessert i å dokumentere hvordan levekårene på disse områdene har utviklet seg til i dag. BrukerPlan er den eneste kilden, så vidt vi vet, hvor vi finner representativ informasjon om dette.

Vårt mål i denne artikkelen er derfor å sammenligne levekårene for mottakere med rusproblemer og mottakere med psykiske helseproblemer slik de rapporteres i BrukerPlan.

### Tidligere undersøkelser om levekår

Levekår er et sentralt tema i denne artikkelen, og vi ønsker å plassere det i en norsk levekårstradisjon. Opplysninger om levekår har vært publisert fra Statistisk sentralbyrå (SSB) siden 1973 og er gjentatt med noen års mellomrom frem til i dag. Undersøkelsene er i stor grad laget på representative utvalg av befolkningen og med ulike tema. Det kan gjelde tema som innvandring, materielle og sosiale goder og opphoping av dårlige levekår (Vrålstad & Wiggen, 2017; With & Thorsen, 2018; Støren, With & Rønning, 2017; Barstad, 2016). Felles for undersøkelsene er at de dårligste levekårene er ofte knyttet til personer med uføretrygd, arbeidsledige, personer med lav inntekt og sosialhjelpsklienter; altså på ulike områder marginaliserte persongrupper. BrukerPlan knytter seg til denne tradisjonen ved å ana-

lysere levekårene til tjenestemottakere som tidligere ikke er omfattet av SSBs undersøkelser.

### **Sammenligning av levekår for tjenestemottakere med rusproblemer og med psykiske helseproblemer**

Sammenligningen mellom tjenestemottakere med rusproblemer og kun psykiske helseproblemer handler i stor grad om levekårsområdene, kartlagt i BrukerPlan (bosituasjon, meningsfull aktivitet, økonomi, fysisk helse, psykisk helse, rusmiddelbruk, sosial fungering og sosialt nettverk). I sammenligningen tar vi òg med opplysning om kilde til livsopphold, helse- og omsorgstjenester, NAV-tjenester, individuelle planer og spesialisthelsetjenester.

### **Kategorier mottakere med rusproblemer og psykiske helseproblemer**

I publisering av BrukerPlan-statistikk før 2018 valgte man å vekte levekårsindeks ulikt for mottakere med rusproblemer og mottakere med psykiske helseproblemer uten rus. Fra og med 2018 er vektingen fjernet, hvilket gjør det mulig å sammenligne tjenestemottakerne etter en felles målestokk. I tillegg er det fra 2018 foretatt en mer detaljert inndeling av brukerkategoriene ved å skille brukere med samtidig rus og psykiske problemer i to: i) mindre alvorlig ROP og ii) alvorlig ROP. Dette bygger på Helsedirektoratets retningslinjer for avgrensning av personer med ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2012). En tredje gruppe er mottakere med rusproblemer uten psykiske helseproblemer.

Kategorier for mottakere med psykiske helseproblemer uten rus er fra 2018 delt i

tre grupper: i) mottakere med milde psykiske problemer, ii) mottakere med moderate problemer og iii) mottakere med alvorlige psykiske helseproblemer. Kategoriseringen av mottakerne bygger på dokumentasjon fra årsrapport og temarapport fra BrukerPlan (Hustvedt et al., 2019; Lie, 2019).

### **Faktorer i levekårsområdene**

Sentralt i denne artikkelen er analyse av levekårsområdene for tjenestemottakerne. Analysen er foretatt ved hjelp av den statistiske analysemetoden faktoranalyse. Faktoranalysen beregner sammenhenger mellom et antall variabler så som testskårer eller svar på spørreskjema, og forklarer variablene med referanse til deres felles underliggende dimensjoner eller faktorer (Hair, Anderson & Tatham, 1987). I dette tilfellet er variablene de åtte levekårsområdene omtalt i innledningen. Beregninger er foretatt i statistikkprogrammet SPSS.

Analysen resulterer i to faktorer, vist i tabell 1. I faktor 1 får levekårsområdet sosial fungering sterkest faktorladning, men levekårsområdene sosialt nettverk, psykisk helse, meningsfull aktivitet og fysisk helse har også signifikante faktorladninger. Faktor 2 domineres av levekårene bosituasjon og økonomi. Faktorene for rusmottakere og mottakere med psykiske helseproblemer (uten rus) følger samme mønster. Faktoranalysen i tabell 1 representerer derfor begge grupper mottakere. Ut fra faktormønsteret finner vi det rimelig å tolke dimensjonen i den første faktoren som «sosiale forhold og helse»; de «myke» levekårsområdene. Den andre faktoren handler om materielle forhold som «bosituasjon og økonomi»; de «harde» levekårsområdene.

**Tabell 1. Rotert faktormatrise. Levekårsområder for mottakere med rusproblemer og med psykiske helseproblemer (uten rus)**

Levekårsområde	Faktor	
	1	2
	Sosiale forhold og helse	Bosituasjon og økonomi
Sosial fungering	0,80	0,20
Sosialt nettverk	0,75	0,27
Psykisk helse	0,71	0,04
Meningsfull aktivitet	0,58	0,49
Fysisk helse	0,52	0,00
Bosituasjon	0,03	0,81
Økonomi	0,16	0,76

For å gjøre fremstillingen mer oversiktlig, bruker vi de levekårsområdene med sterkest faktorladning (se tabell 1) i den videre analysen. Dette gjelder levekårsområdene sosial fungering og bosituasjon. I tabellen får variabelen sosial fungering den høyeste faktorladningen med 0,80, dvs. at variabelen korrelerer høyest med faktor 1 av alle variablene. I faktor 2 korrelerer bosituasjon høyest med faktoren, med en faktorladning på 0,81. Her velger vi å analysere videre de levekårsområdene som korrelerer sterkest med den aktuelle faktoren (Hair et al., 1987). For den første faktoren gjelder dette levekårsområdet sosial fungering og for den andre faktoren området bosituasjonen.

### Faktor 1. Sosial fungering

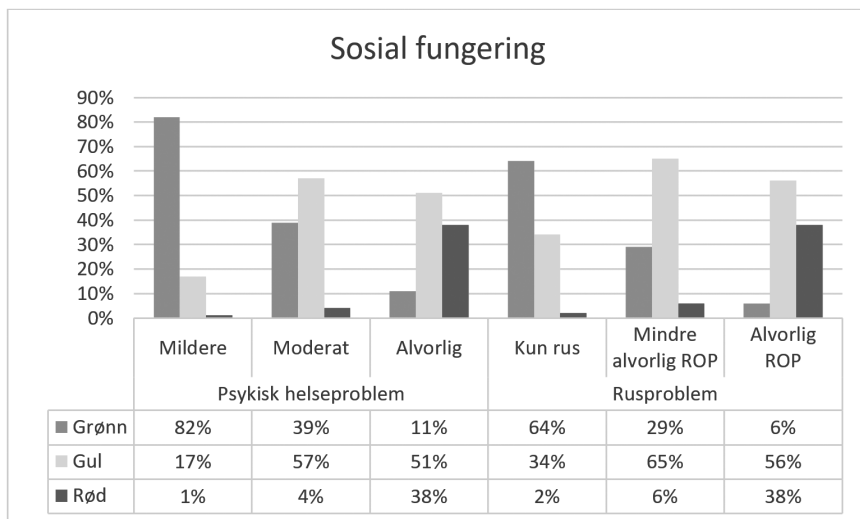
Levekårsområdet sosial fungering representerer faktor 1 sosiale forhold og helse. Faktoren viser mottakernes sosiale ferdigheter i det daglige miljø og relasjoner til andre. Grønn kode står for god sosial fungering, mens rød kode viser at mottakeren har marginal sosial fungering i alle typer sosiale sammenhenger. Gul kode viser

begrenset sosial fungering i noen sosiale sammenhenger.

Figur 1 gir oversikt over alle kategorier mottakere og levekårsområdet sosial fungering. Figuren viser at over 90 prosent av mottakerne med alvorlig ROP skårer gult eller rødt. Gitt at dette representerer faktor 1, er situasjonen svært dårlig for de «myke» levekårsområdene. Mottakere med alvorlige psykiske helseproblemer skårer imidlertid ikke stort bedre med nær 90 prosent på gul og rød skåre. Mottakere med mindre alvorlig ROP og moderat psykisk helseproblem har lavere skåre på gult og rødt. Størst relativ andel med grønn skåre, og følgelig de beste levekårene, har mottakere med mildere psykisk helseproblem og mottakere med kun rusproblem, figur 1.

### Faktor 2. Bosituasjon

Faktor 2 «bosituasjon» representerer levekårsområdene bosituasjon og økonomi. Grønn kode viser en permanent og tilfredsstillende bosituasjon, gul kode betyr en ikke permanent og/eller ikke tilfredsstillende

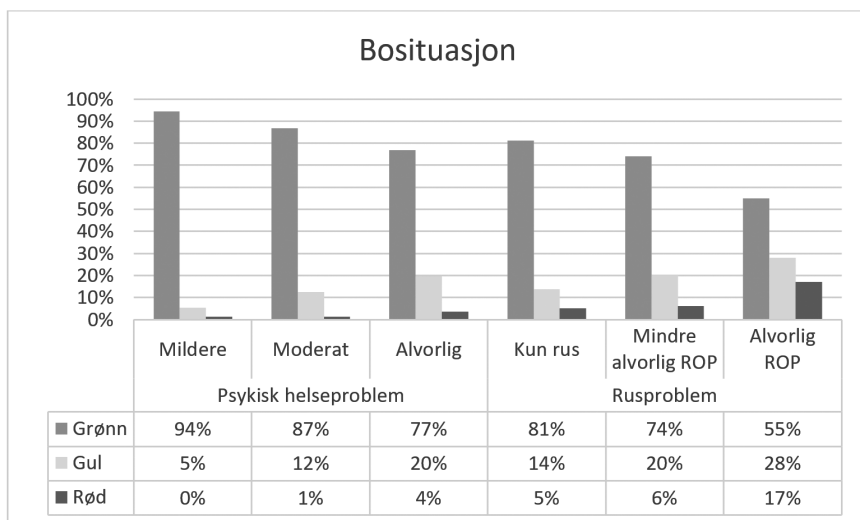


Figur 1

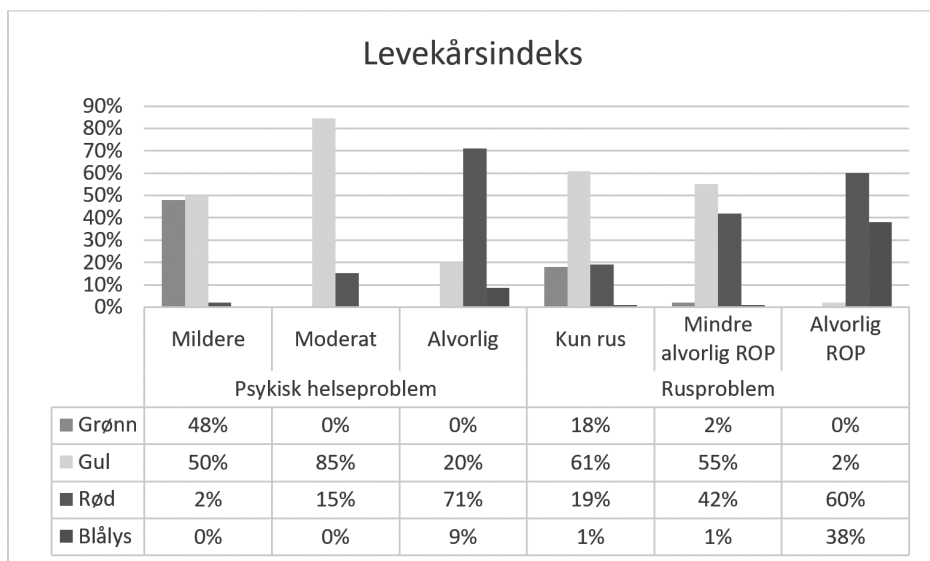
situasjon, mens rød kode viser andel bostedsløse. Levekårsområdet økonomi korrelerer høyt med bosituasjonen. Forskjellene i bosituasjonen mellom brukere med rusproblem og med psykisk helseproblem uten rus er store. Ser vi på de brukerne med de alvorligste problemene, er mottakere med alvorlig ROP 17 prosent bostedsløse mot fire prosent blant mottakere med alvorlig psykisk helseproblem. Mottakere med moderat eller mildere psykisk helse-

problem har svært lav andel bostedsløse, figur 2.

Kontroll for alder viser at eldre har bedre bosituasjon og bedre økonomi enn yngre (Hustvedt et al., 2019). Blant yngre brukere (under 40 år) med alvorlig ROP-lidelse er andelen bostedsløse 22 prosent mot 12 prosent blant brukere over 40 år. Forskjellen i alder er ubetydelig blant brukere med psykiske helseproblemer uten rus.



Figur 2



Figur 3

## Levekårsindeksen

Levekårsindeksen gir et samlet uttrykk for alle de åtte levekårsområdene og er delt inn i kategoriene grønn, gul, rød og blålys skåre, med grønn og gul som de beste indeksverdiene og rød og blålys som de dårligste verdiene. Indeksen utfyller informasjon om de to faktorene sosiale forhold og helse og bosituasjon og økonomi ved at den spesifiserer mottakere med de aller dårligste skårene, kalt blålys. Kategorien blålys er i årsrapportene for BrukerPlan brukt for å trekke frem opplysninger om tjenestemottakere som har behov for snarlige intervensjoner.

Andel med blålys skåre er 38 prosent blant mottakere med alvorlig ROP mot ni prosent blant mottakere med alvorlig psykisk helseproblem. Inkluderer vi mottakere med rød skåre i tillegg til blålys, er skårene 98 prosent for alvorlig ROP mot 80 prosent for mottakere med alvorlig psykisk helseproblem. Selv om alvorlig ROP skårer høy-

est på rødt og blålys, er andelen rød og blålys blant mottakere med alvorlig psykisk helseproblem også svært høy.

## Trygd og arbeid

Informasjon om kilde til livsopphold, trygder, økonomisk sosialhjelp, arbeidstiltak fra NAV og opplysning om mottakeren er i arbeid, gir et utfyllende bilde av de økonomiske levekårene og tilknytning til arbeidslivet, og dekkes ikke av de to levekårsfaktorene i de foregående avsnittene. NAV yter mange tjenester, og en oversikt over alle tjenester ville sprengte rammene for denne artikkelen (NAV-loven, 2006). I denne analysen ser vi av den grunn kun på et utvalg av NAV-ytelser, samt mottakere som har ordinært arbeid utenom NAV. Vi har valgt ut ytelser knyttet til økonomisk livsopphold som varig trygd, midlertidige økonomiske ytelser (økonomisk sosialhjelp og arbeidsavklaringspenger) og lønnet arbeid, tabell 2.

**Tabell 2. Utvalgte økonomiske NAV-ytelser og fast lønnet arbeid. Prosentandeler\*\*\***

	Mottakere med rusproblemer		Mottakere med psykiske helseproblemer	
	Alle	Alvorlig ROP	Alle	Alvorlig helseproblem
Varig trygd	45	52	40	49
Midlertidige ytelser*	70	74	50	57
Varig lønnet arbeid**	8	3	18	7
Arbeidsrettede tiltak	16	11	18	16

\*Arbeidsavklaringspenger (AAP) og økonomisk sosialhjelp. \*\*Arbeid gjennom NAV og utenom NAV. \*\*\* Prosentsummen blir over 100 fordi en person kan ha flere ytelser.

Mottakere med rusproblemer har større andel varige og midlertidige økonomiske ytelser og lavere andel lønnet arbeid enn mottakere med psykiske helseproblemer. Begge grupper mottakere har imidlertid høy andel med økonomiske ytelser. Sammenligner vi alvorlig ROP og alvorlig psykisk helseproblem, er de økonomiske ytelsene enda høyere, spesielt midlertidige ytelser blant mottakere med alvorlig ROP. Arbeidsavklaringspenger er noe høyere blant mottakere med mindre alvorlige problemer enn mottakere med de alvorligste problemene. Dette tyder på at det i mindre grad satses på mottakere med de alvorligste problemene når det gjelder tilknytning til arbeidslivet. Andel midlertidige ytelser samlet sett, kan bidra til å skape en ustabil økonomisk situasjon, og dette slår spesielt sterkt ut for mottakere med alvorlig ROP.

Andel med lønnet arbeid er svært lav blant rusmottakere med åtte prosent i gjennomsnitt, mens alvorlig ROP har kun én prosent. Lønnet arbeid blant mottakere med psykiske helseproblemer er 18 prosent, og med alvorlig helseproblem sju prosent. Lønnet arbeid er nærmest unntaket blant mottakerne registrert i BrukerPlan og svært sjelden blant mottakere med alvorlig ROP.

NAV yter flere arbeidsrettede tiltak med sikte på å skaffe mottakerne lønnet arbeid. Her er andelen lave, under 20 prosent for alle mottakere og uten store forskjeller blant dem.

### Planer og ansvarsgrupper

Pasienter og tjenestemottakere med sammensatte problemer har rett til individuell plan som skal sikre at de får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud (helse- og omsorgstjenesteloven og pasient og brukerrettighetsloven). Mønsteret i BrukerPlan er at rusmottakere generelt har større andel med individuell plan (IP) enn mottakere med kun psykiske helseproblemer. Mottakere med rusproblemer har størst andel med ansvarsgrupper, og spesielt har ROP-mottakere med mellom 40 og 50 prosent det. Det er registrert andre planer i BrukerPlan som kriseplan, nettverksgruppe og «andre planer». Tendensen er at dess mer alvorlig helseproblem, dess flere planer eller ansvarsgrupper har mottakerne. Mottakere med kun psykiske helseproblemer har i gjennomsnitt lavere andel planer enn rusmottakere.

### Mottakere av tjenester

I BrukerPlan registreres kommunale helse- og omsorgstjenester og tjenester fra spesia-



listhelsetjenesten. Kommunene yter et stort antall tjenester på landsbasis, men omfanget varierer kommunene imellom og tjenester med ulike betegnelser kan ha overlappende innhold. I denne oversikten refererer vi til de mest sentrale tjenestene og viser antall tjenester i gjennomsnitt per tjenestemottaker. Mot-

takere med rusproblemer har noe flere tjenester per mottaker i gjennomsnitt enn mottakere med kun psykiske helseproblemer. Tendensen er at dess mer alvorlig problem, dess flere tjenester, både for rusmottakere og mottakere med kun psykiske helseproblemer, se tabell 3 og tabell 4.

**Tabell 3. Mottakere med rusproblemer. Andel helse- og omsorgstjenester i kommunene i gjennomsnitt per mottaker**

	Rusproblem		
	Kun rus	Mindre alvorlig ROP	Alvorlig ROP
I alt	2,6	3,0	3,6

**Tabell 4. Mottakere med kun psykiske helseproblemer. Andel helse- og omsorgstjenester i kommunene i gjennomsnitt per mottaker**

	Psykisk helseproblem		
	Mildere	Moderat	Alvorlig
I alt	2,4	2,7	3,5

Opplysninger om tjenester fra spesialisthelsetjenesten gjelder tjenester personene har mottatt i løpet av det siste året før kartleggingen ble foretatt. Spesialisthelsetjenesten omfatter i denne analysen tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) og psykisk helsevern (PHV). Tendensen i spesialisthelsetjenesten som i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er at dess alvorligere problem, dess større prosentandel mottar tjenester. Dette gjelder både innen TSB og PHV. Blant rusmottakere varierer andel i TSB mellom 56 prosent for mottakere med kun rusproblemer til 74 prosent blant mottakere med alvorlig ROP. Blant mottakere med kun psykiske helseproblemer varierer andel i PHV mellom 35 og 62 prosent, høyest blant mottakere med alvorlig helseproblem (Hustvedt et al., 2019).

## Sammendrag og diskusjon

Artikkelen sammenligner levekår hos stønadsmottakere med rusproblemer og de med kun psykiske helseproblemer, kartlagt i BrukerPlan (Hustvedt et al., 2019). Noe av bakgrunnen for utviklingen blant mottakere med psykiske helseproblemer er knyttet til omstruktureringen av psykisk helsevern på 1980-tallet. Omstruktureringen av institusjonene avdekket mangler i de kommunale tjenestene, dokumentert i stortingsmeldingen «Åpenhet og helhet» (Helse- og sosialdepartementet, 1997). Det var dårlig utbygd tjenester i mange kommuner, dårlig oppfølging etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten og stor mangel på boliger. En konsekvens var at kommunene fikk et større ansvar for pasientene for bolig, helse- og omsorgstjenester (Vold,

1999). Opptrappingsplanen for psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997) førte til en styrking av botilbudet og en bedring, blant annet av hjemmebaserte tjenester (Forskningsrådet, 2009).

Rusfeltet lå etter i tjenesteutviklingen, men gjennomgikk endringer ved at staten overtok spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene, og tjenester til rusavhengige ble organisert i en TSB (Lie & Nesvåg, 2006). Avtalene mellom de regionale helseforetakene og rusinstitusjonene resulterte i en innstramning av langtidsopphold for pasientene. For personer med rusproblemer ble det nå vanlig å ha sin bolig i kommunene med de forventinger brukerne måtte ha til kvaliteten på tjenestene.

For å sikre mennesker med rusproblemer bedre tjenester og levekår, ble det vedtatt en opptrappingsplan for rusfeltet i 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Målene i planene var bl.a. å bidra til at rusavhengige skulle få et egnet sted å bo, økt antall tiltaksplasser i NAV, økt utbygging av lavterskeltilbud som ACT/FACT-team og økt lavterskel substitusjonsbehandling (Helsedirektoratet, 2019). Evalueringen av opptrappingsplanen for rusfeltet viser at antall ansatte i kommunalt rus- og psykisk helsearbeid økte betydelig i perioden 2016 til 2018 (Ose & Kaspersen, 2018; Hansen, Tofteng, Holst, Flatval & Bråthen, 2019). I forslag til ny rusreform er det foreslått ytterligere økning i behandlingstilbudet ved at rusavhengige skal få hjelp heller enn straff for bruk og besittelse av rusmidler til eget bruk (Rusreformutvalget, 2019).

Etableringen og utviklingen av BrukerPlan som et verktøy for prioritering i kommunene

har på sin side hatt en positiv betydning for tilbud og tjenester til mottakere med rus- og samtidige rus- og psykiske helseproblemer. Dette skjer på flere måter, bl.a. ved at resultater fra BrukerPlan umiddelbart blir rapportert til kommunene etter kartleggingen, og resultater fra BrukerPlan-statistikken blir i økende grad brukt i kommunale planer for rusfeltet. Dette kommer til syne bl.a. i tilbakemelding fra kommunene om deres nytte av BrukerPlan (Lønning, Håland, Lie, Nesvåg & Stevenson, 2018; Hustvedt, Bosnic, Håland & Enoksen, 2020).

Denne artikkelen fremhever status for levekårene for tjenestemottakere med alvorlige ROP-lidelser og alvorlige psykiske lidelser, og viser et betydelig velferdstap for mottakerne, sammenlignet med mottakere med mindre alvorlige helseproblemer.

Et moment å ta i betraktning er at tjenestemottakerne endrer status fra år til år. En analyse av et panel mottakere viser at en del mottakere skifter status fra det ene året til det andre. Noen skårer dårligere på levekårsområdene fra et år til et annet, mens andre skårer bedre (Lie & Stevenson, 2017). Panelanalysen av flere levekårsområder tyder på at rundt 15 prosent av brukerne forverrer sin situasjon fra et ene året til det andre og noe under en fjerdedel forbedrer sin situasjon. Populasjonen i alvorlig ROP vil da sannsynligvis ikke være den samme fra år til år. Dette innebærer at den årlige statistikken fra BrukerPlan ikke til enhver tid fanger opp faktiske endringer i status for tjenestemottakerne. Til dette kreves ytterligere panelstudier.

At mottakerne med de dårligste levekårene, målt etter levekårsindeksen, får flest tjenes-

ter, tyder på at prioriteringene innen tjenestene fungerer etter hensikten. Derfor ligger løsningen på utfordringene sannsynligvis ikke i å introdusere flere tjenester, men å utvikle nye arbeidsmetoder, nye organisasjonsformer og styrket kvalitetsutvikling (Rusmisbrukernes interesseorganisasjon, 2020).

På tross av ulike offentlige tiltak og innsatser, tyder resultatene på at det har skjedd lite med status til de enkelte ROP-mottakerne når det gjelder forbedring av levekår som sosial fungering, psykisk helse, bosituasjon og økonomi, men artikkelen dokumenterer også at mottakere med alvorlige psykiske helseproblemer har svært dårlige levekår og er på nivå med ROP-mottakerne. Opplysninger fra BrukerPlan viser at personer med alvorlige psykiske helseproblemer trolig har kommet dårligere ut av arbeidet med opptrappingsplanen for psykisk helse enn Forskningsrådets evaluering av planen tyder på (Forskningsrådet, 2009).

Opptrappingsplanen for rusfeltet har forbedringer av levekårene som mål. Resultatene av planene er under evaluering og avsluttes i 2021. En statusrapport konkluderer med at levekårsindeksen i BrukerPlan tyder på at livskvaliteten blant brukerne ikke er bedret i perioden. Kommunale bevilgninger til rusfeltet er økt og kompetansen til ansatte i kommunene er bedret, uten at situasjonen for stønadsmottakerne er endret (Hansen et al., 2019).

Opphopping av dårlige levekår for de mest utsatte brukerne tyder på at forbedringer av levekårene krever en bred strategi hvor man må koordinere og støtte opp om brukere på flere levekårsområder samtidig.

Det statistiske materialet i BrukerPlan viser tendenser på et aggregert nivå, men er utilstrekkelige til å gi konkrete praktiske løsninger på tjeneste- og individnivå. Her er det behov for ytterligere forskning, hvor man må ta hensyn til mottakernes historier, endringer i levekårsstatus og innsatser fra tjenesteytere. Fra 2020 starter implementeringen av Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av ruslidelser i spesialisthelsetjenesten (se [www.kvarus.no](http://www.kvarus.no)). I dette registeret fanger en også opp hvilke tilbud brukeren får fra kommunale tjenester og andre tjenester samtidig med at brukeren er i behandling. Til sammen vil dette kunne gi den typen forløpsinformasjon som det er vanskelig å få i BrukerPlan. KvaRus og BrukerPlan vil kunne bli to system som utfyller hverandre på en god måte.

Så langt BrukerPlan kan gi råd om innsatser, er det trolig strategisk viktig å styrke tiltak knyttet til de «myke» levekårsområdene så som sosial fungering, psykisk helse og sosiale aktiviteter. Et annet område er bosituasjonen, som nærmest er kritisk, spesielt for personer med ROP-lidelser.

Antakelig er det er for enkelt å tro at brukernes funksjonsproblemer skyldes avhengigheten av rus eller av forekomsten av den psykiske lidelsen isolert sett. Dårlige levekår bidrar til å reprodusere og videreutvikle funksjonsproblemene og å gjøre forbedringer av rusavhengighet og psykisk lidelse vanskeligere.

## Referanser

- Barstad, A. (2016). *Opphopping av dårlige levekår: En analyse av Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2013*. [https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/285523](https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/285523)
- Cramer, D. & Howitt, D.L. (2004). *The SAGE Dictionary of Statistics*. London: Sage Publications.

- Forskningsrådet. (2009). *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001–2009)*. Oslo: Forskningsrådet.
- Hair, J.F. jr., Anderson, R.E. & Tatham, R.L. (1987). *Multivariate Data Analysis*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Hansen, I.L.S., Tofteng, M., Holst, L.S., Flatval, V.S. & Bråthen, K. (2019). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet*. Tredje statusrapport. Fafo-rapport 2019:33.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse - ROP lidelser*. IS-1948. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2019). *ACT- og FACT-team*. Oslo: Helsedirektoratet. <http://www.helsedirektoratet.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Opptrappingsplan for rusfeltet 2016-2020 (Prop. 15 S (2015–2016))*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og sosialdepartementet (1997). *Åpenhet og helhet - Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene (Meld. St. 25 (1996–97))*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25\\_1996-97/id1911086/](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id1911086/)
- Hustvedt, I.B., Bosnic, H., Håland, M.E. & Enoksen, E.A. (2020). *BrukerPlan – Kommuneundersøkelse 2019*. Stavanger: Helse Stavanger.
- Hustvedt, I.B., Bosnic, H., Håland, M.E. & Lie, T. (2019). *BrukerPlan – Årsrapport 2018*. Stavanger: Helse Stavanger.
- Lie, T. (2019). *Temahefte BrukerPlan 2019*. Stavanger: Helse Stavanger.
- Lie, T. & Nesvåg, S. (2006). *Evaluering av rusreformen*. Stavanger: IRIS.
- Lie, T. & Stevenson, B. (2017). *Panel 2015-2016. Dokumentasjon*. Stavanger: Helse Stavanger.
- Lønning, T., Håland, M.E., Lie, T., Nesvåg, S. & Stevenson, B. (2018). *Nytteverdien av kartleggingsverktøyet BrukerPlan – en spørreundersøkelse til aktuelle kommuner. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 15(4), 347-359*.
- Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av ruslidelser i spesialisthelsetjenesten. (2020). *KvaRus*. <https://www.kvarus.no>
- NAV-loven (2006). *Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven) [NAV-loven]*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- NOU 1993: 17 (1993). *Levekår i Norge. Er graset grønt for alle. Utredning oppnevnt 12. april 1992. Avgitt til Finans- og tolldepartementet 5. mai 1993*. Oslo: Finans- og tolldepartementet.
- Ose, S.O. & Kaspersen, S.L. (2018). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2017*. Rapport nr. 2017: 00801. SINTEF.
- Rusreformutvalget. (2019). *Rusreform – fra straff til hjelp: Utredning fra rusreformutvalget oppnevnt ved kongelig resolusjon 23. mars 2018*. Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og politidepartementet 19. desember 2019 (NOU 2019: 26). Oslo: Departementets sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning. <http://www.regjeringen.no>
- Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (2020). *Rapport 2019*. <https://rio.no/wp-content/uploads/2020/08/Arssrapport-2019.pdf>
- Sosial- og helsedepartementet. (1997-98). *Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998 (St.prp. nr. 63 (1997–98))*. <https://www.stortinget.no>
- Statistisk sentralbyrå. (1974). *Sosialt utsyn 1974*. Statistiske analyser Nr. 10. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Statistisk sentralbyrå. (1975). *Levekår 1973*. Norges offisielle statistikk A720. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Støren, K.S., With, M.L. & Rønning E. (red.). (2017). *Slik har vi det – livskvalitet og levekår: Utgave 2017*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Vold, B. (1999). *Psykiatriens historie i Norge, del 1: Den store institusjonsoppbyggingen. Samfunnsspeilet 1999/1*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Vrålstad, S. (2017). *Hva er levekår og livskvalitet, hvorfor måler vi det og hvordan? I serien: Slik har vi det – livskvalitet og levekår: Utgave 2017*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Vrålstad, S. & Wiggen K.S. (2017). *Levekår blant innvandrere i Norge 2016*. Rapport 2017/13. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- With, M.L. & Thorsen L.R. (2018). *Materielle og sosiale mangler i den norske befolkningen. Resultater fra Levekårsundersøkelsen EU-SILC. Rapport 2018/07*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.