



**SAMTIDIG RUSLIDELSE OG PSYKISK LIDELSE - ROP-LIDELSE**  
Forekomst og analyse av tjenestemottakere  
med ROP-lidelser i kommunene  
**TEMAHEFTE BRUKERPLAN**

 **HELSE STAVANGER**  
Stavanger universitetssjukehus



## Forord

Denne rapporten viser forekomst og analyse av personer med samtidige alvorlig ruslidelse og psykiske lidelse (ROP-lidelser) i Norge basert på kartlegging av tjenestemottakere av helse- og omsorgstjenester fra kommunene og NAV-kommune i registreringssystemet BrukerPlan. Kartleggingsverktøyet er utviklet og blir administrert av Regionalt kompetansesenter for rus i Helse Vest, KORFOR, Helse Stavanger.

Definisjonen av ROP-lidelser er basert på retningslinjer fra Helsedirektoratet.

Rapporten er utarbeidet av Terje Lie.

Stavanger 22. november 2017

Sverre M. Nesvåg  
Faglig ansvarlig for BrukerPlan  
Forskningsleder KORFOR<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning, Helse Vest

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	viii
Innledning .....	1
ROP-lidelser i BrukerPlan .....	2
Psykisk helse: diagnoseorienterte kategorier og symptomtrykk.....	6
Kjønn og alder .....	7
Høyest forekomst i mindre kommuner.....	8
Levekår .....	9
Bosituasjon.....	12
Meningsfull aktivitet, sosiale relasjoner og sosialt nettverk .....	13
Fysisk Helse .....	16
Økonomi .....	17
Sammenhenger ROP – ikke-ROP .....	18
Kilde til livsopphold.....	20
ROP-mottakere har størst andel med illegale rusmidler .....	22
Oppfølging av tjenestemottakere: tiltaksplaner og ansvarsgrupper .....	23
Størst andel ROP-mottakere som injiserer.....	25
Kognitive vansker.....	25
Vold og trusler om vold, ikke stor forskjell .....	25
Liten forskjell i kriminalitet.....	26
ROP-mottakere har større risiko for overdose og selvmord.....	26
Helse- og omsorgstjenester .....	28
Spesialisthelsetjenesten.....	30

Referanser .....	34
Vedlegg 1.....	35
Vedlegg 2.....	37

## Tabeller

Tabell 1. Definisjon av ROP-lidelse i BrukerPlan 2016*, basert på levekårsområdene rusmiddelbruk og psykisk helse.....	4
Tabell 2. ROP-skala. Mottakere med og uten ROP-lidelser. ....	4
Tabell 3. ROP-lidelser basert på opplysning om kun symptomtrykk/alvorlighetsgrad på psykisk lidelse. Prosent.....	6
Tabell 4. Mottakere i ulike aldersgrupper. ROP-skala. Prosent.....	7
Tabell 5. Mottakere med ROP-lidelse per 10.000 innbyggere 18 år og over i kommunene. ....	8
Tabell 6. Indeks med 8 levekårsområder. ROP-skala. Prosent.....	11
Tabell 7. Indeks med 6 levekårsområder. ROP-skala). Prosent.....	12
Tabell 8. Bosituasjon for mottakere. ROP-skala. Prosent.....	12
Tabell 9. Meningsfull aktivitet for mottakere. ROP-skala. Prosent.....	14
Tabell 10. Sosial fungering for mottakere. ROP-skala. Prosent.....	15
Tabell 11. Sosialt nettverk for mottakere. ROP-skala. Prosent.....	16
Tabell 12. Fysisk helse for mottakere. ROP-skala. Prosent.....	16
Tabell 13. Økonomi for mottakere. ROP-skala. Prosent.....	17
Tabell 14. Skala for mottakere etter ROP-definisjonen og ikke-ROP mottakere.....	19
Tabell 15. Korrelasjoner ROP-mottakeren og ikke-ROP.....	19
Tabell 16. Sammenheng mellom levekårsområder og ROP-skala. Regresjon .....	20
Tabell 17. Mottakere med tjenester fra NAV. Prosent .....	21
Tabell 18. Andel mottakere med IP, andre tiltaksplaner og ansvarsgrupper. Prosent.....	24
Tabell 19. Mottakere som injiserer. Prosent.....	25
Tabell 20. Mottakere med kognitive vansker. Prosent .....	25

Tabell 21. Mottakere utsatt for vold eller trusler om vold. Prosent.....	26
Tabell 22. Mottakere løslatt fra fengsel eller i fengsel. Prosent .....	26
Tabell 23. Mottakere med risiko for overdose. ROP-ksala. Prosent .....	27
Tabell 24. Mottakere etter risiko for selvmord. ROP-skala. Prosent.....	27
Tabell 25. Mottakere med helse- og omsorgstjenester i kommunen. Prosent.....	29
Tabell 26. Tjenester i TSB eller psykisk helsevern blant ROP-mottakere og ikke-ROP mottakere. Prosentandeler .....	30
Tabell 27. Mottakere med tjenester i TSB. Prosent.....	31
Tabell 28. Mottakere med tjenester i psykisk helsevern. Prosent .....	32
Tabell 29. Mottakere med somatiske tjenester. Prosent.....	33
Tabell 30. Mottakere med tjenester fra NAV. Prosent .....	35
Tabell 31. Mottakere med kommunale helse- og omsorgstjenester. ....	36

## Figurer

Figur 1. Hjelpetekst for levekårsområdene «rusmiddelbruk» og «psykisk helse» i BrukerPlan.....	3
Figur 2. ROP-skala. Prosent.....	5
Figur 3. Hjelpetekst for symptomtrykk for psykisk helse i BrukerPlan.....	6
Figur 4. Mottakere med ROP-lidelser og befolkningen hele landet i ulike aldersgrupper. Prosent.....	8
Figur 5. Hjelpetekster til vurdering av levekårsområder.....	9
Figur 6. Levekårsindeks med 8 levekårsområder. ROP-skala. Prosent.....	10
Figur 7. Indeks med 6 levekårsområder. ROP-skala. Prosent.....	11
Figur 8. Bosituasjon for mottakere. ROP-skala. Prosent.....	13
Figur 9. Meningsfull aktivitet for mottakere. ROP-skala. Prosent.....	14
Figur 10. Sosial fungering for mottakere. ROP-skala. Prosent.....	15
Figur 11. Fysisk helse for mottakere. ROP-skala. Prosent.....	17
Figur 12. Økonomi for mottakere. ROP-skala. Prosent.....	18
Figur 13. Sammenheng mellom levekårsområder og ROP-skala. Regresjon .....	20
Figur 14. Mottakere etter tjenester fra NAV. Prosent .....	21
Figur 15. Bruker av rusmidler i betydelig og svært omfattende grad. Mottakere med ROP-lidelser og ikke-ROP mottakere. Prosent.....	22
Figur 16. Bruk av rusmidler i betydelig og svært omfattende grad. ROP-skala. Prosent.	23
Figur 17. Andel mottakere med IP, andre tiltaksplaner og ansvarsgrupper. Prosent.....	24
Figur 18. Mottakere med risiko for overdose. ROP-skala. Prosent.....	27
Figur 19. Mottakere med risiko for selvmord. Prosent .....	28
Figur 20. Mottakere med helse- og omsorgstjenester i kommunene. Prosent.....	29

Figur 21. Tjenester i TSB eller psykisk helsevern blant ROP-mottakere og ikke-ROP mottakere. Prosentandeler .....	31
Figur 22. Mottakere med tjenester i TSB. Prosent.....	32
Figur 23. Mottakere med tjenester i psykisk helsevern. Prosent .....	33



# Sammendrag

I 2016 ble det kartlagt 20535 tjenestemottakere med rusproblemer i BrukerPlan. Opplysningene er basert på kartlegging i 263 kommuner, og har en dekningsgrad på 80 prosent av befolkningen 18 år og over. Denne populasjonen danner grunnlaget for analysen av ROP-mottakere i rapporten. Nær  $\frac{3}{4}$  mottakerne hadde samtidig rus- og psykiske helseproblemer, men ikke alle med alvorlige lidelser. I samsvar med retningslinjer fra Helsedirektoratet (IS-1948) er andelen med ROP-lidelser avgrenset til mottakere med omfattende bruk av rusmidler og alvorlig psykiske helseproblemer. Etter definisjonen i BrukerPlan utgjør andel med ROP-lidelser 23 prosent av alle mottakere. Omfang av personer med ROP-lidelser i befolkningen tilsvarer 17 personer med ROP-lidelse per 10 000 innbyggere (18 år og over). Små kommuner har høyere rate enn større. I alt utgjør andelen med ROP-lidelser 4767 mottakere, med et beregnet antall for hele landet på om lag 6000 personer.

Denne rapporten analyserer ROP-mottakere etter flere individuelle kjennetegn i BrukerPlan. For å kunne gi en vurdering av ROP-mottakere, sammenlignes de med mottakere som ikke har ROP-lidelse etter definisjonen i BrukerPlan. Ikke-ROP mottakere fungerer da som en slags «kontrollgruppe».

ROP-mottakere blir analysert etter kjennetegn nevnt under.

- Levekårsområder.
- Økonomiske ytelser fra NAV.
- Individuell plan, andre tiltaksplaner og ansvarsgrupper.
- Fare for overdose og selvmord.
- Kriminalitet.
- Bruk av de enkelte rusmidler.
- Injisering
- Helse- og omsorgstjenester fra kommunene.
- Spesialisthelsetjenester.

ROP-mottakere har sammenlignet med ikke-ROP mottakere:

- ✓ betydelig dårligere, og dels kritisk dårlige levekår,
- ✓ større andel med varig trygd,
- ✓ mindre andel med arbeidsavklaringspenger og dagpenger,
- ✓ mindre andel med arbeidsrettede tiltak (NAV)
- ✓ større andel med oppfølging gjennom tiltaksplaner og ansvarsgrupper,
- ✓ betydelig større risiko for overdose og selvmord,

- ✓ samme grad av kriminalitet som ikke-ROP,
- ✓ større andel som bruker illegale rusmidler,
- ✓ større andel som injiserer,
- ✓ større andel med kognitive vansker,
- ✓ større andel med helserelaterte tjenester fra kommunene og
- ✓ større andel med spesialisthelsetjenester: rusinstitusjon og psykisk helsevern.

Det følger av definisjonen på ROP-lidelse at ROP-mottakere har større andel med omfattende rusbruk og større andel alvorlige og langvarige psykiske lidelser enn ikke-ROP mottakere.

### **ROP-mottakere skårer dårlig på levekårsområdene**

Levekårsområdene er bosituasjon, økonomi, meningsfull aktivitet, fysisk helse, psykisk helse, rusmiddelbruk, sosial fungering og sosialt nettverk. De åtte områdene oppsummeres i en indeks for levekår. Rusmiddelbruk og psykisk helse inngår i definisjonen av ROP-lidelser.

ROP-mottakere har betydelig dårligere levekår sammenlignet med ikke-ROP mottakere. En levekårsindeks viser at alle ROP-mottakere har de dårligste nivåene, rødt og blålys.

Kombinasjon av omfattende rusbruk og alvorlige psykiske lidelser er forbundet med særlig dårlige samlede levekår. Det vil si at de kommer jevnt over svært dårlig ut på boligforhold, meningsfull aktivitet, fysisk helse, sosiale relasjoner og sosialt nettverk, i tillegg til rusbruk og psykisk helse.

Meningsfull aktivitet blant ROP-mottakere viser at godt over halvparten skårer på rødt og er i liten grad i noen form for meningsfull aktivitet. Blant ikke-ROP skårer snaut en tredjedel prosent rødt. Meningsfull aktivitet, kombinert med opplysninger om sosialt nettverk og sosial fungering viser at ROP-mottakere fremstår som en svært dårlig integrert i samfunnet og må karakteriseres som en sterkt marginalisert befolkningsgruppe. ROP-mottakere har størst andel med kognitive vansker.

Det er betydelig forskjeller i fysisk helse. Andel på rød skåre er drøyt en femtedel blant ROP-mottakere mot under en tiendedel blant ikke-ROP. På området økonomi, er forskjellene også ganske store med dårligst skåre for ROP-mottakere.

## **Mer varig trygd blant ROP-mottakere**

Både ROP-mottakere og ikke-ROP mottakere har i stor grad av økonomiske ytelser fra NAV, men ROP-mottakere har i større grad varige trygdeytelser og mindre andel med arbeidsrettede tiltak. Noe over halvparten av ROP-mottakere har varig trygd og nær 75 prosent har midlertidige trygdeytelser og økonomisk sosialhjelp. Ikke-ROP mottakere har noe færre på varig trygd, flere på midlertidig trygd og flere med arbeidsrettede tiltak.

## **Mer bruk av illegale rusmidler blant ROP-mottakere**

ROP-mottakere har et betydelig større forbruk av illegale rusmidler enn ikke-ROP mottakere. Mottakere med ROP-lidelser injiserer i større grad enn ikke-ROP.

## **Liten andel med individuell plan, men mange har ansvarsgrupper**

Individuell plan (IP) og ansvarsgrupper er de viktigste virkemidlene for en systematisk oppfølging av brukerne. En andel på 17 prosent av ROP-mottakerne har IP, og noe færre blant ikke-ROP. Ansvarsgrupper er mer vanlig både blant ROP-mottakerne og ikke-ROP mottakere. Rundt en tredjedel av ROP-mottakerne og ikke-ROP har verken IP eller ansvarsgruppe.

## **Størst risiko for overdose og selvmord blant ROP-mottakere**

ROP-mottakere har større betydelig risiko for overdose og risiko for selvmord enn ikke-ROP. Opp til 90 prosent av ROP-mottakere har stått i fare for selvmord.

Det er liten forskjell i kriminalitet, målt med fengselsopphold, mellom ROP- og ikke-ROP mottakere.

## **ROP-mottakere har flere tjenester fra kommuner og spesialisthelsetjenesten enn ikke-ROP**

Kommunen yter et stort omfang av helse- og omsorgstjenester. I gjennomsnitt mottar personer med ROP-lidelse 4,4 tjenester i gjennomsnitt per person fra 3,5 tjenester til ikke-ROP mottakere. Helserelaterte tjenester har størst omfang, og ROP-mottakere noe større andel enn ikke-ROP. ROP-mottakere har også større andel med boligjenester og praktisk bistand eller støttekontakt fra kommunen.

Mottakere med ROP-lidelser relativt mange med tjenester i spesialisthelsetjenesten. Halvparten av ROP-mottakerne har minst én tjeneste i rusinstitusjon mot 39 prosent blant mottakere utenfor ROP. I psykisk helsevern er forholdet 46 prosent blant ROP-mottakere mot 27 prosent blant ikke-ROP. Samlet har nesten alle ROP-mottakere minst en tjeneste fra spesialisthelsetjenesten.

Konklusjonen er at opp mot 97 prosent av ROP-mottakerne har minst én tjeneste i rusinstitusjon eller psykisk helsevern, mens 66 prosent av ikke-ROP mottakere har tilsvarende tjenester.

# Innledning

Denne rapporten viser forekomst og analyse av personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusproblem (ROP-lidelser) i Norge basert på kartlegging av tjenestemottakere i kommunene. Mottakerne blir registrert i BrukerPlan; et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfanget og karakteren av rus- og psykiske helseproblemer. Kartleggingsverktøyet er utviklet og blir administrert av Regionalt kompetansesenter for rus i Helse Vest, KORFOR, Helse Stavanger.

I 2016 ble det karlagt drøyt 20 000 tjenestemottakere i 260 kommuner. Kartleggingen har en dekningsgrad på 80 prosent av landets befolkning 18 år og over. Et estimat på landsnivå ville resultert i et antall mottakere på omkring 26 000 personer.

I kartleggingen er nær  $\frac{3}{4}$  av mottakerne registrert med samtidig rus- og psykisk helseproblem, men ikke alle i denne gruppen defineres som ROP-lidelse. ROP-lidelser omfatter, i følge nasjonale retningslinjer fra Helsedirektoratet (IS-1948), personer med alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse. I tillegg inkluderes personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse når hver av de to typene er forbundet med betydelig funksjonssvikt.

For å avgrense andel mottakere med ROP-lidelser i BrukerPlan, er det foretatt en operasjonell definisjon av ROP-lidelse på grunnlag av retningslinjene fra Helsedirektoratet.

I Helsedirektoratets rapport fra 2011 (IS-1948) rapporteres data om forekomst av ROP-lidelser fra flere studier. Felles for studiene er at det oppgis bruk av alkohol eller narkotiske stoffer kombinert med data om diagnoser om psykiske lidelser, så som personlighetsforstyrrelser, stemningsforstyrrelser, angst og depresjon eller schizofreni.

Studiene viser varierende forekomst av samtidige lidelser, avhengig av diagnose og hvilke populasjoner som er undersøkt. Befolkningsstudier har vist at 20 prosent av den generelle befolkningen med ruslidelse også har en stemningslidelse, og at 18 prosent med ruslidelse også har en angstlidelse, Grant et al. (2004). Andre studier viser høyere tall med kombinasjoner av psykisk lidelse og narkotika og alkohol, men for ulike populasjoner. Alle de siterte studiene er enten amerikanske eller europeiske/ikke norske.

Norske kliniske studier av pasienter i psykisk helsevern viser ganske høy forekomst av ruslidelser blant pasienter ved akutt- poliklinisk- og døgnavdelinger. Helsedirektoratet viser her til studier hvor forekomst av ruslidelser varierer fra 20 til 47 prosent, Gråwe og Ruud (2006). Helsedirektoratet peker på at det finnes få gode studier om norske forhold. Tall fra BrukerPlan kan bidra til å belyse dette med eksempel fra primærhelsetjenesten.

Studiene viser at ROP-lidelser varierer alt etter hvilke populasjoner man tar utgangspunkt i. Populasjoner i spesialisthelsetjenesten er sterkt selekterte, og reflekterer ikke forekomst i den generelle befolkningen eller blant rusbrukere som ikke er behandlet i spesialisthelsetjenesten.

Kartleggingen av tjenestemottakere i BrukerPlan er og en selektert populasjon, i stor grad styrt av mottakernes behov for kommunale helse- og omsorgstjenester og tjenester fra NAV-kommune. Personer med rusproblemer og eventuelt samtidige rus- og psykiske problemer som ikke kartlegges i BrukerPlan har vi ikke oversikt over, men en antagelse er at disse personene ikke har behov for tjenester fra helse- og omsorgstjenesten eller NAV. I så fall er det sannsynlig at disse personene har et bedre allment funksjonsnivå enn tjenestemottakerne i BrukerPlan og at forekomsten av ROP-lidelser i denne populasjonen derfor mest sannsynlig er lav. Det kan tenkes at enkelte personer med samtidige lidelser kun får tjenester fra sin fastlege og/eller får behandling fra spesialisthelsetjenesten uten å komme i kontakt kommunene eller NAV.

I denne rapporten analyserer vi mottakere med ROP-lidelse etter demografiske kjennetegn, sammenheng med levekår, bruk av de enkelte rusmidler, omfang av tjenester fra kommunene (helse- og omsorgstjenester og NAV)spesialisthelsetjenester, individuell plan, kriminalitet, risiko for overdose og selvmordsforsøk.

### **Tegn i tabeller**

- Prosentandelen er under en halv prosent.
- . Ingen observasjon i kategorien.

### **ROP-lidelser i BrukerPlan**

BrukerPlan kartlegger mottakere med et rusproblem eller samtidig rus- og psykisk helseproblem, men kun en mindre andel handler, som nevnt, om alvorlige psykiske helseproblemer og rusmiddelbruk som vil kunne oppfattes som ROP-lidelser.

Kartleggingen i kommunene og NAV skjer på grunnlag av et «on-line» skjema med faste svarkategorier og forklaringer og hjelpetekster. Det brukes ikke vanlige standardiserte måleinstrumenter eller diagnosesystemer for kartlegging av bruk av rusmidler eller psykisk helse. Kartleggingen er basert på hjelpetekster på «rusmiddelbruk» og «psykisk helse». Tekstene handler om omfang av rusmiddelbruk og alvorlighet av psykiske helseproblemer kombinert med opplysning om hvordan mottakeren fungerer i dagliglivet, se Figur 1.

Definisjon av mottakere med samtidig alvorlig ruslidelse- og psykisk lidelse – ROP-lidelser – i BrukerPlan er konstruert på grunnlag av levekårsområdene «rusmiddelbruk» og «psykisk helse», beskrevet med hjelpetekster og markert med fargekoder som vist i

figuren under, Figur 1. Rusmiddelbruk og psykisk helse er inndelt i tre kategorier. Grønn kategori viser at mottakeren har lite alvorlige psykiske symptomer og lite bruk av rusmidler og er uten alvorlige vansker med daglig fungering. Gul kategori beskriver bruker med relativt alvorlige symptomer på psykisk lidelse, omfattende rusmiddelbruk og store vansker for mestring av dagliglivet. Rød kategori er uttrykk for svært alvorlige symptomer på psykiske lidelser, grenseløs bruk av rusmidler og med svært alvorlige konsekvenser for daglig fungering.

I definisjonen av ROP-lidelser har vi valgt å inkludere mottakere hvor både psykisk helse og rusmiddelbruk er i kategori rød eller hvor ett av områdene er i kategori gul og det andre i kategori rød. Den operasjonelle definisjonen på ROP-lidelse i BrukerPlan går frem av oversikten i Tabell 1. Vi vil i den videre fremstillingen basere oss på denne definisjonen av ROP-lidelse. I flere tabeller brukes denne definisjonen samt en kategori for mottakere som ikke er definert med ROP-lidelse, ikke-ROP mottakere. I de fleste tabellene blir det brukt en ROP-skala som viser de forskjellige ROP-kategoriene samt ikke-ROP mottakere, Tabell 2 og Figur 2.

I tillegg til rusmiddelbruk og psykisk helse, kartlegges levekårsområdene fysisk helse, økonomi, meningsfull aktivitet, bolig, sosialt nettverk og sosial kompetanse. Levekårsområdene er samlet i en levekårsindeks som viser nivået på levekårene og konsekvenser for daglig fungering.

Samlet utgjør andel mottakere med ROP-lidelse 22 prosent av alle registrerte tjenestemottakere i 2016. Andel mottakere med ROP-lidelser i 2014 var 20 prosent. Rate mottakere med ROP-lidelse er 17 brukere per 10 000 innbyggere 18 år og over.

Beregnet antall personer med ROP-lidelse hvis alle kommuner hadde svart ligger omkring 5523.

	Fargekoder		
	Grønn	Gul	Rød
<b>Psykisk helse</b>	Psykiske helseproblemer som forventes å være milde og kortvarige. De psykiske problemene kan oppleves som vond og vanskelig å håndtere, men de er sjelden av en slik art at det går alvorlig ut over den daglige fungeringen.	Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser. De psykiske problemene kan være vanskelig å håndtere og kan i perioder påvirke fungeringen på noen livsområder.	Alvorlige og langvarige psykiske problemer/lidelser som ofte innebærer store påkjenninger for den enkelte og de nærmeste rundt, og kan gi store funksjonstap på sentrale livsområder.
<b>Rusmiddelbruk</b>	Ingen eller noe bruk av rusmidler, men ikke slik at det går alvorlig ut over den daglige fungering og/eller relasjon til andre.	Omfattende bruk av rusmidler med alvorlige konsekvenser for daglig fungering, men bruken er innenfor visse grenser slik at brukeren i noen grad kan forutse og begrense de mest alvorlige konsekvensene.	Svært omfattende bruk av rusmidler, med svært alvorlige konsekvenser for den daglige fungering. Bruken er helt grenseløs, slik at brukeren ikke klarer å forutse eller begrense konsekvensene.

Figur 1. Hjelpetekst for levekårsområdene «rusmiddelbruk» og «psykisk helse» i BrukerPlan.

Tabell 1. Definisjon av ROP-lidelse i BrukerPlan 2016\*, basert på levekårsområdene rusmiddelbruk og psykisk helse.

Definisjon av ROP-lidelse:	Sammensetningen av mottakere med ROP-lidelse	Antall mottakere med ROP-lidelse	Beregnet antall for hele landet
Rusmiddelbruk=rød (svært omfattende bruk av rusmidler), psykiske helse=rød (alvorlig og langvarige psykiske lidelser)	32	1411	1764
Rusmiddelbruk=rød, psykisk helse=gul (kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser).	34	1512	1890
Rusmiddelbruk=gul, (omfattende bruk av rusmidler) psykisk helse=rød	34	1495	1869
I alt i BrukerPlan	100	4418	
Beregnet antall for hele landet			5523

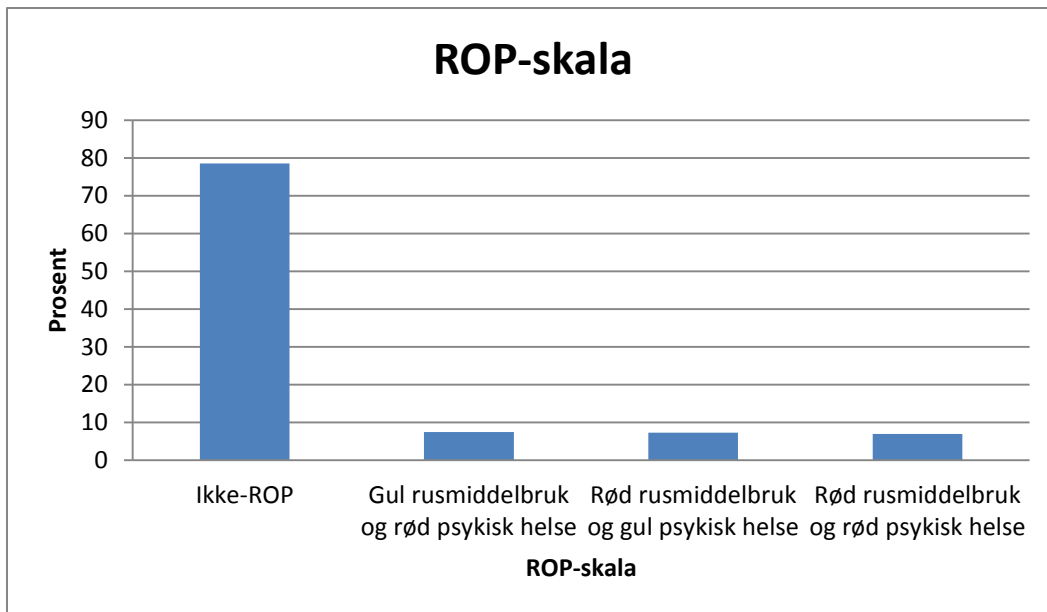
Beregnet antall mottakere med ROP-lidelse hvis alle kommuner i landet hadde svart	5523
Andel mottakere med ROP-lidelse av alle mottakere, 2016	22
Rate mottakere med ROP-lidelse per 10 000 innbyggere 18 år og over	17

\*) I tidligere beregninger av ROP-lidelse er mottakere med grønt på rusmiddelbruk (lite forbruk) og rødt på psykisk helse tatt med i definisjonen av ROP-lidelse. Denne gruppen er nå tatt ut.

Tabell 2. ROP-skala. Mottakere med og uten ROP-lidelser.

	Antall	Prosent
Ikke ROP-lidelse	16117	78,5
Gul rusmiddelbruk og rød psykisk helse	1512	7,4
Rød rusmiddelbruk og gul psykisk helse	1495	7,3
Rød rusmiddelbruk og rød psykisk helse	1411	6,9
I alt	20535	100





Figur 2. ROP-skala. Prosent

## Psykisk helse: diagnoseorienterte kategorier og symptomtrykk

Litteraturen om ROP-lidelser er, som ovenfor omtalt, i stor grad basert på diagnoser for psykiske lidelser. Sammenligning med data fra BrukerPlan kan derfor være vanskelig. I BrukerPlan foretas kartlegging av psykisk helse på to måter. Den ene måten er levekårsområdet psykisk helse, som inngår i definisjonen av ROP-lidelse, vist ovenfor. Den andre måten er opplysninger basert kun på symptomer på psykiske lidelser uten opplysninger konsekvenser for mestring av dagliglivet (se Figur 3), slik som i levekårsområdet «psykisk helse» i ROP-definisjonen. En beregning av alvorlighetsgrad av psykiske lidelser på grunnlag av opplysninger om kun symptomtrykk ville resultert i et antall mottakere med ROP-lidelser estimert til om lag 6000 mottakere på landsbasis, se Tabell 3.

Det er stor grad av samsvar mellom definisjonene av ROP-lidelser definert på grunnlag av levekårsområdet «psykisk helse» og en definisjon på grunnlag av kun symptomer<sup>2</sup>. Den sterke sammenhengen mellom de to metodene for å måle psykisk helse viser at den definisjonen vi har valgt av ROP-lidelser i BrukerPlan vil kunne samsvare godt med metoder basert på kun diagnoser.

Tabell 3. ROP-lidelser basert på opplysning om kun symptomtrykk/alvorlighetsgrad på psykisk lidelse. Prosent

	Prosent
<b>Rød Rusmiddelbruk og rød alvorlighetsgrad, psykisk lidelse</b>	29,4
<b>Gul Rusmiddelbruk og rød alvorlighetsgrad, psykisk lidelse</b>	40,4
<b>Rød Rusmiddelbruk og gul alvorlighetsgrad, psykisk lidelse</b>	30,2
<b>I alt</b>	100
<b>Beregnet antall for hele landet, om lag</b>	5500

	Fargekoder symptomtrykk		
	Grønn	Gul	Rød
<b>Psykisk helse - symptomtrykk</b>	Jevnt og godt livsmot og humør, kun forbigående psykiske reaksjoner som respons på opplevelser.	Psykiske symptomer med varighet over to uker. For eksempel noe deprimert, angstanfall, søvnvansker, eller noe ukritisk adferd/svekket dømmekraft. I blant lettere grad av vrangforestillinger, men ingen hallusinasjoner.	Atferd som er betydelig påvirket av vrangforestillinger, hallusinasjoner, alvorlig svikt i kommunikasjon eller dømmekraft og/eller overaktiv grenseløs adferd, f. eks. med voldsepisoder og utageringsfare, og/eller forsettlig selvskadende adferd.

Figur 3. Hjelpetekst for symptomtrykk for psykisk helse i BrukerPlan.

<sup>2</sup> Korrelasjonskoeffisienten er 0,7.

## Kjønn og alder

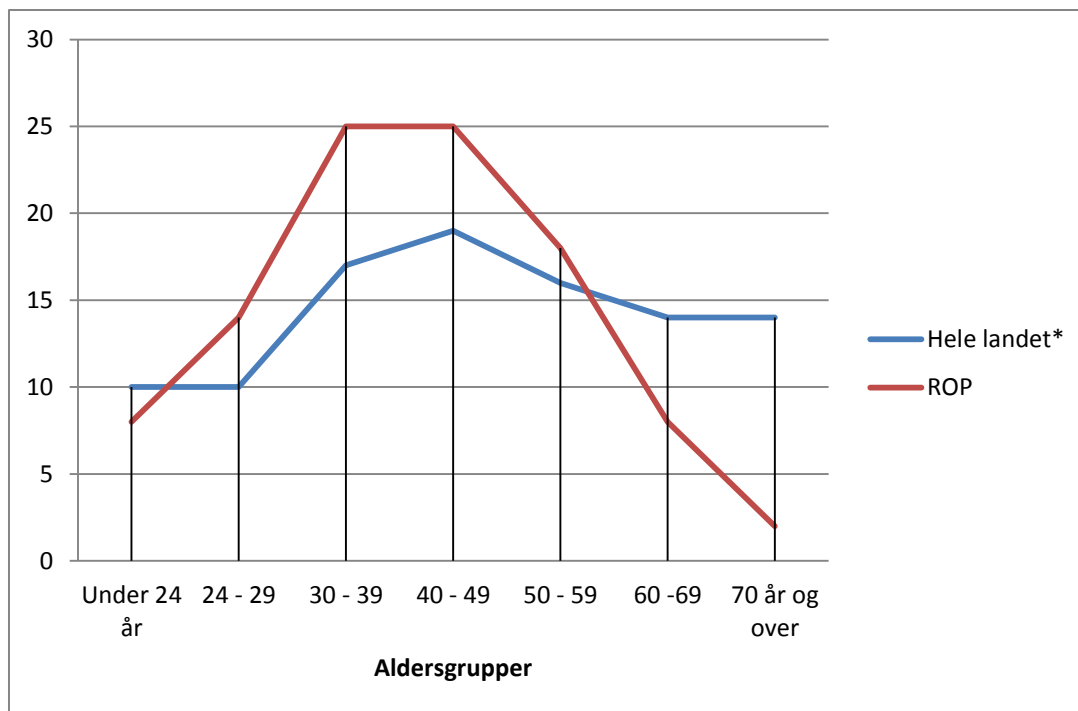
Kjønnsfordelingen blant ROP-mottakere er 70 prosent menn og 30 prosent kvinner, det samme som fordelingen for alle tjenestemottakere. Det er liten forskjell i alder mellom ROP-mottakere og ikke-ROP, Tabell 4 **Feil! Fant ikke referansekilden..** Gjennomsnittsalder for alle ROP-gruppene er 42 år.

En oversikt over ROP-mottakere og ikke-ROP i ulike aldersgrupper, viser en liten prosentvis overvekt av ikke-ROP mottakere i aldersgruppen 60 år og over samt blant de yngste mottakerne, men forskjellene er meget små.

Sammenlignet med befolkningen i hele landet, er mottakere med ROP-lidelser overrepresentert i aldersgrupper under 60 år, og sterkest i alderen mellom 30 og 50 år, se Figur 4.

Tabell 4. Mottakere i ulike aldersgrupper. ROP-skala. Prosent

	ROP-skala				I alt
	Ikke-ROP	Gul rusmiddelbruk og rød psykisk helse	Rød rusmiddelbruk og gul psykisk helse	Rød rusmiddelbruk og rød psykisk helse	
Under 24 år	9	7	8	8	9
24 - 44 år	47	48	46	56	48
45 - 59 år	31	34	34	29	32
60 år og over	12	9	12	7	12
I alt	100	100	100	100	100



Figur 4. Mottakere med ROP-lidelser og befolkningen hele landet i ulike aldersgrupper. Prosent

## Høyest forekomst i mindre kommuner

Det er 17 mottakere med ROP-lidelse per 10 000 innbyggere (18 år og over) på landsbasis. Raten synker med stigende størrelse på kommunene. I kommuner med 20 000 innbyggere og over er raten 14 mottakere, mens det er 20 mottakere per 10 000 innbyggere i de minste kommunene.

Tabell 5. Mottakere med ROP-lidelse per 10.000 innbyggere 18 år og over i kommunene.

Innbyggere 18 år og over i kommunene	Rate per 10 000 innbyggere
Under 2500	20
2500 - 5000	17
5000 -10 000	17
10 000 - 20 000	12
20 000 og over	14
Alle kommuner	17

# Levekår

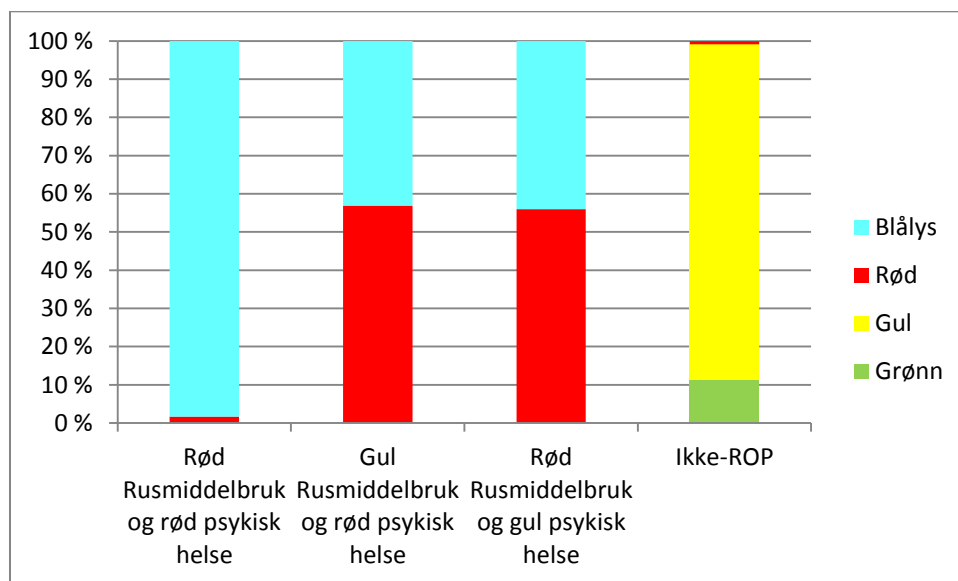
Mottakere med ROP-lidelser har de klart dårligste levekårene sammenlignet med de andre mottakere, enten det gjelder andre mottakere innen rusfeltet eller mottakere med kun psykiske helseproblemer/lidelser. Levekår i BrukerPlan er kartlagt med åtte områder, hvorav psykisk helse og rusmiddelbruk er to av områdene. De andre områdene er meningsfull aktivitet, bolig, økonomi, fysisk helse, sosiale relasjoner og sosialt nettverk. En levekårsindeks gir en samlet beskrivelse av levekårene i fire kategorier etter grad av alvorlighet: grønn, gul, rød og blålys. Hjelpetekster til levekårsområdene vises i Figur 5 under.

	Fargekoder		
	Grønn	Gul	Rød
<b>Bosituasjon</b>	Permanent og tilfredsstillende bosituasjon	Ikke permanent og/eller ikke tilfredsstillende bosituasjon	Bostedsløs (inkl.hospits og tilfeldig hos andre)
<b>Økonomi</b>	Har rimelig god orden i økonomien, basert på fast inntekt fra lønnet arbeid eller stønad, eventuelt supplert med økonomisk sosialhjelp eller andre midlertidige stønader.	Har noe orden i økonomien, basert i perioder med lønnsinntekt eller stønad, men relativt avhengig av økonomisk sosialhjelp eller andre midlertidige stønader. Kan ha noe illegale inntekter.	Har stor uorden i økonomien og/eller er helt avhengig av midlertidige stønader og/eller illegale inntekter.
<b>Meningsfull aktivitet</b>	Er i tilstrekkelig grad i utdanning/arbeid og eller i aktiviteter som oppleves som meningsfulle.	Er i noen, men ikke i tilstrekkelig grad, i utdanning/arbeid og eller meningsfull aktivitet.	Er i liten grad i noen form for utdanning/arbeid og eller meningsfull aktivitet.
<b>Fysisk helse</b>	Har ikke fysiske helseplager med alvorlige konsekvenser for den daglige fungering.	Har noen fysiske helseplager som gir alvorlige konsekvenser for den daglige fungering og/eller for framtidig helsetilstand.	Har omfattende fysiske helseplager som gir svært alvorlige konsekvenser for den daglige fungering og/eller for framtidig helsetilstand.
<b>Psykisk helse</b>	Psykiske helseproblemer som forventes å være milde og kortvarige. De psykiske problemene kan oppleves som vond og vanskelig å håndtere, men de er sjelden av en slik art at det går alvorlig ut over den daglige fungeringen.	Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser. De psykiske problemene kan være vanskelig å håndtere og kan i perioder påvirke fungeringen på noen livsområder.	Alvorlige og langvarige psykiske problemer/lidelser som innebærer ofte store påkjenninger for den enkelte og de nærmeste rundt, og kan gi store funksjonstap på sentrale livsområder.
<b>Rusmiddelbruk</b>	Ingen eller noe bruk av rusmidler, men ikke slik at det går alvorlig ut over den daglige fungering og/eller relasjon til andre.	Omfattende bruk av rusmidler med alvorlige konsekvenser for daglig fungering, men bruken er innenfor visse grenser slik at brukeren i noen grad kan forutse og begrense de mest alvorlige konsekvensene.	Svært omfattende bruk av rusmidler, med svært alvorlige konsekvenser for den daglige fungering. Bruken er helt grenseløs, slik at brukeren ikke klarer å forutse eller begrense konsekvensene.
<b>Sosial fungering</b>	God sosial kompetanse.	God sosial kompetanse i det daglige miljø. Mangelfull sosial kompetanse utenfor dette miljøet, som i butikker, offentlige kontor og i andre sosiale miljø utenfor eget daglige miljø	Har en marginal sosial kompetanse i alle typer sosiale sammenhenger.
<b>Sosialt nettverk</b>	Har vanlige relasjoner til sosiale nettverk som familie, barn, venner frivillige organisasjoner og/eller arbeidsliv.	Har begrensede relasjoner til sosiale nettverk som familie, barn, venner, frivillige organisasjoner og/eller arbeidsliv.	Har lite eller ingen kontakt med sosiale nettverk av alle slag, er isolert eller har bare marginale sosiale relasjoner.

Figur 5. Hjelpetekster til vurdering av levekårsområder.

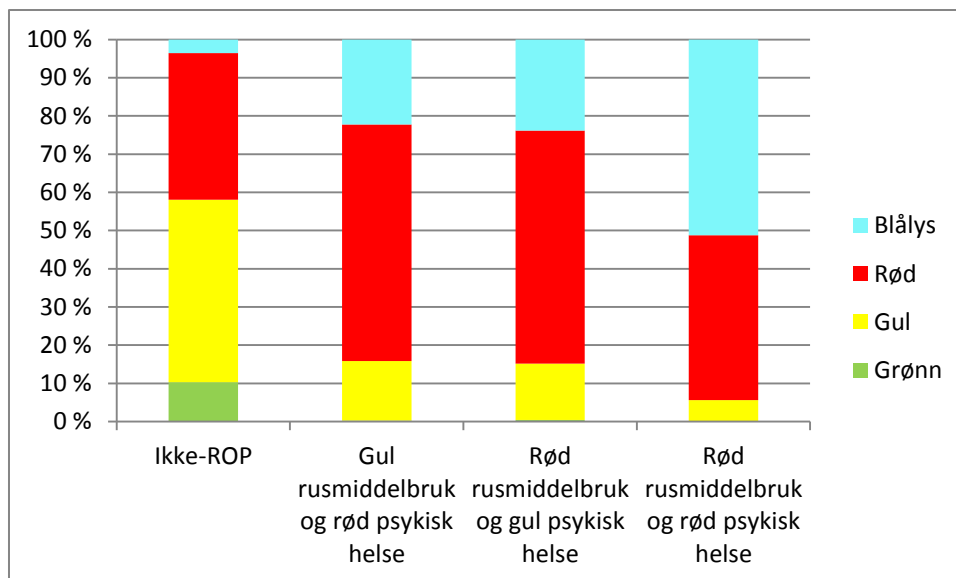
I den videre fremstillingen blir levekårsindeksen belyst på flere måter. Først vises indeksen for alle levekårsområdene for de ulike gruppene ROP-lidelser: ROP-mottakere som er røde både på rusbruk og psykisk helse og mottakere som skårer gult på det ene området og rødt på det andre, mottakere med ROP-lidelser vs. Ikke-ROP (jf. Tabell 1). Deretter vises levekårsindeksen hvor områdene «rusmiddelbruk» og «psykisk helse» er tatt ut.

ROP-mottakere som skårer rødt på rusmiddelbruk og psykisk helse har den dårligste skåren på levekårsindeksen med 98 prosent av mottakerne på blålys, mens de som skårer gult eller rødt har snaut halvparten på blålys. Mottakere uten ROP-lidelse har ingen på blålys og under én prosent på rødt, Figur 6.



**Figur 6. Lavekårsindeks med 8 levekårsområder. ROP-skala. Prosent**

Siden ROP-lidelse per definisjon har de dårligste skårene på rusmiddelbruk og psykisk helse, vil de komme svært dårlig ut på denne levekårsindeksen. Det er av interesse å se hvordan levekårsindeksen ser ut når vi tar vekk områdene «rusmiddelbruk» og «psykisk helse» fra indeksen fordi levekårsindeksen påvirkes sterkt av disse områdene. Når «rusmiddelbruk» og «psykisk helse» tas ut av indeksen blir sammenhengen noe svakere. Målt med korrelasjon, endres koeffisienten fra 0,64 til 0,45. Sammenhengen blir svakere, men fremdeles ganske høy, se Figur 7.



Figur 7. Levekårsindeks med 6 levekårsområder. ROP-skala. Prosent

Kombinasjon av omfattende rusbruk og alvorlige psykiske lidelser er forbundet med særlig dårlige samlede levekår. Det vil si at de kommer jevnt over svært dårlig ut på boligforhold, meningsfull aktivitet, fysisk helse, sosiale relasjoner og sosialt nettverk, i tillegg til rusbruk og psykisk helse.

Mottakere med ROP-lidelse har størst andel med den dårligste skåren på levekårsindeksen. Nær samtlige med ROP-lidelse skårer på rødt eller blålys på indeksen. Mottakere uten ROP-lidelse har en andel på 44 prosent på blålys.

Tabell 6. Indeks med 8 levekårsområder. ROP-skala. Prosent

Indeks 8 levetekårsområder	ROP-skala				I alt
	Ikke-ROP	Gul/rød	Rød/gul	Rød/rød	
		Gul rusmiddelbruk og rød psykisk helse	Rød rusmiddelbr uk og gul psykisk helse	ød rusmiddelbruk og rød psykisk helse	
Grønn	6	.	.	.	5
Gul	46	.	.	.	36
Rød	47	57	56	2	46
Blålys	-	43	44	98	13
I alt	100	100	100	100	100

Tabell 7. Indeks med 6 levekårsområder. ROP-skala). Prosent

Indeks 6 levetekårsområder	ROP-skala				I alt
	Ikke-ROP	Gul/rød	Rød/gul	Rød/rød	
		Gul rusmiddelbruk og rød psykisk helse	Rød rusmiddelbruk og gul psykisk helse	Rød rusmiddelbruk og rød psykisk helse	
Grønn	10	-	-	-	8
Gul	48	16	15	6	40
Rød	38	62	61	43	42
Blålys	4	22	24	51	10
I alt	100	100	100	100	100

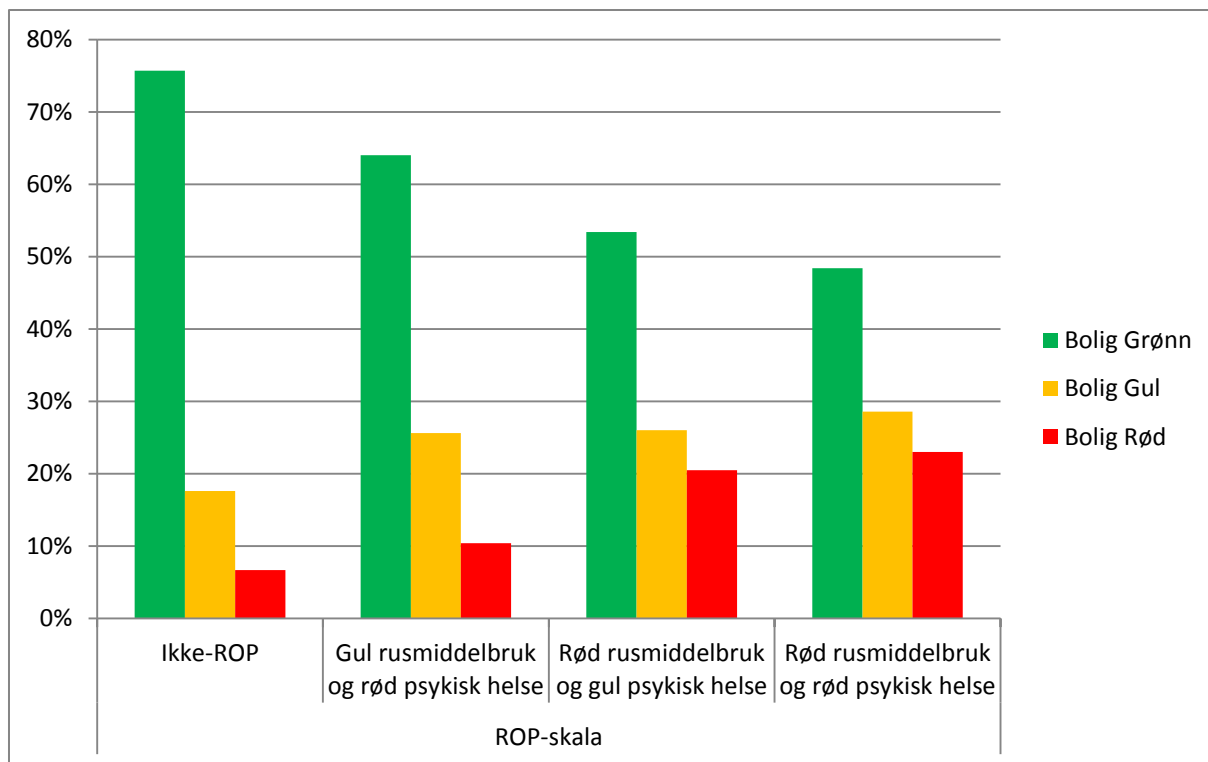
## Bosituasjon

Opplysning om bosituasjonen viser at 17 prosent av ROP-mottakere er bostedsløse mot 7 prosent blant ikke-ROP mottakere. Andelen med gul skåre (ikke tilfredsstillende bosituasjon) er også klart høyest blant ROP-mottakere. En andel på 57 prosent av ROP-mottakere har tilfredsstillende bosituasjon mot 76 prosent blant ikke-ROP. Sammenheng mellom bosituasjon og mottakere ikke spesielt høy, se Tabell 15.

Tabell 8. Bosituasjon for mottakere. ROP-skala. Prosent

Bosituasjon	ROP-Skala				I alt
	Ikke-ROP	Gul/rød	Rød/gul	Rød/rød	
		Gul rusmiddelbruk og rød psykisk helse	Rød rusmiddelbruk og gul psykisk helse	Rød rusmiddelbruk og rød psykisk helse	
Grønn	76	64	53	48	71
Gul	18	26	26	29	20
Rød (bostedsløs)	7	10	21	23	9
I alt	100	100	100	100	100





Figur 8. Bosituasjon for mottakere. ROP-skala. Prosent

## Meningsfull aktivitet, sosiale relasjoner og sosialt nettverk

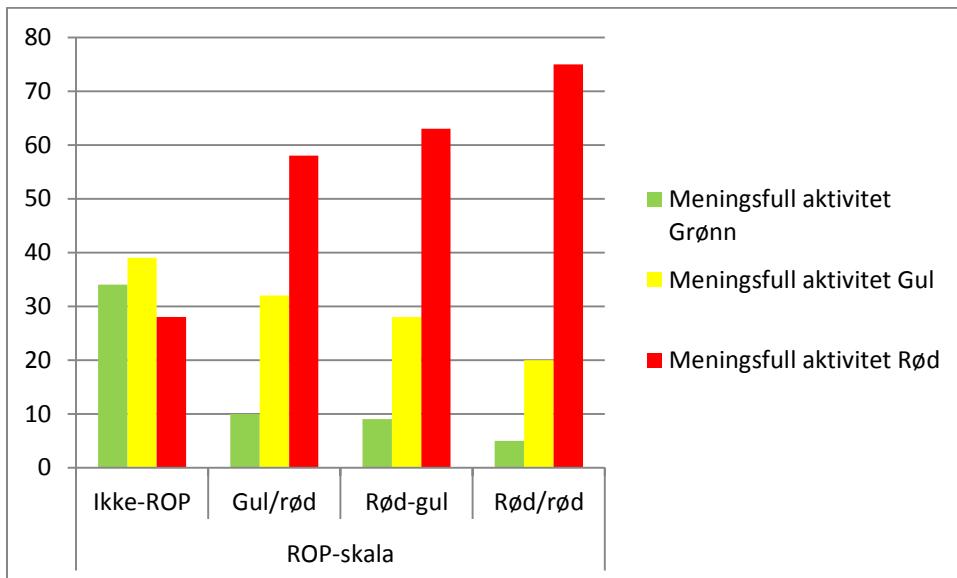
Levekårsområdet «meningsfull aktivitet» er vurdert ut fra mottakernes deltagelse i aktiviteter både i og utenom arbeid og utdanning. Aktivitetene er for det meste knyttet til aktiviteter i fritiden, og størst andel gjelder aktiviteter i egen regi. Dette kan gjelde forhold som å handle og gjøre innkjøp selv, gå på kino, gå tur mm. De andre aktivitetene gjelder aktiviteter i kommunal regi, deltagelse i regi av frivillige organisasjoner og av brukerorganisasjoner. Aktiviteter knyttet til utdanning og arbeidsliv utgjør bare en liten del.

Meningsfull aktivitet blant ROP-mottakere viser at 64 prosent skårer på rødt og er i liten grad i noen form for meningsfull aktivitet. Blant ikke-ROP skårer 27 prosent rødt, Tabell 9. Korrelasjoner mellom levekårsområdene meningsfulle aktiviteter, sosial fungering og sosialt nettverk og mottakere innen og utenfor ROP-definisjonen er høy, se Tabell 15.

Meningsfull aktivitet, kombinert med opplysninger om sosialt nettverk og sosial fungering fremstår ROP-mottakere som svært dårlig integrert i samfunnet og må karakteriseres som en sterkt marginalisert befolkningsgruppe.

Tabell 9. Meningsfull aktivitet for mottakere. ROP-skala. Prosent

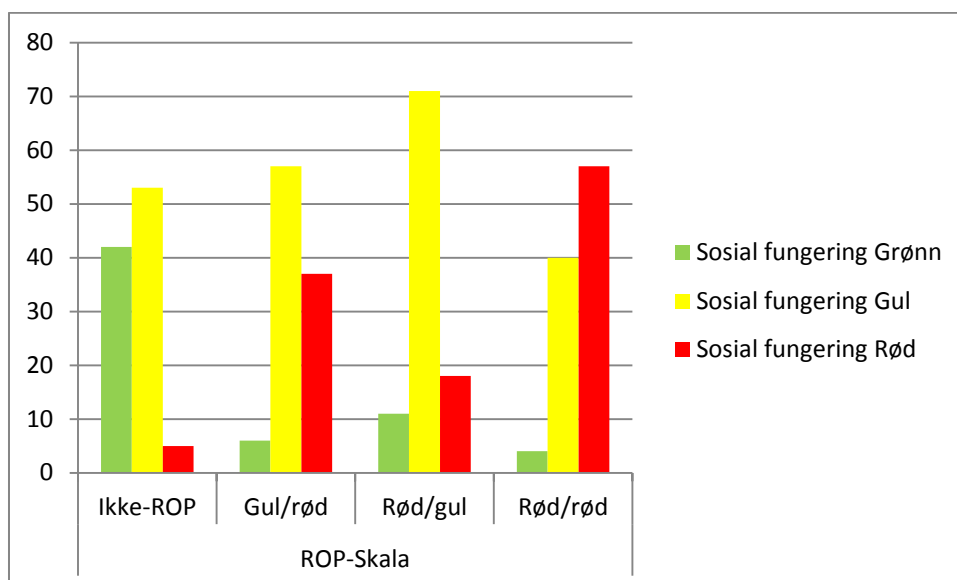
		ROP-skala				I alt
		Ikke-ROP	Gul/rød	Rød-gul	Rød/rød	
			Gul rusmiddelbruk og rød psykisk helse	Rød rusmiddelbruk og gul psykisk helse	Rød rusmiddelbruk og rød psykisk helse	
Meningsfull aktivitet	Grønn	34	10	9	5	28
	Gul	39	32	28	20	36
	Rød	28	58	63	75	36
I alt		100	100	100	100	100



Figur 9. Meningsfull aktivitet for mottakere. ROP-skala. Prosent

Tabell 10. Sosial fungering for mottakere. ROP-skala. Prosent

		ROP-Skala				I alt
		Ikke-ROP	Gul/rød	Rød/gul	Rød/rød	
			Gul rusmiddelbruk og rød psykisk helse	Rød rusmiddelbruk og gul psykisk helse	Rød rusmiddelbruk og rød psykisk helse	
Sosial fungering	Grønn	42	6	11	4	35
	Gul	53	57	71	40	54
	Rød	5	37	18	57	12
I alt		100	100	100	100	100



Figur 10. Sosial fungering for mottakere. ROP-skala. Prosent

Tabell 11. Sosialt nettverk for mottakere. ROP-skala. Prosent

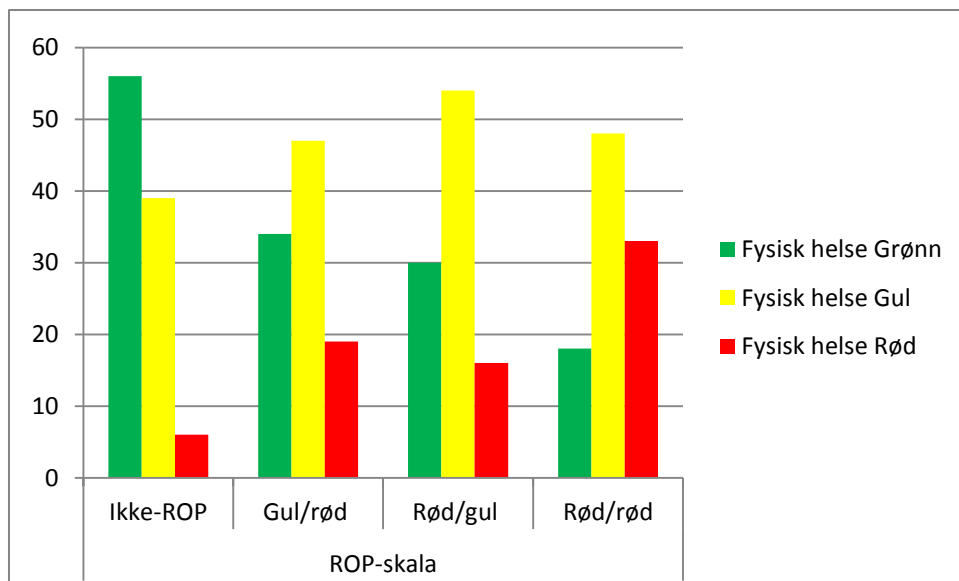
		ROP-skala				I alt
		Ikke-ROP	Gul/rød	Rød/gul	Rød/rød	
			Gul rusmiddelbruk og rød psykisk helse	Rød rusmiddelbruk og gul psykisk helse	Rød rusmiddelbruk og rød psykisk helse	
Nettverk	Grønn	35	7	9	4	29
	Gul	59	61	70	49	59
	Rød	6	31	21	48	12
I alt		100	100	100	100	100

## Fysisk Helse

På området fysisk helse skårer ROP-mottakere 28 prosent på grønt, dvs. at ikke har helseplager med alvorlige konsekvenser for daglig fungering mot 56 prosent blant ikke-ROP mottakere. En andel på 22 prosent av ROP-mottakerne har omfattende fysiske helseplager med alvorlig konsekvenser for daglig fungering (rød skåre) mot 5 prosent blant ikke-ROP mottakere.

Tabell 12. Fysisk helse for mottakere. ROP-skala. Prosent

		ROP-skala				I alt
		Ikke-ROP	Gul/rød	Rød/gul	Rød/rød	
			Gul rusmiddelbruk og rød psykisk helse	Rød rusmiddelbruk og gul psykisk helse	Rød rusmiddelbruk og rød psykisk helse	
Fysisk helse	Grønn	56	34	30	18	50
	Gul	39	47	54	48	41
	Rød	6	19	16	33	9
I alt		100	100	100	100	100



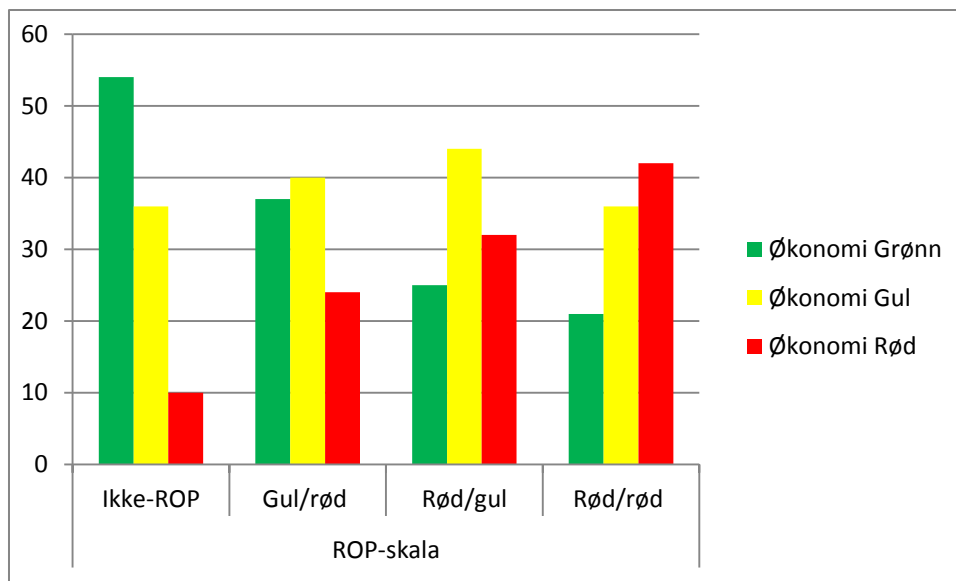
Figur 11. Fysisk helse for mottakere. ROP-skala. Prosent

## Økonomi

En andel på 30 prosent av ROP-mottakere skårer grønt, har rimelig god orden på økonomien økonomi mot 54 prosent blant ikke-ROP mottakere. En andel på 31 prosent blant ROP-mottakerne har stor uorden i økonomien og er i stor grad avhengige av offentlige økonomiske stønader eller illegale inntekter (rød skåre), mens 10 prosent av ikke-ROP mottakere er i samme situasjon, se også avsnitt om livsopphold.

Tabell 13. Økonomi for mottakere. ROP-skala. Prosent

		ROP-skala				I alt
		Ikke-ROP	Gul/rød	Rød/gul	Rød/rød	
			Gul rusmiddelbruk og rød psykisk helse	Rød rusmiddelbruk og gul psykisk helse	Rød rusmiddelbruk og rød psykisk helse	
Økonomi	Grønn	54	37	25	21	48
	Gul	36	40	44	36	37
	Rød	10	24	32	42	15
I alt		100	100	100	100	100



Figur 12. Økonomi for mottakere. ROP-skala. Prosent

## Sammenhenger ROP – ikke-ROP

Sammenhengene mellom ROP-mottakere og ikke-ROP kan uttrykkes ved korrelasjoner. Da brukes en skala på ROP/ikke-ROP ved bruk av ROP-definisjonen med tillegg av ikke-ROP mottakere, se skalaen Tabell 14.

Konklusjonen er at dess sterkere større innslag av rusmiddelbruk og dess mer alvorlig psykisk lidelse, dess dårlige levekår når alle mottakere inkluderes. Sammenhengen med psykisk helse og rusmiddelbruk er høy fordi disse områdene definatorisk inngår i ROP-definisjonen. Korrelasjoner viser sammenheng med hver enkelt opplysning, men det er samvariasjon mellom de enkelte levekårsområdene, og en statistisk analyse viser betydningen av hvert levekårsområde når vi kontrollerer for denne samvariasjonen. Vi får da nettoeffekten av hver levekårsopplysning som vist i Tabell 16. I tabellen Tabell 16 ser vi hvilke levekårsområder utenom «rusmiddelbruk» og «psykisk helse» som har størst betydning for ROP-lidelser. Størst vekt har «sosial fungering» etterfulgt av «fysisk helse» og «økonomi». Bortsett fra rusmiddelbruk og psykisk helse, er det følgelig «sosial fungering» som best skiller ROP-mottakere for ikke-ROP. Andre skiller med betydning er «fysisk helse» og «økonomi».

Tabell 14. Skala for mottakere etter ROP-definisjonen og ikke-ROP mottakere.

	Antall	Prosent
<b>Ikke-ROP</b>	16117	78,5
<b>Gul rusmiddelbruk og rød psykisk helse</b>	1512	7,4
<b>Rød rusmiddelbruk og gul psykisk helse</b>	1495	7,3
<b>Rød rusmiddelbruk og rød psykisk helse</b>	1411	6,9
<b>I alt</b>	20535	100

Tabell 15. Korrelasjoner ROP-mottakeren<sup>3</sup> og ikke-ROP.

Levekårsområder	Korrelasjon ROP-skala
<b>Bolig</b>	0,2
<b>Fysisk helse</b>	0,3
<b>Psykisk helse</b>	0,7
<b>Rusmiddelbruk</b>	0,7
<b>Meningsfull aktivitet</b>	0,3
<b>Sosial fungering</b>	0,4
<b>Sosialt nettverk</b>	0,4
<b>Økonomi</b>	0,3
<b>Levekårsindeks 6</b>	0,4
<b>Levekårsindeks 8</b>	0,6

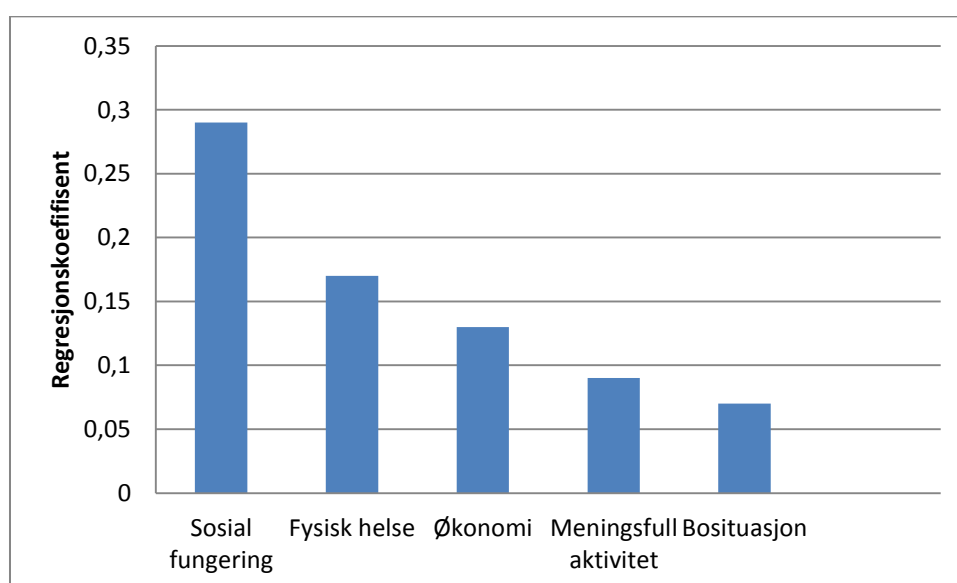
---

<sup>3</sup> ROP/ikke ROP er en skala med ROP-definisjonen inkludert mottakere utenfor ROP.

Tabell 16. Sammenheng mellom levekårsområder og ROP-skala. Regresjon

	Standardisert regresjonskoeffisient*
Bosituasjon	,07
Økonomi	,13
Fysisk helse	,17
Meningsfull aktivitet	,09
Sosial fungering	,29

Avhengig variabel: ROP-skala. ( $R^2=0,25$ ). Alle sammenhenger er statistisk signifikante,  $p<0,01$ .



Figur 13. Sammenheng mellom levekårsområder og ROP-skala. Regresjon

## Kilde til livsopphold

Kilde til livsopphold belyser en sentral del av levekårene som ikke fanges opp av opplysningene fra området «økonomi». Vi supplerer derfor levekårsområdene ovenfor, med opplysninger om tjenester og ytelser fra NAV, så som økonomiske ytelser og arbeidsrettede tiltak.

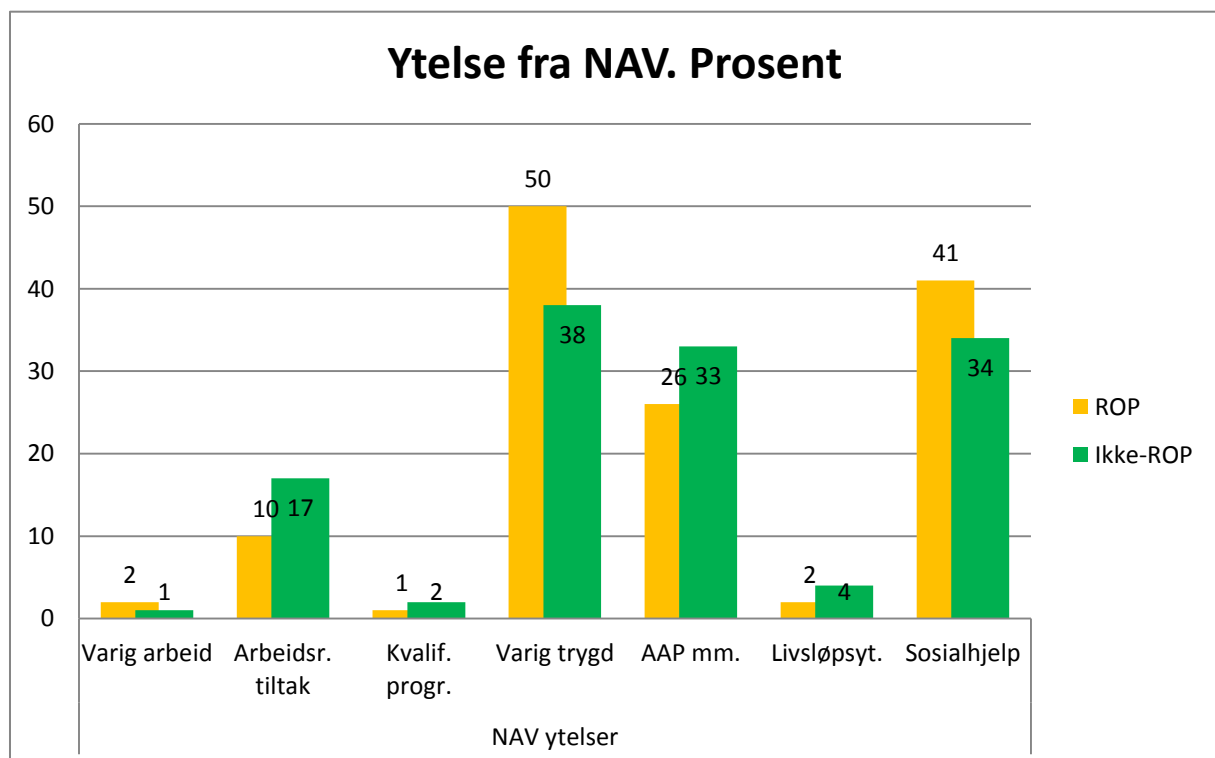
Regnet i prosent av alle mottakere, har ROP-mottakere har større andel varig trygd, men mindre andel med midlertidige ordninger så som økonomisk sosialhjelp, arbeidsavklaringspenger (AAP) og dagpenger. I alt har ROP-mottakere prosentvis flere med økonomiske ytelser med unntak av AAP, mens ikke-ROP mottakere har størst andel med ordninger knyttet til arbeid, spesielt arbeidsrettede tiltak samt AAP.



Konklusjonen er at alle mottakere får tjenester fra NAV, men at ROP-mottakere i større grad er avhengig av økonomiske stønader og at ikke-ROP mottakere har større andel tjenester knyttet til arbeidslivet.

Tabell 17. Mottakere med tjenester fra NAV. Prosent

NAV ytelser	Mottakere med ROP-lidelse	Ikke-ROP mottakere	I alt
	Varig arbeid	2	2
Arbeidsrettede tiltak	11	19	17
Kvalifiseringsprogrammet	1	2	2
Varig trygd	54	44	46
Arbeidsavklaring, dagpenger	28	37	35
Livsløpsytelser	2	4	4
Sosialhjelp	45	38	40
Tjenester i gjennomsnitt per mottaker	1,43	1,46	1,45



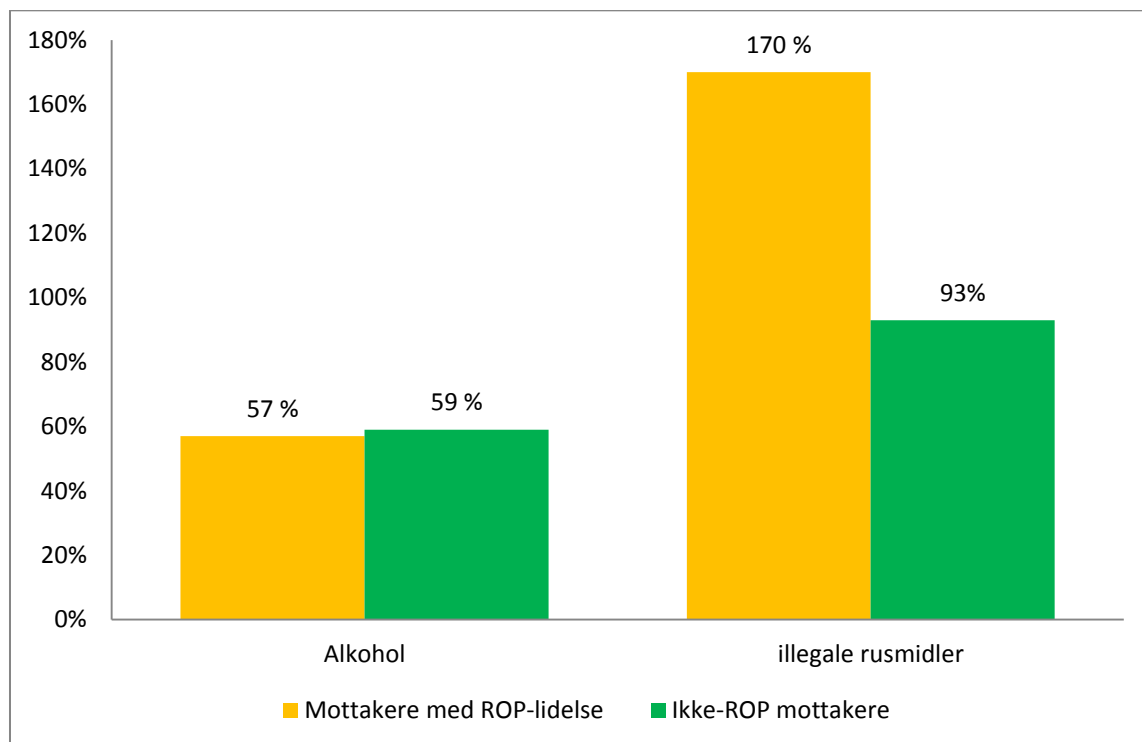
Figur 14. Mottakere med tjenester fra NAV. Prosent

## ROP-mottakere har størst andel med illegale rusmidler

Registreringen av rusmidler i BrukerPlan inndelt i tre kategorier: beskjedne, omfattende og svært omfattende bruk. I tillegg registreres, som vist ovenfor, levekårsområdet «Rusbruk», inndelt i grønt, gult og rødt. Alle rusmidler blir registrert, slik at en bruker kan være registrert med bruk av forskjellige rusmidler f. eks. svært omfattende bruk av alkohol, betydelig bruk av cannabis og beskjedne eller ingen bruk av heroin.

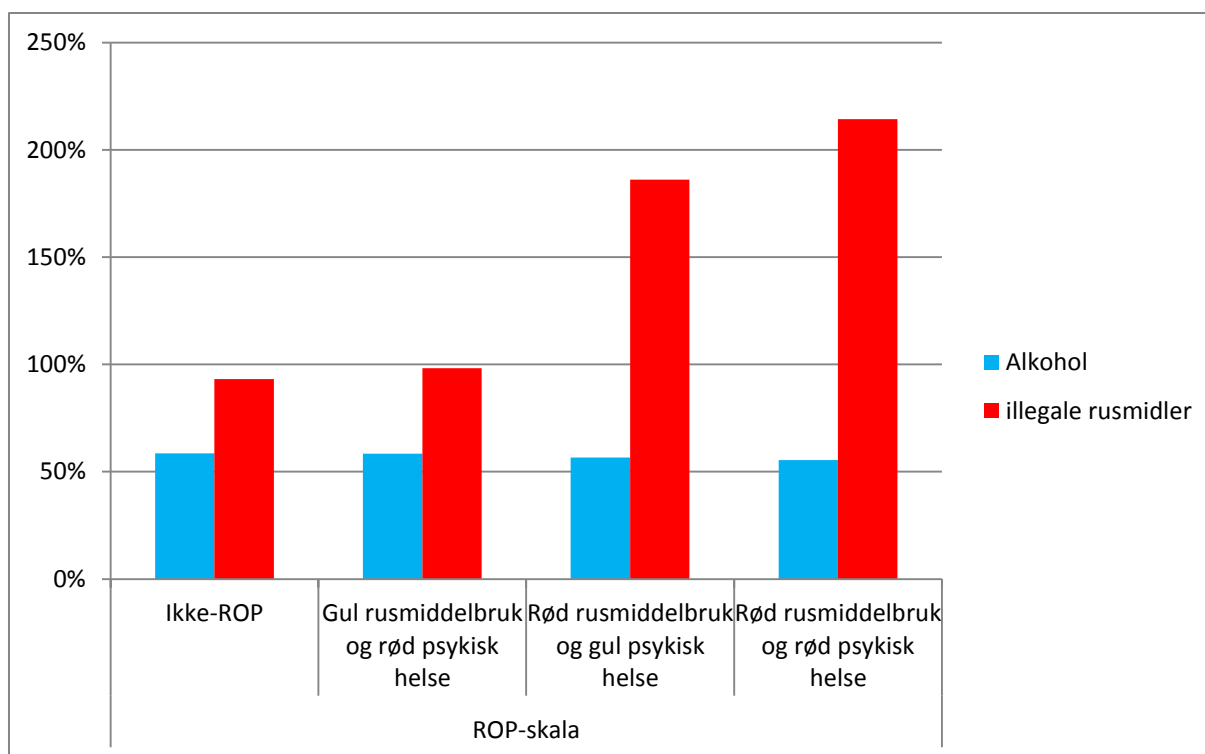
ROP-mottakere har klart større bruk av rusmidler i gjennomsnitt per bruker enn ikke-ROP mottakere. Personer med ROP-lidelser bruker i gjennomsnitt noe over to rusmidler per person, mens andre mottakere har 1,5 rusmidler. ROP-mottakere og ikke-ROP mottakere har nær samme andel med forbruk av alkohol, 57-58 prosent, men ROP-mottakere har større forbruk av illegale rusmidler<sup>4</sup>, med henholdsvis 1,7 mot 0,9 rusmidler i gjennomsnitt per person.

Figur 16 gir et mer detaljert bilde og viser bruk av rusmidlene fordelt etter ROP-skalaen. Her ser vi at bruk av illegale rusmidler er spesielt høyt blant ROP-mottakere som skårer rødt på rusmiddelbruk og rødt på psykisk helse.



**Figur 15. Bruker av rusmidler i betydelig og svært omfattende grad. Mottakere med ROP-lidelser og ikke-ROP mottakere. Prosent**

<sup>4</sup> Illegale rusmidler omfatter her: cannabis, heroin, sentralstimulerende midler, illegale-LAR-legemidler, andre illegale legemidler og andre illegale rusmidler.



Figur 16. Bruk av rusmidler i betydelig og svært omfattende grad. ROP-skala. Prosent<sup>5</sup>

## Oppfølging av tjenestemottakere: tiltaksplaner og ansvarsgrupper

Helseforetaksloven, Pasientrettighetsloven, Helse- og omsorgstjenesteloven mm, pålegger helseforetak og kommuner å utarbeide en individuell plan (IP) for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte og at planarbeidet koordineres. BrukerPlan har opplysninger om mottakere som har IP eller andre tiltaksplaner og om det er opprettet ansvarsgruppe for mottakeren. Ansvarsgruppe er ikke lovpålagt, men mange brukere deltar i ansvarsgruppe, og den kan fungere som et samarbeidsorgan knyttet til en IP. Ansvarsgruppen kan være sammensatt av representanter for kommunen, NAV, fastlege, pårørende, spesialisthelsetjenesten m. fl.

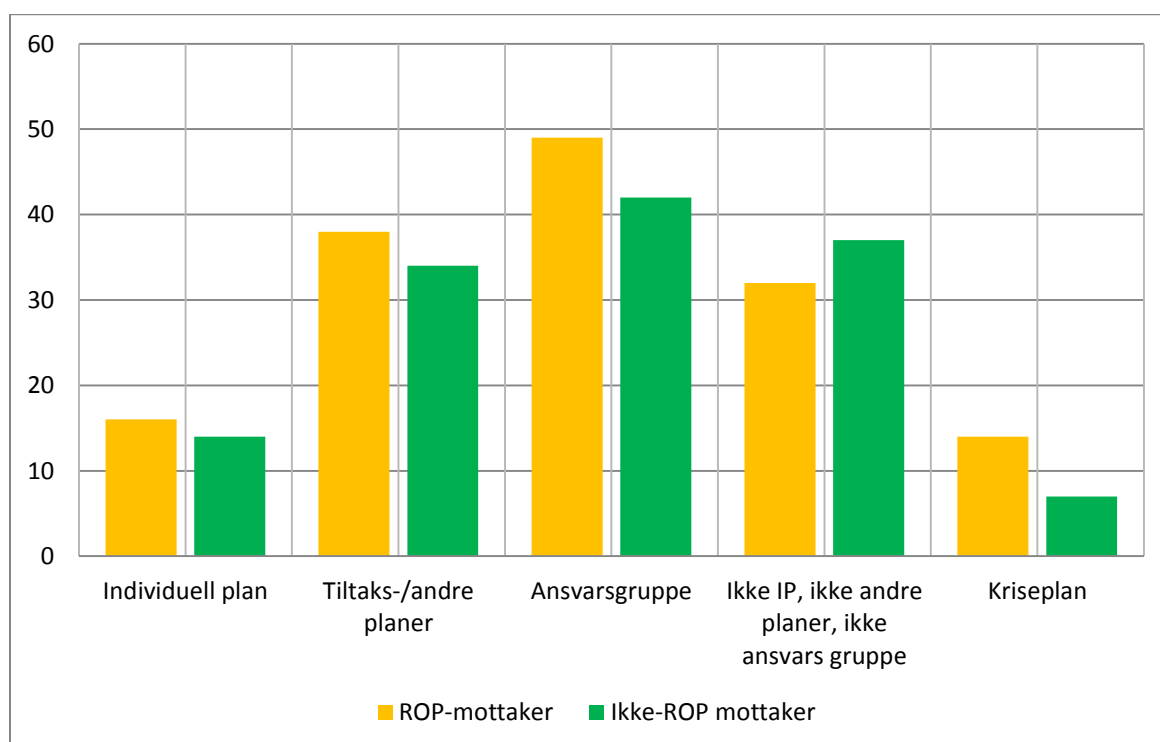
Mottakere med ROP-lidelser er en gruppe mottakere som skulle ha behov for langvarige og sammensatte tjenester og som derfor burde ha god oppfølging gjennom tiltaksplaner og ansvarsgrupper. Forskjellen mellom ROP-mottakere og ikke-ROP når det gjelder individuell plan er liten, 16 mot 14 prosent.

<sup>5</sup> Prosentsummen blir over 100 når mottakeren er registrert med mer enn ett rusmiddel.

Det er heller ikke stor forskjell på andre tiltaksplaner, 49 mot 42 prosent. Samlet sett, er det små forskjeller mellom mottakere med ROP-lidelser og ikke-ROP mottakere i systematisk oppfølging gjennom individuell plan og andre tiltaksplaner. Tatt i betraktning de meget dårligere levekårene for ROP-mottakere og behovet for langvarige og sammensatte tjenester, kan dette tyde på at ROP-mottakere i for liten grad har denne formen for systematisk oppfølging. Andel med ansvarsgrupper er imidlertid relativt høy, med 49 prosent blant ROP-mottakere mot 41 prosent blant ikke-ROP. Tar en med alle former for systematisk oppfølging av mottakere, har mottakerne ganske god oppfølging, men rundt en tredjedel av mottakere har ingen oppfølging, verken gjennom planer eller ansvarsgrupper, Tabell 18 og Figur 17. Kriseplan er et spesielt tiltak for de mest psykisk syke, og her har ROP-mottakere nær 10 prosentpoeng større andel enn ikke-ROP.

**Tabell 18. Andel mottakere med individuell plan, andre tiltaksplaner og ansvarsgrupper. Prosent**

	ROP-mottaker	Ikke ROP mottaker
Individuell plan (IP)	16	14
Tiltaks-/andre planer	38	34
Ansvarsgruppe	49	42
Ikke IP, ikke andre planer, ikke ansvars gruppe	32	37
Kriseplan	14	7



**Figur 17. Andel mottakere med individuell plan, andre tiltaksplaner og ansvarsgrupper. Prosent**

## Størst andel ROP-mottakere som injiserer

Injisering er mest vanlig blant ROP-mottakere med 34 prosent mot 13 prosent blant ikke-ROP. Mottakere dårligste skåre på rusmiddelbruk og psykisk helse (rød/rød), har en andel på 44 prosent med injisering. Sammenhengen mellom ROP-skala og injisering er relativt sterk.

Tabell 19. Mottakere som injiserer. Prosent

	ROP-mottaker	Ikke-ROP mottaker
Injisering	34	13

## Kognitive vansker

ROP-mottakere større andel med kognitiv svikt, med en andel på 25 prosent blant ROP-mottakere mot 12 prosent blant ikke-ROP. Mottakere med kognitive vansker har en litt høyere andel med dårligs skåre (blålys) på levekårsindeksen, men også en høyere andel med alvorlige og langvarige psykiske lidelser (rødt på «psykisk helse»). Kognitive vansker har også en negativ innvirkning på sosial fungering og sosialt nettverk, men liten effekt på økonomi, fysisk helse eller rusmiddelbruk. Sammenheng med ROP-skala er moderat (korrelasjon på 0,14), og viser at det ikke er betydelig forskjell mellom ROP-mottakere og ikke-ROP når det gjelder kognitive vansker.

Tabell 20. Mottakere med kognitive vansker. Prosent

	ROP-mottaker	Ikke-ROP mottaker
Kognitive vansker	25	12

## Vold og trusler om vold, ikke stor forskjell

Under temaet vold eller trusler om vold, er kategoriene: er selv utsatt for vold/trusler om vol, utsetter andre for vold/trusler og som en tredje kategori, begge deler. ROP-mottakere en i mindre grad enn ikke-ROP utsatt for vold/trusler, mens ikke er noen forskjell i å utsette andre for vold/trusler. I kategorien «begge deler» er imidlertid ROP-mottakere mest utsatt.

Sammenhengen mellom vold/trusler om vold og ROP-skala er ikke spesielt sterk (korrelasjon på 0,14). Vi derfor ikke si at ROP-mottakere er betydelig mer utsatt for vold eller trusler om vold enn ikke-ROP mottakere.

Tabell 21. Mottakere utsatt for vold eller trusler om vold. Prosent

	ROP	Ikke ROP	I alt
Utsatt for vold/trusler	29	38	35
Utsetter andre for vold/trusler	24	25	25
Begge deler	48	37	41
I alt	100	100	100

## Liten forskjell i kriminalitet

Kriminalitet blir her definert som opplysning om fengselsopphold; mottakere som er i fengsel nå eller som er løslatt de siste 12 måneder. Det er liten forskjell mellom ROP-mottakere og andre mottakere. ROP-mottakere har 2 prosent flere med fengselsopphold, Tabell 22. Sammenheng med ROP-skala er lav.

Tabell 22. Mottakere løslatt fra fengsel eller i fengsel. Prosent

		Mottakere 2016		I alt
		ROP	Ikke ROP	
Fengsel	Løslatt fra fengsel siste 12 måneder	6	4	5
	Er i fengsel nå	3	3	3
	Ingen av delene	91	93	93
I alt		100	100	100

## ROP-mottakere har større risiko for overdose og selvmord

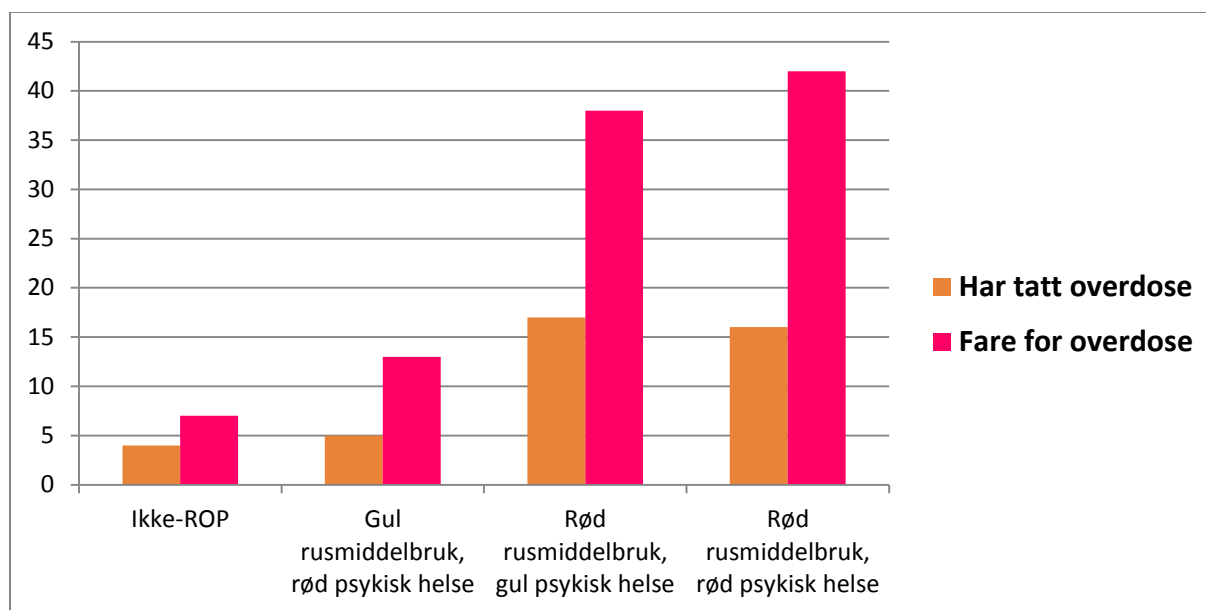
Selvmordsforsøk og fare for selvmord registreres i BrukerPlan. ROP-mottakere har større risiko for fare for selvmord og selvmordsforsøk. Sammenheng mellom ROP-skala og overdose er sterk og tyder på at risikoen er betydelig større blant ROP-mottakere, spesielt når det gjelder fare for overdose, Tabell 23 og Figur 18. Blant ROP-mottakerne med rødt rusmiddelbruk og rødt på psykisk helse har 42 prosent vært i fare for overdose, mot syv prosent blant ikke-ROP mottakere.

Fare for selvmord er ekstremt høyere blant ROP-mottakere enn ikke-ROP. Over  $\frac{3}{4}$  fjerdedeler og opp mot 90 prosent av ROP-mottakerne har stått i fare for selvmord på tidspunkt for kontakt med kommunen mot sju prosent blant ikke-ROP. Selvmordsforsøk er i mindre grad rapportert, men også her har ROP-mottakere høyere andel enn ikke-ROP,

Tabell 24 og Figur 19.

Tabell 23. Mottakere med risiko for overdose. ROP-ksala. Prosent

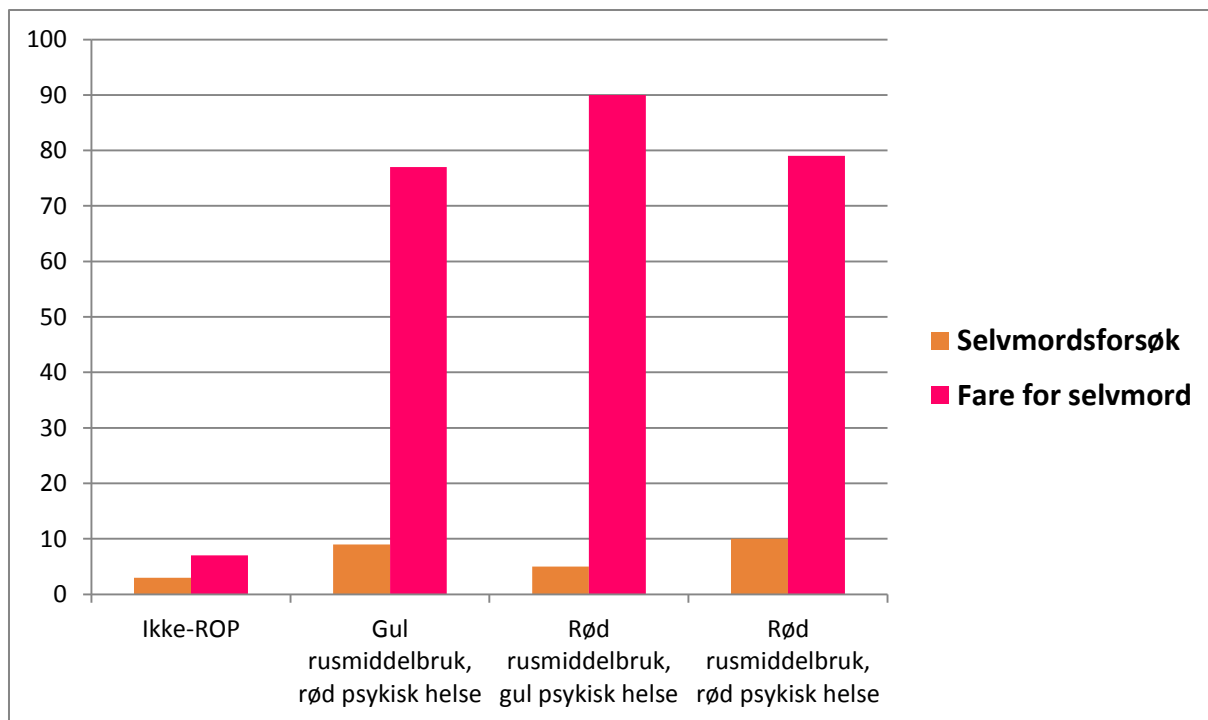
	Ikke-ROP	Gul rusmiddelbruk og rød psykisk helse	Rød rusmiddelbruk og gul psykisk helse	Rød rusmiddelbruk og rød psykisk helse
Har tatt overdose	4	5	17	16
Fare for overdose	7	13	38	42



Figur 18. Mottakere med risiko for overdose. ROP-skala. Prosent

Tabell 24. Mottakere etter risiko for selvmord. ROP-skala. Prosent

	Ikke-ROP	Gul rusmiddelbruk og rød psykisk helse	Rød rusmiddelbruk og gul psykisk helse	Rød rusmiddelbruk og rød psykisk helse
Selvmoedsforsøk	3	9	5	10
Fare for selvmord	7	77	90	79



Figur 19. Mottakere med risiko for selvmord. Prosent

## Helse- og omsorgstjenester

Kommunen yter et stort omfang av helse- og omsorgstjenester, se Tabell 31 i Vedlegg 1. I gjennomsnitt yter kommunen 4,4 tjenester per person til ROP-mottakere og 3,5 tjenester til ikke-ROP mottakere.

ROP-mottakere har størst omfang av helserelaterte tjenester, se Tabell 25 og Figur 20. ROP-mottakere har også større andel med boligjenester og praktisk bistand eller støttekontakt.

Andel med aktiv oppsøkende behandling som ACT/FACT er lav for alle mottakere, men ROP-mottakere har en andel på sju prosent mot 2 prosent blant ikke-ROP.

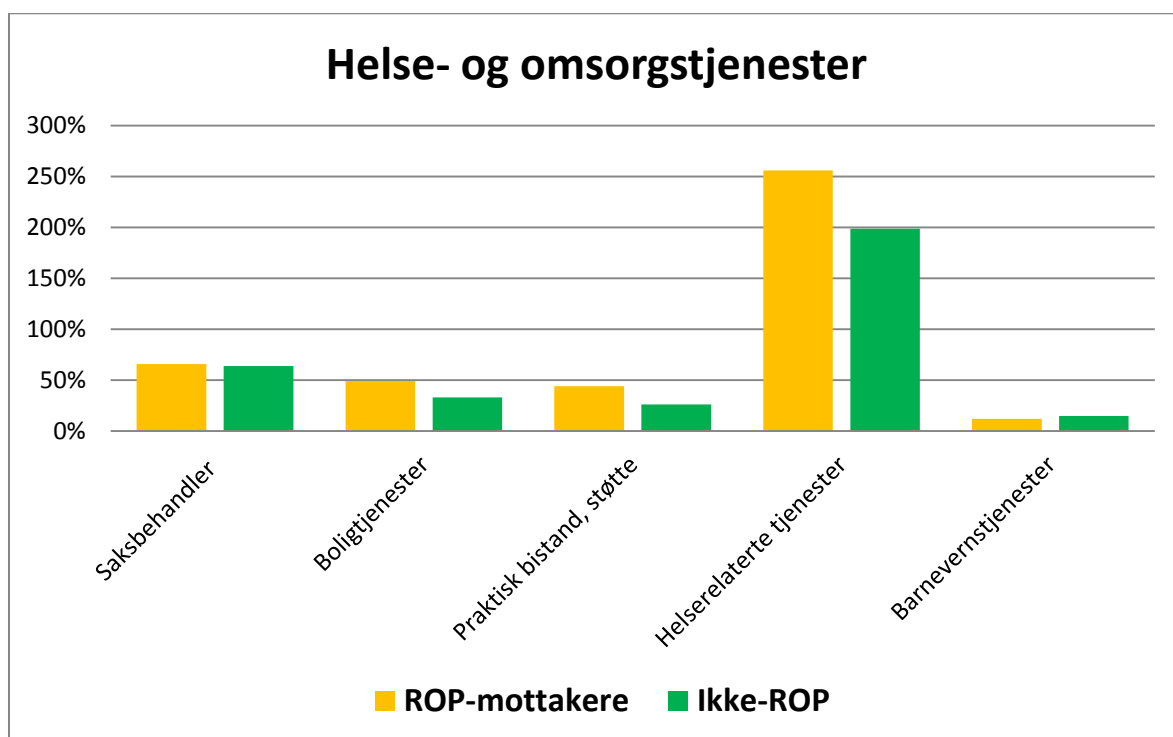


Tabell 25. Mottakere med helse- og omsorgstjenester i kommunen. Prosent

	ROP-mottakere	Ikke-ROP mottaker
Saksbehandler	66	64
Boligtjenester	49	33
Praktisk bistand, støtte	44	26
Helserelaterte tjenester*	256	199
Barnevernstjenester	12	15
Tjenester i gjennomsnitt per mottaker	4	3

\*Her inngår fastlege som utgjør nær halvparten av alle helserelaterte tjenester.

For en mer detaljert oversikt, se Tabell 31, Vedlegg 1.



Figur 20. Mottakere med helse- og omsorgstjenester i kommunene. Prosent

## Spesialisthelsetjenesten

I BrukerPlan registreres spesialisthelsetjenester knyttet til institusjon eller avdeling for rusbehandling, institusjon for psykisk helsevern eller somatisk sykehus.

Helseforetakene er pålagt å gi tilbud til tverrfaglig spesialisert rusbehandling, kalt TSB. Personer med pasientrettigheter etter TSB-retningslinjer mottar tjenester fra ulike rusinstitusjoner i den ordinære spesialisthelsetjenesten eller i private institusjoner med avtale med de regionale helseforetakene. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er en del av TSB-tjenestene, men vi oppgir egne tall for LAR-tjenester, se Tabell 26.

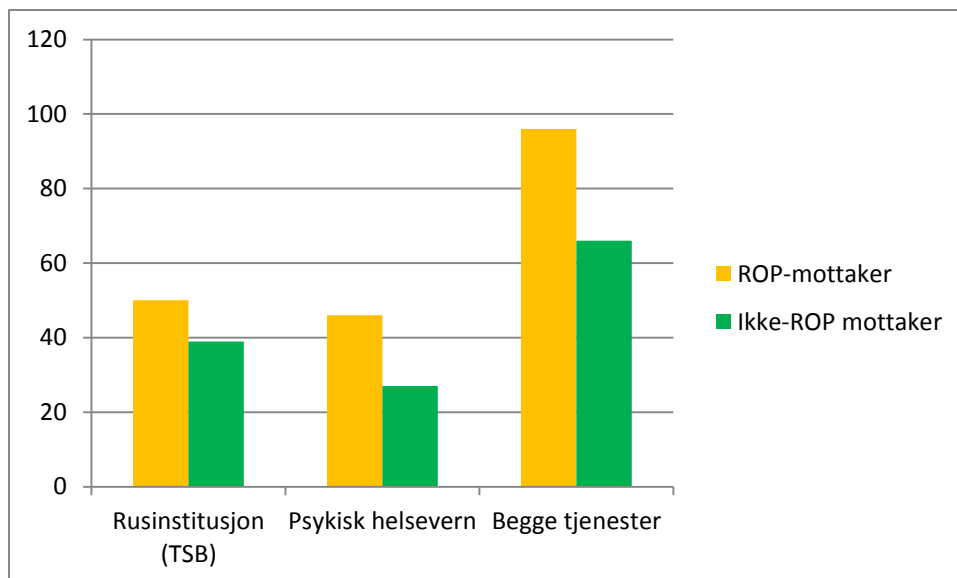
En andel på 50 prosent av ROP-mottakerne har minst én tjeneste fra TSB mot 39 prosent blant mottakere utenfor ROP. I psykisk helsevern er forholdet 46 prosent for ROP-mottakere, mot 27 prosent for ikke-ROP mottakere. Samlet viser kartleggingen at opp mot 97 prosent av ROP-mottakerne har minst én tjeneste fra TSB eller psykisk helsevern, mens 66 prosent av ikke-ROP mottakere mottar tilsvarende tjenester, Tabell 26. Polikliniske tjenester er den vanligste tjenesten blant ROP-mottakere både i TSB og psykisk helsevern og over halvparten (55 prosent) av mottakerne har denne tjenesten. Akutt- og døgntjenester er nyttet av rundt 40 prosent av mottakerne. ROP-mottakere mottar ambulante tjenester og ACT i større grad enn ikke-ROP mottakere. Av mottakerne med ROP-lidelse er 21 prosent i LAR, samme andel som blant ikke-ROP mottakerne.

Tabell 26. Tjenester i TSB eller psykisk helsevern blant ROP-mottakere og ikke-ROP mottakere. Prosentandeler

	ROP-mottaker	Ikke-ROP mottaker
<b>Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)</b>	50	39
<b>Psykisk helsevern</b>	46	27
<b>Begge tjenester</b>	96	66

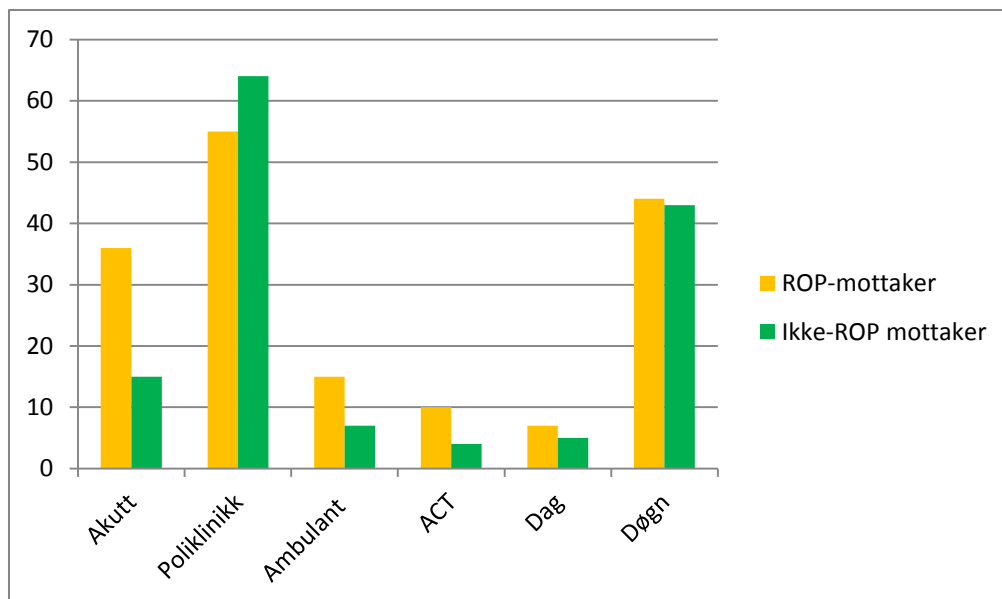
<b>LAR-tjenester</b>	21	21
----------------------	----	----



Figur 21. Tjenester i TSB eller psykisk helsevern blant ROP-mottakere og ikke-ROP mottakere. Prosentandeler

Tabell 27. Mottakere med tjenester i TSB. Prosent

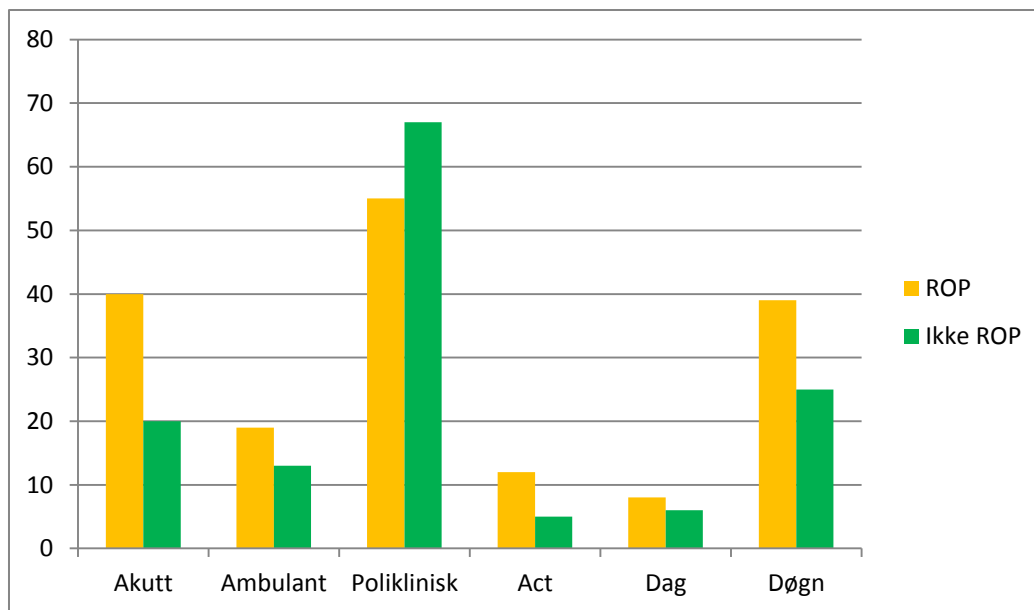
	ROP-mottaker	Ikke-ROP mottaker	I alt
<b>Akutt</b>	36	15	21
<b>Poliklinikk</b>	55	64	61
<b>Ambulant</b>	15	7	9
<b>ACT</b>	10	4	5
<b>Dag</b>	7	5	6
<b>Døgn</b>	44	43	43
<b>Tjenester i gjennomsnitt per mottaker</b>	1,7	1,4	1,5



Figur 22. Mottakere med tjenester i TSB. Prosent

Tabell 28. Mottakere med tjenester i psykisk helsevern. Prosent

Psykisk helsevern	ROP-mottaker	Ikke ROP mottaker	I alt
Akutt	41	20	27
Ambulant	19	13	15
Poliklinisk	55	66	63
ACT, FACT	12	5	7
Dag	8	6	7
Døgn	39	25	29
Tjenester i gjennomsnitt per mottaker	1,7	1,4	1,5



Figur 23. Mottakere med tjenester i psykisk helsevern. Prosent

Tabell 29. Mottakere med somatiske tjenester. Prosent

	ROP-mottaker	Ikke-ROP mottaker	I alt
<b>Somatiske tjenester</b>			
Akutt	60	43	47
Poliklinisk	55	64	61
Døgn	35	32	33
Tjenester i gjennomsnitt per mottaker	1,5	1,4	1,4

## Referanser

Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, Pickering RP, Kaplan K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry. 2004;61 (8):807-816.

Rolf. W. Gråwe og Torleif Ruud (2006). Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. Rapport STF78 A06003. Sintef Helse.

Helse Stavanger (2016). Tjenestemottakere med rus- og psykiske helseproblemer i kommunene. BrukerPlan Årsrapport 2016.

Helsedirektoratet (2012). Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Helsedirektoratet IS 1948.

Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet.

# Vedlegg 1

## NAV-tjenester

Tabell 30. Mottakere med tjenester fra NAV. Prosent

	ROP	Ikke-ROP	I alt
Råd og veiledning	60,5	61,6	61,3
Midlertidig bolig	14,4	7,9	9,5
Kvalifiseringsprogram	1,0	1,7	1,5
Arbeidsrettet tiltak	10,2	18,6	16,6
Varig arbeid	2,2	1,6	1,7
Økonomisk sosialhjelp	43,2	37,7	39,0
Midlertidige trygdeytelser	27,6	36,2	34,1
Varige trygdeytelser	53,2	42,1	44,7
Ytelser til barn og familie	1,9	4,2	3,6
Økonomiforvaltning	24,7	15,1	17,4
Gjennomsnittlig antall tjenester per person	2,4	2,3	2,3

## Helse- og omsorgstjenester

Tabell 31. Mottakere med kommunale helse- og omsorgstjenester.

	ROP	Ikke-ROP	I alt
Konsulent, saksbehandler	65,8	63,7	64,2
Bolig uten personale	29,1	25,1	26,1
Bolig med personale	19,8	8,0	10,8
Praktisk bistand	38,0	22,4	26,1
Støttekontakt	6,0	3,7	4,3
Fastlege	91,3	91,5	91,5
Medisinutdeling	41,7	26,9	30,4
Psykisk helsearbeid	48,6	34,9	38,1
Hjemmesykepleie	20,5	13,0	14,8
Aktivt oppsøkende behandling (ACT o.l.)	6,5	1,5	2,7
Psykologtjeneste	16,5	10,9	12,2
Sykehjemstjeneste	2,8	2,0	2,2
Privat omsorgsinstitusjon	4,3	2,2	2,7
Svangerskapstjeneste	0,3	1,1	1,0
Skolehelsetjeneste	0,2	0,4	0,4
Helsetjeneste for ungdom	0,2	0,4	0,4
Lavterskeltjeneste feltpleie	23,0	13,8	15,9
Hjelpetiltak i barnevernet for brukere med barn	3,2	4,7	4,3
Omsorgstiltak for brukere med barn	5,4	6,0	5,9
Melding fra barnevernet brukere med barn	1,6	2,4	2,2
Hjelpetiltak barnevern bruker selv under 23 år	1,2	1,1	1,1
Omsorgstiltak barnevern bruker selv under 24 år	0,5	0,4	0,4
Melding fra barnevernet bruker selv under 24 år	0,2	0,2	0,2
I alt	435,7	347,0	367,9



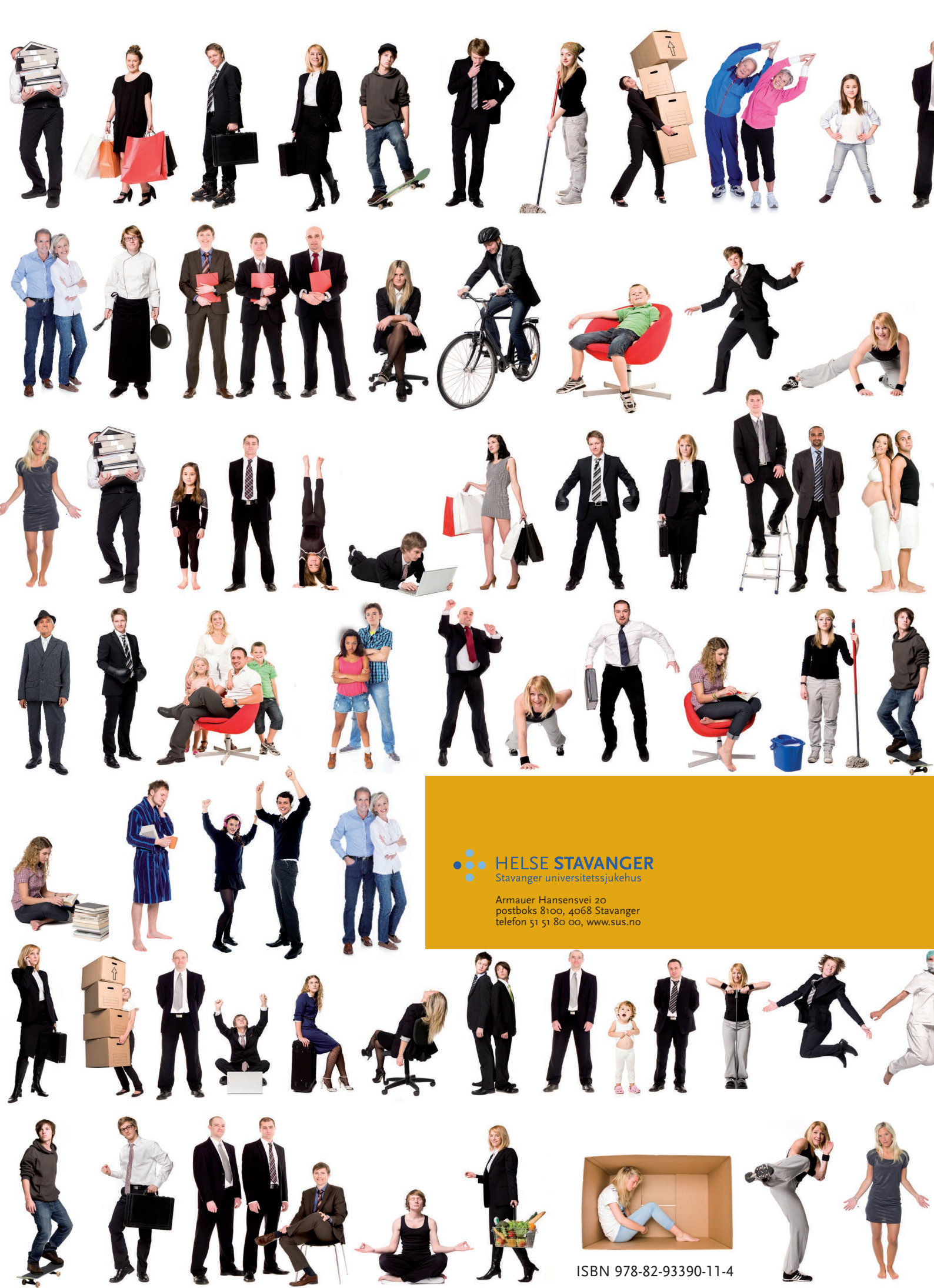
# Vedlegg 2

## Hjelpetekst levekårsområder

	Grønn	Gul	Rød
Bosituasjon	Permanent og tilfredsstillende bosituasjon	Ikke permanent og/eller ikke tilfredsstillende bosituasjon	Bostedsløs (inkl.hospits og tilfeldig hos andre)
Økonomi	Har rimelig god orden i økonomien, basert på fast inntekt fra lønnet arbeid eller stønad, eventuelt supplert med økonomisk sosialhjelp eller andre midlertidige stønader.	Har noe orden i økonomien, basert i perioder med lønnsinntekt eller stønad, men relativt avhengig av økonomisk sosialhjelp eller andre midlertidige stønader. Kan ha noe illegale inntekter.	Har stor uorden i økonomien og/eller er helt avhengig av midlertidige stønader og/eller illegale inntekter.
Meningsfull aktivitet	Er i tilstrekkelig grad i utdanning/arbeid og eller i aktiviteter som oppleves som meningsfulle.	Er i noen, men ikke i tilstrekkelig grad, i utdanning/arbeid og eller meningsfull aktivitet	Er i liten grad i noen form for utdanning/arbeid og eller meningsfull aktivitet
Fysisk helse	Har ikke fysiske helseplager med alvorlige konsekvenser for den daglige fungering	Har noen fysiske helseplager som gir alvorlige konsekvenser for den daglige fungering og/eller for framtidig helsetilstand.	Har omfattende fysiske helseplager som gir svært alvorlige konsekvenser for den daglige fungering og/eller for framtidig helsetilstand.
Psykisk helse	Psykiske helseproblemer som forventes å være milde og kortvarige. De psykiske problemene kan oppleves som vond og vanskelig å håndtere, men de er sjelden av en slik art at det går alvorlig ut over den daglige fungeringen	Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser. De psykiske problemene kan være vanskelig å håndtere og kan i perioder påvirke fungeringen på noen livsområder	Alvorlige og langvarige psykiske problemer/lidelser som innebærer ofte store påkjenninger for den enkelte og de nærmeste rundt, og kan gi store funksjonstap på sentrale livsområder
Rus-middelbruk	Ingen eller noe bruk av rusmidler, men ikke slik at det går alvorlig ut over den daglige fungering og/eller relasjon til andre.	Omfattende bruk av rusmidler med alvorlige konsekvenser for daglig fungering, men bruken er innenfor visse grenser slik at brukeren i noen grad kan forutse og begrense de mest alvorlige konsekvensene.	Svært omfattende bruk av rusmidler, med svært alvorlige konsekvenser for den daglige fungering. Bruken er helt grenseløs, slik at brukeren ikke klarer å forutse eller begrense konsekvensene
Sosial fungering	God sosial kompetanse	God sosial kompetanse i det daglige miljø. Mangelfull sosial kompetanse utenfor dette miljøet, som i butikker, offentlige kontor og i andre sosiale miljø utenfor eget daglige miljø	Har en marginal sosial kompetanse i alle typer sosiale sammenhenger
Sosialt nettverk	Har vanlige relasjoner til sosiale nettverk som familie, barn, venner frivillige organisasjoner og/eller arbeidsliv	Har begrensede relasjoner til sosiale nettverk som familie, barn, venner, frivillige organisasjoner og/eller arbeidsliv	Har lite eller ingen kontakt med sosiale nettverk av alle slag, er isolert eller har bare marginale sosiale relasjoner

## Hjelpetekst symptomtrykk psykisk helse

<b>Psykisk helse symptomtrykk</b>	Jevnt og godt livsmot og humør, kun forbigående psykiske reaksjoner som respons på opplevelser.	Psykiske symptomer med varighet over to uker. For eksempel noe deprimert, angstanfall, søvnvansker, eller noe ukritisk adferd/svekket dømmekraft. I blant lettere grad av vrangforestillinger, men ingen hallusinasjoner.	Atferd som er betydelig påvirket av vrangforestillinger, hallusinasjoner, alvorlig svikt i kommunikasjon eller dømmekraft og/eller overaktiv grenseløs adferd, f. eks. med voldsepisoder og utageringsfare, og/eller forsettlig selvskadende adferd.
-----------------------------------	---	---	--



 **HELSE STAVANGER**  
Stavanger universitetssjukehus

Armauer Hansensvei 20  
postboks 8100, 4068 Stavanger  
telefon 51 51 80 00, [www.sus.no](http://www.sus.no)

ISBN 978-82-93390-11-4