

Trine Monica Myrvold,  
Frode Berglund og  
Marit Kristine Helgesen

# Psykisk sykes levekår



**NIBR**

Norsk institutt for by- og regionforskning

Psykisk sykes levekår

## Andre publikasjoner fra NIBR:

**NIBR-rapport 2008:16**

**Psykisk helse og psykisk sykdom**

Innbyggernes kunnskaper og holdninger

**NIBR-rapport 2007:2**

**Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter**

**NIBR-rapport 2006:11**

**Kommunalt psykisk helsearbeid**

Utviklingstrekk 2002-2005

Rapportene koster kr 250,-, og kan bestilles fra NIBR:

Gaustadalléen 21,  
0349 Oslo

Tlf. 22 95 88 00

Faks 22 60 77 74

E-post til

[nibr@nibr.no](mailto:nibr@nibr.no)

[www.nibr.no](http://www.nibr.no)

Porto kommer i tillegg til de oppgitte prisene

Trine Monica Myrvold, Frode Berglund  
og Marit Kristine Helgesen

# Psykisk sykes levekår

NIBR-rapport 2008:32

**Tittel:** **Psykisk sykes levekår**

**Forfatter:** Trine Monica Myrvold,  
Frode Berglund og  
Marit Kristine Helgesen

**NIBR-rapport:** 2008:32

**ISSN:** 1502-9794  
**ISBN:** 978-82-7071-772-9  
**Prosjektnummer:** O-2553  
**Prosjektnavn:** Psykisk sykes levekår

**Oppdragsgiver:** Norges forskningsråd

**Prosjektleder:** Trine Monica Myrvold

**Referat:** Rapporten analyserer utviklingen i levekår for psykisk syke med utgangspunkt i tre datakilder. Psykisk syke har gjennomgående dårligere levekår enn psykisk friske. Det har bare skjedd små bedringer i levekårene i løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode.

**Sammendrag:** Norsk og engelsk

**Dato:** Februar 2008

**Antall sider:** 142  
**Pris:** Kr 250,-

**Utgiver** Norsk institutt for by- og regionforskning  
Gaustadalléen 21,  
0349 OSLO

**Vår hjemmeside:** Telefon: (+47) 22 95 88 00  
Telefaks: (+47) 22 60 77 74  
E-post: [nibr@nibr.no](mailto:nibr@nibr.no)  
<http://www.nibr.no>

Trykk: Nordberg A.S.  
Org. nr. NO 970205284 MVA  
© NIBR 2008

# Forord

Denne rapporten utgjør sluttrapportering fra prosjektet *Opptrappingsplanens betydning for psykisk sykes levekår*, finansiert av Norges forskningsråd under programmet for evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse.

I rapporten analyseres data fra en survey til norske kommuner samt intervjuer i seks case-kommuner. Begge disse datainnsamlingene er gjennomført i tilknytning til et annet prosjekt innenfor evalueringen av Opptrappingsplanen, *Opptrappingsplanens effekter på kommunenes organisering av psykisk helsearbeid*. I tillegg til egne innsamlede data analyseres data fra Helse- og levekårsundersøkelsene fra 1998, 2002 og 2005. Dataene er stilt til rådighet for prosjektet fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). NSD er ikke ansvarlig for de analyser og tolkninger som er gjort.

Trine Myrvold har vært prosjektleder og har skrevet rapporten i samarbeid med Frode Berglund og Marit Kristine Helgesen. Berglund har bidratt med analysene av Helse- og levekårsundersøkelsene i kapittel 3, og Helgesen har stått for intervjuene i kapittel 4.

Etter ønske fra styringsgruppen og Norges forskningsråd er rapporten organisert slik at sammendraget gir de viktigste opplysningene om problemstillinger, sentrale funn, konklusjoner og anbefalinger. For lesere som ønsker å gå mer i dybden i materialet, er det i sammendraget henvist til de ulike kapitlene. For de som leser både sammendraget og kapitlene vil derfor rapporten som helhet bære preg av en del gjentakelser.

Et kortfattet sammendrag finnes i Vedlegg 5.

Oslo, februar 2009

Hilde Lorentzen  
Forskningsjef

NIBR-rapport: 2008:32

# Innhold

Forord .....	1
Tabelloversikt.....	4
Figuroversikt .....	8
Sammendrag.....	9
Summary .....	20
1 Innledning.....	23
1.1 Opptrappingsplanen og psykisk sykes levekår.....	23
1.2 Spørsmål for studien.....	24
1.3 Datatilfang.....	24
1.4 Rapportens disposisjon .....	25
2 Levekår.....	26
2.1 Den nordiske tilnærmingen til levekår .....	27
2.2 Hvordan måle levekår?.....	29
2.3 Tidligere studier av levekår og helse.....	30
2.4 Opptrappingsplanens mål og virkemidler.....	34
3 Analyse av data fra helse- og levekårsundersøkelsene .....	39
3.1 Innledning .....	39
3.2 Datagrunnlaget: Helse- og levekårsundersøkelsene ...	39
3.2.1 Uavhengig variabel: Psykisk helse målt ved The Hopkins Symptom Checklist.....	40
3.2.2 Avhengige variabler: Indikatorer på levekår .....	44
3.2.3 Begrensingene ved datamaterialet og analysene .....	45
3.2.4 Begrepsbruken i kapitlet.....	46
3.3 Utviklingen i levekår for psykisk syke 1998 – 2005 ...	47
3.3.1 Sosioøkonomisk status: Utdanning, sysselsetting og inntekt .....	48
3.3.2 Sosial kontakt.....	52
3.3.3 Helse .....	54
3.3.4 Multivariate analyser .....	57

3.3.5	Oppsummering: hva betyr psykisk sykdom for levekår? .....	64
3.4	Levekårene for psykisk syke i forhold til andre syke.....	65
3.4.1	Levekår blant psykisk syke og somatisk syke.....	66
3.4.2	Multivariat analyse.....	69
3.4.3	Oppsummering: Levekår for psykisk syke og somatisk syke .....	71
3.5	Levekårene til folk med symptomer på alvorlig sykdom i forhold til folk med lettere plager.....	71
3.5.1	Levekår blant folk med tyngre og lettere psykiske problemer.....	72
3.5.2	Multivariat analyse.....	75
3.5.3	Oppsummering .....	76
3.6	Oppsummering: Hva sier Helse- og levekårsundersøkelsene om psykisk sykes levekår? ....	77
4	Analyse av survey- og intervjumateriale .....	79
4.1	Innledning .....	79
4.2	Datamaterialet.....	79
4.2.1	Survey til kommunene.....	80
4.2.2	Intervjuer med kommunalt ansatte .....	82
4.3	Økonomiske og materielle levekår .....	84
4.4	Arbeid, utdanning og annen aktivitet.....	94
4.5	Sosial kontakt.....	108
4.6	Oppsummering .....	114
5	Konklusjoner.....	117
5.1	Innledning .....	117
5.2	Konklusjoner .....	118
	Litteratur .....	123
	Vedlegg 1 Frafallsanalyse.....	126
	Vedlegg 2 The Hopkins Symptom Checklist (HSCL).....	130
	Vedlegg 3 Tabeller .....	134
	Vedlegg 4 Survey til kommunene (del IV).....	139
	Vedlegg 5 Kort sammendrag .....	147



## Tabelloversikt

Tabell 3.1	Egenskaper ved HSCL-skåren over tid. ....	43
Tabell 3.2	Hva betyr psykisk sykdom for levekår, og har betydningen endret seg over tid? Multivariat logistisk regresjon. Oddsratene.....	59
Tabell 3.3	Hva betyr psykisk sykdom for levekår, og har betydningen endret seg over tid? Kvinner og menn. Multivariat logistisk regresjon. Oddsratene.....	61
Tabell 3.4	Beregnete sannsynligheter for at menn og kvinner i alderen 45-66 år skal ha høy verdi på ulike levekårfaktorer i årene 1998, 2002 og 2005. Beregnet på basis av analysene i Tabell 3.4.....	63
Tabell 3.5	Fordeling av friske, kronisk syke, psykisk syke og kronisk og psykisk syke i Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 .....	67
Tabell 3.6	Hva betyr psykisk og fysisk sykdom for levekår? Multivariat logistisk regresjon. 2005. Oddsratene.....	70
Tabell 3.7	Hva betyr graden av psykiske problemer? Multivariat analyse. 2005. Oddsratene.....	76
Tabell 4.1	Kjennetegn ved case-kommunene.....	82
Tabell 4.2	Alvorlig psykisk syke har stort sett bedre råd (høyere kjøpekraft) nå enn for fem år siden. Prosent (N=200).....	84
Tabell 4.3	Vurdering av bedringen i alvorlig psykisk sykes økonomiske situasjon, etter kommunestørrelse. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means <sup>1</sup> .....	85
Tabell 4.4	Vurdering av endringer kjøpekraft for psykisk syke, etter kommunens kontakt med NAV Trygd. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig).....	87
Tabell 4.5	Alvorlig psykisk syke har ikke høyere bostandard nå enn for fem år siden. Prosent (N=200).....	90

Tabell 4.6	Vurdering av psykisk sykes bostandard, etter kommunestørrelse. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means <sup>1</sup> .....	91
Tabell 4.7	Vurdering av psykisk sykes bostandard, etter dekningsgrad av kommunale boliger. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means <sup>1</sup> .....	92
Tabell 4.8	Det er ikke noe enklere for alvorlig psykisk syke å skaffe seg arbeid nå. Prosent (N=200) .....	95
Tabell 4.9	Det er flere alvorlig psykisk syke med videregående utdanning nå enn tidligere. Prosent (N=194) .....	96
Tabell 4.10	Vurdering av endringer i mulighetene for arbeid og utdanning, etter kommunestørrelse. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means <sup>1</sup> .....	97
Tabell 4.11	Vurdering av endringer i antall psykisk syke med videregående utdanning, etter dekningsgraden av kommunens tilbud om voksenopplæring. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means <sup>1</sup> .....	98
Tabell 4.12	Vurdering av endringer i mulighetene for psykisk syke å få seg arbeid, etter hvor stor andel av innbyggere med psykiske problemer som får tilbud om arbeid/sysselsetting av kommunen eller NAV Arbeid. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means <sup>1</sup> .....	99
Tabell 4.13	Vurdering av endringer i mulighetene for psykisk syke å få seg arbeid, etter kommunens kontakt med NAV Arbeid. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means <sup>1</sup> .....	100
Tabell 4.14	Det er flere alvorlig psykisk syke som deltar i (fritids)aktiviteter nå enn for fem år siden. Prosent (N=196) .....	102
Tabell 4.15	Vurdering av endringer i deltakelse i (fritids) aktiviteter, etter kommunestørrelse. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means <sup>1</sup> .....	103
Tabell 4.16	Vurdering av endringer i deltakelse i (fritids)-aktiviteter, etter kommunens innsats i det psykiske helsearbeidet. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means <sup>1</sup> .....	104

Tabell 4.17	Vurdering av psykisk sykes deltakelse i (fritids)aktiviteter, etter om kommunen har dagsentertilbud. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means <sup>1</sup> .....	105
Tabell 4.18	Vurdering av psykisk sykes deltakelse i (fritids)-aktiviteter, etter dekningsgraden av kommunens dagsentertilbud. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means .....	106
Tabell 4.19	Vurdering av alvorlig psykisk sykes sosiale kontakt nå sammenliknet med for fem år siden. Prosent.....	109
Tabell 4.20	Vurdering av alvorlig psykisk sykes sosiale kontakt nå sammenliknet med for fem år siden, etter kommunestørrelse. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means <sup>1</sup> .....	110
Tabell 4.21	Vurdering av endringer i kontakt med nær familie og tendens til større sosialt nettverk, etter kommunens innsats i det psykiske helsearbeidet. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means <sup>1</sup> .....	111
Tabell 4.22	Vurdering av psykisk sykes sosiale nettverk, etter om kommunens dekningsgrad av dagsentertilbud og støttekontakt. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means <sup>1</sup> .....	112
Tabell V.1	Svarprosent blant kommunene, etter fylke .....	126
Tabell V.2	Svarprosent etter kommunenes innbyggertall.....	127
Tabell V.3	Gjennomsnittlig folketall, kommunale utgifter, antall ansatte med videreutdanning og antall helsestasjoner for ungdom i kommuner som deltar i undersøkelsen og kommuner som ikke deltar i undersøkelsen .....	128
Tabell V.4	Levekårsindeks, samlet og enkeltindikatorer, i kommuner som deltar i undersøkelsen og i kommuner som ikke deltar. Indeksen går fra 1 (kommunens skåre er blant de 10 prosent beste) og 10 (kommunen skåre er blant de 10 prosent dårligste). .....	129
Tabell V.5	Nedenfor finner du en oppstilling av plager og problemer som man av og til har. Angi hvor mye hvert enkelt problem har plaget deg eller vært til besvær i løpet av <u>de siste 14 dagene</u> . .....	131

Tabell V.6	Fordeling av HSCL-25 over tid. Søylene angir prosentandel med gitt snittverdi for det respektive år. ....	132
Tabell V.7	”De alvorlig psykisk syke har stort sett bedre kjøpekraft nå enn for 5 år siden”, i forhold til vurderingen av kommunens innsats. Prosent.....	134
Tabell V.8	”De alvorlig psykisk syke har ikke høyere bostandard nå enn for 5 år siden”, i forhold til vurderingen av kommunens innsats. Prosent.....	135
Tabell V.9	”Det er flere alvorlig psykisk syke som har god kontakt med nær familie nå enn for 5 år siden”, i forhold til vurderingen av kommunens innsats. Prosent.....	135
Tabell V.10	”Det er ikke noe enklere for alvorlig psykisk syke å skaffe seg arbeid nå enn for 5 år siden”, i forhold til vurderingen av kommunens innsats. Prosent .....	136
Tabell V.11	”Det er flere alvorlig psykisk syke med videregående utdanning nå enn for 5 år siden”, i forhold til vurderingen av kommunens innsats. Prosent.....	136
Tabell V.12	”Det er flere alvorlig psykisk syke som deltar i (fritids)aktiviteter nå enn for 5 år siden”, i forhold til vurderingen av kommunens innsats. Prosent .....	137
Tabell V.13	”Det er ingen tendens til at alvorlig psykisk syke har større sosialt nettverk nå enn for 5 år siden”, i forhold til vurderingen av kommunens innsats. Prosent.....	137
Tabell V.14	Vurderingen av utviklingen i psykisk sykes levekår siste 5 år, i forhold til vurderingen av kommunens innsats .....	138

## Figuroversikt

Figur 2.1	Levekår som resultat av samspill mellom ressurser, seleksjon og arenaegenskaper.....	28
Figur 3.1	Fordeling av utdanning blant friske og psykisk syke .	50
Figur 3.2	Andelen sysselsatte blant friske og psykisk syke.....	51
Figur 3.3	Inntektsfordeling blant friske og psykisk syke.....	52
Figur 3.4	Andel enslige (ikke gift eller samboende) blant psykisk friske og psykisk syke.....	53
Figur 3.5	Andel uten fortrolige blant psykisk friske og psykisk syke.....	54
Figur 3.6	Egenvurdering av helse blant friske og psykisk syke. Andel som svarer ”meget god” eller ”god” .....	55
Figur 3.7	Andel med somatisk sykdom blant friske og psykisk syke.....	56
Figur 3.8	Andel kronikere blant friske og psykisk syke.....	57
Figur 3.9	Forekomsten av høy utdanning, sysselsetting og høy inntekt innen ulike grupper. 2005 .....	67
Figur 3.10	Andel gifte/samboere og andel som har fortrolige innen ulike grupper. 2005 .....	68
Figur 3.11	Positiv vurdering av egen helse innen ulike grupper. 2005.....	69
Figur 3.12	Utdanning, sysselsetting og inntekt etter grad av psykiske problemer. 2005 .....	73
Figur 3.13	Sosial kontakt etter grad av psykisk lidelse. 2005 .....	74
Figur 3.14	Egenvurdering av egen helse etter grad av psykisk lidelse. 2005.....	75

---

# Sammendrag

Trine Monica Myrvold, Frode Berglund og Marit Kristine Helgesen

## Psykisk sykes levekår

NIBR-rapport: 2008:32

### Formålet med undersøkelsen

Rapporten utgjør sluttrapportering fra prosjektet ”Opptrappingsplanens betydning for psykisk sykes levekår”. Hovedspørsmålet som ligger til grunn for analysene er: *Har Opptrappingsplanen for psykisk helse bidratt til å bedre levekårene til mennesker med psykiske problemer og lidelser?* Bedrede levekår for brukerne er på mange måter selve målet med Opptrappingsplanen. Vi nærmer oss hovedproblemstillingen for prosjektet ved å belyse følgende spørsmål:

- Hvordan er levekårene for psykisk syke sammenliknet med levekårene for psykisk friske mennesker?
- Hvordan har levekårene for psykisk syke utviklet seg i løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode?
- Hvordan er levekårene for psykisk syke sammenliknet med levekårene for mennesker med somatiske sykdommer og funksjonshemminger?
- Hvordan er levekårene for mennesker med alvorligere psykiske plager sammenliknet med levekårene for mennesker med lettere psykiske problemer?

Flere av tiltakene i Opptrappingsplanen vil kunne ha betydning for psykisk sykes levekår. De fleste av disse tiltakene – som flere dagsentra, økt tilgang på hjemmetjenester og økt bruk av støttekontakt og kultur- og fritidstiltak – vil i beste fall virke indirekte på levekårene. Satsingen på omsorgsboliger og sysselsettingstiltak vil imidlertid kunne påvirke psykisk sykes levekår mer direkte.

NIBR-rapport: 2008:32

Det er vanskelig å trekke sikre konklusjoner om hvorvidt eventuelle endringer i levekårene for psykisk syke skyldes tiltakene iverksatt som del av Opptrappingsplanen, eller om andre utviklingstrekk i samfunnet er viktigere i forklaringen av endringene. Det er dessuten grunn til å tro at det vil ta tid å endre sentrale sider ved levekårene. Slik sett kan tidsrommet fra 1998 til 2005 kan være for snevert til å se effektene av satsingene i Opptrappingsplanen.

### **Data og metode**

Analysene i rapporten er gjort med utgangspunkt i tre ulike data-sett. For det første er det gjort analyser av data fra tre runder med Helse- og levekårsundersøkelser, gjennomført av Statistisk Sentralbyrå i 1998, 2002 og 2005. I 1998 deltok 6990 personer i undersøkelsen, i 2002 5318 og i 2005 4728 personer.

Helse- og levekårsundersøkelsene består av en survey som inneholder spørsmål både om psykisk helse, somatisk helse og enkelte levekårsforhold. Dataene gjør det mulig å studere eventuelle endringer i levekår i løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode. Det er også mulig å sammenlikne ulike grupper, f.eks. psykisk syke i forhold til kronisk somatisk syke. En begrensning ved data-materialet er at de mest alvorlig psykisk syke trolig i liten grad inngår i undersøkelsen. I analysene av dataene fra Helse- og levekårsundersøkelsene er symptomlisten HSCL-25 benyttet som mål på psykisk helse: folk som skårer over 1,75 på dette målet defineres i analysene til å ha (symptomer på) psykiske vansker/lidelser. Mennesker med en skåre på mellom 1,75 og 2,10 omtales som å ha "lettere symptomer", mens de som skårer 2,10 eller over defineres til å ha "tyngre symptomer". Som indikatorer på levekår benyttes følgende variabler:

- Gift/samboer vs. enslig
- Har fortrolige å snakke med
- Utdanningsnivå
- Sysselsatt vs. ikke sysselsatt
- Inntektsnivå
- Vurdering av egen helse
- Somatisk syk
- Kronisk syk

Et annet datasett som analyseres i rapporten er et batteri med spørsmål om utviklingen i alvorlig psykisk sykes levekår stilt i en spørreskjemaundersøkelse sendt til ansvarlig for psykisk helsearbeid i samtlige norske kommuner. Spørsmålene om levekår inngår i et større skjema, noe som bl.a. muliggjør analyser av sammenhengen mellom kommunens tilbud innenfor det psykiske helsearbeidet og vurderingen av utviklingen i levekår. I dette sammendraget omtales de som har svart på spørreskjemaet i kommunene for ”respondentene”. 241 kommuner deltok i undersøkelsen.

Et tredje datatilfang utgjøres av intervjuer med ansatte i det psykiske helsearbeidet i seks case-kommuner. Både surveyen og case-studien er gjennomført i tilknytning til et annet prosjekt innenfor evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse, ”Opptrappingsplanens effekter på kommunenes organisering av psykisk helsearbeid”. I sammendraget kaller vi informantene fra case-kommunene for ”ansatte” eller ”informantene”.

## Sentrale funn

### **Analyse av data fra helse- og levekårsundersøkelsene (Kapittel 3)**

#### *Levekårene for psykisk syke sammenliknet med for psykisk friske*

Psykisk syke har gjennomgående dårligere levekår, slik levekår er målt her, enn psykisk friske. Dataene fra Helse- og levekårsundersøkelsene i 1998, 2002 og 2005 viser at folk med symptomer på psykisk sykdom skårer lavere enn andre på alle ”positive” levekårindikatorer, som ekteskap/samboerskap, sysselsetting, helse, og høy utdanning og inntekt. Likeledes skårer psykisk syke høyere på alle negative forhold; somatisk sykdom, lav utdanning og lav inntekt.

#### *Utviklingen i levekår fra 1998 til 2005*

Dataene fra Helse- og levekårsundersøkelsene tyder ikke på at det er skjedd en bedring i levekårene for psykisk syke mellom 1998 og 2005, slik en kunne forvente ut fra Opptrappingsplanens satsinger. For de fleste levekårindikatorer er det små endringer å spore i perioden. Analysene viser en økning i andelen psykisk syke med høyere utdanning i perioden, men økningen er svakere enn for psykisk friske. Tallene antyder dessuten at psykisk syke har fått



lavere inntekt fra 2002 til 2005. I denne perioden har det ikke skjedd endringer for psykisk friske. For inntekt foreligger ikke pålitelige tall fra 1998.

Analysene av utviklingen i psykisk sykes deltakelse i arbeidslivet tyder på at sysselsetting av psykisk syke følger generelle svingninger. Arbeidsmarkedet er blitt noe vanskeligere i løpet av årene fra 1998 til 2005. Isolert sett kunne dette medført relativt større problemer for psykisk syke på arbeidsmarkedet, men vi finner ikke at utviklingen i sysselsettingen for psykisk syke skiller seg fra utviklingen for andre grupper.

#### *Levekårene for psykisk syke sammenliknet med somatiske syke*

Analysen av dataene fra Helse- og levekårundersøkelsen 2005 viser at det er mange likhetstrekk mellom fysisk og psykisk sykdom i forhold til levekår. Særlig gjelder dette de sosioøkonomiske indikatorene på levekår. Samtidig kommer de som *både* har psykiske og fysiske plager spesielt dårlig ut på de sosioøkonomiske levekårene, sammenliknet med de som "bare" har fysiske eller psykiske problemer.

På ett levekårrområde kommer psykisk syke betydelig dårligere ut enn de som har kroniske somatiske sykdommer: Psykisk syke skårer jevnt over klart lavere enn folk med somatiske sykdommer på indikatorene på sosial kontakt.

#### *Levekårene for alvorlig psykisk syke sammenliknet med folk med lettere plager*

Våre analyser av data fra Helse- og levekårsundersøkelsen fra 2005 tyder på at det er klare forskjeller mellom levekårene til mennesker med tyngre symptomer på psykiske problemer og mennesker med lettere plager. De dårligste kommer jevnt over dårligst ut også når det gjelder levekår. Et interessant unntak er for lavinntektsgruppen, men vi har ingen fullgod forklaring på hvorfor de dårligste ser ut til å komme bedre ut enn forventet.

Det er verd å merke seg at datamaterialet trolig ikke gir et representativt bilde at de aller sykeste, da mange av disse sannsynligvis ikke vil kunne delta i en så omfattende undersøkelse som Helse- og levekårsundersøkelsen.

## Analyse av spørreskjema- og intervjumateriale (Kapittel 4)

### *Materielle levekår: kjøpekraft og bolig*

Dataene fra spørreskjemaundersøkelsen viser at et flertall av respondentene i kommunene mener at psykisk syke ikke har fått høyere kjøpekraft de siste fem årene. I intervjuundersøkelsen understrekes det at det er store forskjeller i økonomisk situasjon mellom grupper av psykisk syke. Vanskeligst er det for enslige og for unge psykisk syke som aldri har fått etablert seg på boligmarkedet. Dette er særlig problematisk i kommuner som befinner seg i pressområder.

Ved etableringen av NAV opplever noen kommunalt ansatte at regelstyringen blir mer fremtredende, og at skjønnsutøvelsen svekkes. Dette innebærer både lavere satser for sosialhjelp og at det gis mindre støtte til aktiviteter for psykisk syke innbyggere.

I snitt vurderes bostandarden for alvorlig psykisk syke som noe høyere nå enn for fem år siden. Kommuner med mange innbyggere mener i større grad enn andre at bostandarden er bedret i perioden. Store kommuner kan ha et mer differensiert botilbud enn småkommunene, som opplever særlige problemer knyttet til å bosette folk med dobbeltdiagnose rus/psykiatri.

Intervjuene peker dessuten på at boligsituasjonen for psykisk syke varierer i forhold til generasjon, diagnose og stadium i sykdommen. Vanskeligst er situasjonen for unge, nysyke og folk med rusproblemer, som ikke allerede er etablert i boligmarkedet.

### *Arbeid og annen aktivitet*

Et klart flertall av respondentene fra kommunene mener at det ikke er enklere for psykisk syke å skaffe seg arbeid nå sammenliknet med i 2003. Analysene tyder på at det kan være en fordel å være en stor kommune når det gjelder muligheten for å få syke ut i arbeid eller i utdanning. En mulig årsak til dette er at de største kommunene gjerne har et mer differensiert tilbud av arbeidsplasser, og ofte også lavere arbeidsløshet enn de minste kommunene.

Kommuner som selv, eller i samarbeid med NAV Arbeid, har mulighet for å tilby en stor andel av sine psykisk syke arbeid eller annen sysselsetting, mener i større grad enn andre kommuner at

det er blitt lettere for de syke å få arbeid. Nært samarbeid mellom kommunen og NAV ser dessuten ut til å være gunstig for å få folk med psykiske lidelser ut i arbeid.

Intervjuene med ansatte i kommunene tyder imidlertid på at alvorlig psykisk syke i svært liten grad er i fast arbeid, selv om mange ønsker seg et arbeid å gå til. Ofte fungerer heller ikke arbeid som burde vært tilrettelagt for folk med spesielle behov særlig godt for alvorlig psykisk syke.

Det ser ut til å være større endringer i psykisk sykes mulighet til å være med på ulike aktiviteter. Tre av fire respondenter mener at det er flere psykisk syke som deltar i ulike fritidsaktiviteter nå sammenliknet med for fem år siden. Det er særlig i de mest folkerike kommunene de vurderer deltakelsen som høyere. Dette støttes av intervjuene i case-kommunene. De store kommunene i undersøkelsen, som har et mer differensiert kulturtilbud, satser i større grad både på fritidsaktiviteter og støttekontakter. De har også et betydelig bedre dagsentertilbud enn de små kommunene.

Vi finner en tendens til at kommunens egen innsats i det psykiske helsearbeidet har betydning for psykisk sykes deltakelse i fritidsaktiviteter. Tilbud om for eksempel dagsenter bidrar til å øke aktivitetsnivået.

#### *Sosial kontakt*

Våre data tyder på at det kan ha skjedd en viss bedring i de psykisk sykes kontakt med nær familie de siste fem år, mens det fortsatt gjenstår mye når det gjelder psykisk sykes sosiale nettverk ellers. Likevel mener nesten halvparten av respondentene at de syke har et noe større nettverk nå enn for fem år siden.

I de største kommunene synes det å ha skjedd minst når det gjelder kontakt med familie. Særlig stor bedring når det gjelder kontakten med familien opplever kommuner som synes egen innsats i det psykiske helsearbeidet er svært god.

I intervjumaterialet understrekes det at en del psykisk syke har sosial kontakt også utenom familien, først og fremst med andre brukere av de tilrettelagte aktivitetene for psykisk syke. Dette innebærer blant annet at store kommuner, med mer utbygde dagsentertilbud, gir større muligheter for denne type sosial kontakt for mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

## Konklusjoner

Formålet med prosjektet var å undersøke hvorvidt Opptrappingsplanen for psykisk helse synes å ha bidratt til å bedre levekårene til mennesker med psykiske problemer og lidelser. For å belyse dette overordnede spørsmålet har vi sett nærmere på følgende spørsmål:

### **Hvordan er levekårene for psykisk syke sammenliknet med for psykisk friske mennesker?**

Psykisk syke mennesker har gjennomgående dårligere levekår enn psykisk friske, slik vi her har målt levekår. Folk med symptomer på psykisk sykdom skårer lavere enn andre på sysselsetting, helse, utdanning og inntekt, og på tendensen til å leve i ekteskap/samboerskap.

I intervjuer med ansatte i det kommunale psykiske helsearbeidet poengteres det at psykisk sykes levekår varierer, avhengig av om de syke lever i intakte parforhold, om de var etablert på boligmarkedet før de ble syke, og om de har tilleggsproblemer i form av rus. Levekårsituasjonen er gjennomgående betydelig dårligere for psykisk syke som også er enslige, som ikke er etablert på boligmarkedet, og/eller som har alvorlige rusproblemer i tillegg til sin psykiske lidelse.

### **Hvordan har levekårene for psykisk syke utviklet seg i løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode?**

Våre analyser tyder på at det ikke er skjedd vesentlige bedringer i levekårene for psykisk syke i løpet av Opptrappingsperioden, slik en kanskje kunne forvente ut fra Opptrappingsplanens satsinger. Noen psykisk syke er selvsagt hjulpet av de tiltakene som er iverksatt, men det generelle bildet er at det fremdeles gjenstår mye arbeid. Samtidig har situasjonen på arbeids- og boligmarkedet ikke bidratt til å bedre situasjonen for psykisk syke, og det er vanskelig å anslå hvordan forholdene ville vært under andre betingelser.

Vi finner indikasjoner på en viss bedring når det gjelder psykisk sykes mulighet for sosial kontakt, med egen familie eller med andre gjennom ulike tilrettelagte tilbud. Kommunenes satsing på dag-sentra, støttekontakter og kultur- og fritidstilbud synes i mange kommuner å være et bidrag til å gi psykisk syke større kontaktflate.

### **Hvordan er levekårene for psykisk syke sammenliknet med mennesker med somatiske sykdommer og funksjonshemminger?**

Levekårsmessig er det mange likhetstrekk mellom fysisk og psykisk sykdom. Særlig gjelder dette de sosioøkonomiske indikatorene på levekår. Samtidig kommer de som *både* har psykiske og fysiske plager spesielt dårlig ut på de sosioøkonomiske levekårene.

På ett område kommer psykisk syke klart dårligere ut enn de som har kroniske somatiske sykdommer: Psykisk syke skårer jevnt over klart lavere enn folk med somatiske sykdommer på indikatorene på sosial kontakt. Psykisk sykdom ser ut til å være et betydelig sosialt handicap. I intervjuene med kommunalt ansatte understrekes dette. De ansatte opplever at alvorlig psykisk syke som har sosial kontakt først og fremst har kontakt med andre psykisk syke gjennom tilrettelagte kommunale tilbud, i tillegg til eventuell kontakt med familien.

### **Hvordan er levekårene for mennesker med alvorligere psykiske plager sammenliknet med levekårene for mennesker med lettere psykiske problemer?**

Det synes å være klare forskjeller mellom levekårene til mennesker med tyngre symptomer på psykiske problemer og mennesker med lettere plager. De dårligste kommer jevnt over dårligst ut også når det gjelder levekår. De dårligste har størst problemer på arbeids- og boligmarkedet, og har også størst problemer med å skaffe seg eller opprettholde sosial omgang med andre mennesker. Samtidig er det noen av de dårligste som får hjelp fra kommunen gjennom Opptrappingsplanen for psykisk syke. Ansatte i kommunene peker på at det er særlig store utfordringer knyttet til å hjelpe psykisk syke med rusproblemer.

Til slutt vil vi reflektere over hovedspørsmålet for analysene i rapporten:

### **Har Opptrappingsplanen bidratt til å bedre levekårene til mennesker med psykiske problemer og lidelser?**

Alt i alt viser analysene i denne rapporten at mennesker med psykiske plager og lidelser gjennomgående har dårligere levekår enn psykisk friske mennesker. Vi finner stort sett relativt små

endringer i levekår for psykisk syke fra 1998 til 2005. Opptrappingsplanen for psykisk syke ser ikke ut til å ha ført til en vesentlig bedring i levekårene. Denne generelle konklusjonen fordrer imidlertid noen ytterligere kommentarer.

For det første er det viktig å ha in mente at flere av de levekårsforholdene vi ser på i våre analyser endres langsomt, og de påvirkes av grunnleggende holdninger og markedsforhold i samfunnet som er utenfor Opptrappingsplanens kontroll.

For det andre er det grunn til å påpeke at Opptrappingsplanens virkemidler for å bedre psykisk sykes levekår i stor grad implementeres gjennom kommunene. Kommunene har, med noen viktige unntak, rettet inn sine virkemidler for å hjelpe de mest alvorlig psykisk syke. Da de alvorligst syke med stor sannsynlighet i mindre grad deltar i undersøkelser som Helse- og levekårsundersøkelsen, er det lite trolig at eventuelle endringer i deres levekår som følge av satsingene i Opptrappingsplanen vil kunne gi tilstrekkelig utslag i datamaterialet. Dette er en av grunnene til at vi i tillegg til Helse- og levekårsundersøkelsene har valgt å spørre ansatte i kommunene om deres oppfatninger om endringer i levekår for de mest alvorlig psykisk syke.

Opptrappingsplanen har som mål å hjelpe mennesker med psykiske plager tilbake til, eller inn i, arbeidsmarkedet. Samtidig er svake gruppers stilling i arbeidsmarkedet svært sårbar i forhold til situasjonen på arbeidsmarkedet. I løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode har arbeidsløsheten svingt en del i Norge. I denne perioden var det flest arbeidsløse omkring 2005. Når vi ikke finner at folk med psykiske problemer rammes sterkere enn andre av økt arbeidsløshet i 2005, kan dette være et tegn på at tiltakene for å sikre sysselsetting til denne gruppen virker. Det er imidlertid vanskelig å si om det er tiltakene gjennom Opptrappingsplanen, eller for eksempel satsingen Inkluderende Arbeidsliv som bidrar til å holde sysselsettingen blant folk med psykiske plager – relativt sett – oppe.

Boliger for psykisk syke er en viktig del av satsingene innenfor Opptrappingsplanen. Folk med psykiske plager og lidelser skal i større grad få bo i en ”vanlig” bolig, evt. med hjelp i hjemmet for de som trenger slik oppfølging. En del psykisk syke er ganske sikkert blitt hjulpet ved at kommunene har fått midler til å bygge – eller tilpasse – slike omsorgsboliger. Likevel rapporterer kom-

munene om problemer med å bosette psykisk syke. Spesielt oppleves det vanskelig å bosette folk med både psykisk sykdom og rusproblemer. Særlig ser dette ut til å være problematisk i små, landlige kommuner, der det er en svært homogen boligmasse i form av eneboliger. Kommunene satser gjerne på innleie av sokkelleiligheter el.l. til innbyggere som trenger kommunal hjelp til å skaffe bolig, men det er ofte vanskelig å få leid husvære til folk med dobbeltdiagnoser.

Kommuner i pressområder opplever også problemer med å bosette psykisk syke. I disse kommunene eksisterer det for så vidt en differensiert boligmasse, og med et stort befolkningsgrunnlag kan kommunen lage løsninger for innbyggere med helt spesielle behov. Problemet i disse områdene er snarere at presset på boligmarkedet er så stort at unge med psykiske plager har altfor dårlig økonomi til å komme inn på boligmarkedet. Folk som nettopp er blitt psykisk syke er i stor grad i samme situasjon som de unge, hvis parforholdene de er i oppløses under sykdommens første forløp. For disse gruppene har kommunene få virkemidler ut over å tildele kommunal bolig. Etterspørselen etter de kommunale boligene blir derfor større enn kommunene klarer å håndtere.

En viktig del av kommunenes innsats innenfor Opptrappingsplanen dreier seg om virkemidler for å sørge for at psykisk syke får større sosial kontakt og en mer meningsfull hverdag. De kommunale virkemidlene er støttekontakt, dagsentre og tilrettelegging av kultur- og fritidstiltak. Dessuten er hele tanken bak Opptrappingsplanen, med bosetting av psykisk syke i hjemkommunen, blant annet et tiltak for å øke kontakten med familie, venner og nærmiljø.

I Helse- og levekårsanalysene finner vi – relativt sett – små endringer i psykisk sykes sosiale kontakt. Dette er kanskje ikke veldig oppsiktsvekkende, da den viktigste målgruppen for tiltakene trolig ikke vil delta i en så omfattende survey som Helse- og levekårsundersøkelsen. De kommunalt ansatte mener imidlertid at det har skjedd en del på dette området i løpet av de siste årene. Dette er dessuten et område der kommunen selv har ganske stor frihet til å utforme tilbudet overfor sine innbyggere. Mens de psykisk syke i de små kommunene oppleves å ha fått nærmere kontakt med egen familie, mener ansatte i de større kommunene at tilrettelegging for

de psykisk syke i form av dagsentre og kultur- og fritidstiltak bidrar til økt sosial kontakt. I intervjuene presiseres det imidlertid at en stor del av denne kontakten skjer med andre psykisk syke. Dette betyr at det er kommuner som har arenaer hvor psykisk syke kan møte andre i samme situasjon som særlig opplever at de sykes kontaktflate blir større. En egentlig integrering i lokalsamfunnet – slik Opptrappingsplanen setter som mål – synes betydelig vanskeligere å oppnå.



## Summary

*Trine Monica Myrvold, Frode Berglund og Marit Kristine Helgesen*

### **Living conditions among mentally ill**

NIBR Report: 2008:32

This report is written on commission of the Norwegian Research Council within the evaluation of The National Action Programme on Mental Health running from 1999 through 2008.

The report analyzes the living conditions among people with symptoms of mentally illness in Norway. The main question we are addressing is:

*Has the National Action Programme on Mental Health advanced to enhance living conditions among people with mental problems and illnesses?*

To answer this question we are analyzing three sets of data:

- Data from three rounds of Health and Living Conditions Surveys to a representative sample of the Norwegian population, conducted by Statistics Norway in 1998, 2002 and 2005. An important restriction of the data set is that severe mentally ill most likely are not represented
- Data from a survey among the heads of municipal psychiatric health work in Norwegian municipalities
- Interviews with employees in municipal psychiatric health work in six municipalities

Many of the means within the National Action Programme on Mental Health aim at enhancing the living conditions among mentally ill: development of serviced or sheltered housing, day-care units, home-care services, support persons and recreational

---

activities, and strengthening of employment measures. Most of these measures are implemented by the municipalities.

The analyses in this report show that people with psychiatric problems and illnesses in general have poorer living conditions than people who are not mentally ill. By and large we find modest changes in living conditions for mentally ill in the period from 1998 to 2005. The National Action Programme on Mental Health does not appear to have caused a substantial improvement of the living conditions. This general conclusion deserves, however, some additional remarks.

Firstly, we will point to the necessity of making some reservations on the possibility of the National Action Programme on Mental Health to have a significant impact on the living conditions among mentally ill. Several of the indicators of living conditions used in this report change slowly and are influenced by fundamental attitudes and market forces beyond the control of the National Action Programme.

The evolution of the living conditions among people with psychiatric problems and illnesses is affected by the situation on the arenas where the individual's resources are converted to living conditions. For instance, the labour market situation will be of importance when it comes to the possibilities of mentally ill to be able to get (or get back to) a job. Within the time period of the National Action Programme on Mental Health, the Norwegian labour market has experienced some fluctuations, with more people unemployed in 2005 than in 1998 and 2002. Usually marginal groups will suffer greater problems than other groups when the labour market is slack. When our analyses show that people with mental problems are not hurt more than other groups by the increased unemployment in 2005, this might possibly indicate that the employment measures for mentally ill works (if only modestly). It is, however, difficult to conclude that the means implemented through the National Action Programme actually are working, or if other national employment programmes are equally or more important.

Development of serviced or sheltered housing for mentally ill has been an essential part of the National Action Programme on Mental Health. Quite a few mentally ill have been helped by new houses built by the municipalities. Nevertheless, many munici-

palities report problems of finding suitable housing for mentally ill. It appears particularly difficult to house people with both psychiatric problems and severe drug/alcohol abuse. Small, rural municipalities, often with a rather homogenous housing stock of villas, find it difficult to find good houses for this group. Also municipalities in high-demand areas are reporting difficulties on this matter, particularly because houses in these areas are so expensive that young people with psychiatric problems never have the chance to enter the property market. The demand for municipal housing, hence, becomes too large for the municipalities to handle.

Among the factors relating to living conditions studied in our report the most obvious improvement is that mentally ill now are more involved in different local activities, and thus have more contact with other people than they had some years ago. This is an area where the municipalities are quite free to work out such services as they like. Arranging for mentally ill to participate in cultural events, day-care units and other leisure activities contributes to enhanced social contact. A major part of this contact is, however, with other mentally ill. A real integration of mentally ill in the local community – as The National Action Programme aims for – appears more difficult to achieve.

---

# 1 Innledning

## 1.1 Opptrappingsplanen og psykisk sykes levekår

Opptrappingsplanen for psykisk helse karakteriserte situasjonen for mennesker med alvorlige psykiske lidelser i 1997 slik: ”De er blant dem som har de dårligste levekårene og som mottar svakest tilbud fra tjenesteapparatet. De har dårlig økonomi og vanskelig for å skaffe seg eller beholde bolig, arbeid og venner. Mange lever sosialt isolert og har lite kontakt utover hjelpeapparatet” (St.prp.nr. 63 (1997-98)).

Et viktig mål med Opptrappingsplanen er å bedre levekårene for mennesker med psykiske problemer gjennom å styrke alle deler av det psykiske helsearbeidet. Behovet for bolig, arbeid eller annen meningsfylt aktivitet, sosial omgang og kulturell og åndelig stimulans nevnes eksplisitt i Opptrappingsplanen. I tillegg til styrking av behandlingstilbudet, øker planen tilbudet av omsorgsboliger, hjemmetjenester, dagsentra, støttekontakter, kultur- og fritidstiltak samt sysselsettingstiltak. Dette er i stor grad tjenester som kommunene har ansvar for å gi psykisk syke innbyggere. Opptrappingsplanen innebærer i sterkere grad enn tidligere en tydeligere kommunal rolle i å gi et bredt tilbud som kan bidra til bedre levekår for innbyggere med psykiske problemer og lidelser.

## 1.2 Spørsmål for studien

Med utgangspunkt i Opptrappingsplanens mål om å bedre levekårene for psykisk syke mennesker, vil vi i rapporten drøfte følgende hovedproblemstilling:

*Har Opptrappingsplanen for psykisk helse bidratt til å bedre levekårene til mennesker med psykiske problemer og lidelser?*

Vi nærmer oss hovedproblemstillingen for prosjektet ved å belyse følgende spørsmål:

- Hvordan er levekårene for psykisk syke sammenliknet med psykisk friske mennesker?
- Hvordan har levekårene for psykisk syke utviklet seg i løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode?
- Hvordan er levekårene for psykisk syke sammenliknet med mennesker med somatiske sykdommer og funksjonshemminger?
- Hvordan er levekårene for mennesker med alvorligere psykiske plager sammenliknet med levekårene for mennesker med lettere psykiske problemer?

## 1.3 Datatilfang

- Til grunn for analysene ligger data fra tre kilder:
- Statistisk sentralbyrås Helse- og levekårsundersøkelser 1998, 2002 og 2005
- Spørsmål om levekår stilt i en survey til samtlige norske kommuner i 2008
- Intervjuer med ansatte i det psykiske helsearbeidet i seks kommuner

Analyse av ulike typer data fra flere kilder gir et videre inntak til studiet av levekår blant folk med psykiske problemer og lidelser. De ulike kildene og metodene har ulike styrker og svakheter. I Helse- og levekårsundersøkelsene, som består av survey til et stort utvalg mennesker<sup>1</sup>, er det grunn til å tro at de dårligste psykisk syke

---

<sup>1</sup> Helse- og levekårsundersøkelsene består også av en intervjudel, men den er ikke aktuell for våre analyser.

ikke fanges opp. Gjennom surveyen til kommunene og i intervjuene med kommunalt ansatte er det imidlertid mulig å stille spørsmål om situasjonen til de aller dårligste. Intervjuene innebærer dessuten at vi kan få større forståelse for hvilke forhold og mekanismer som gjør seg gjeldende i forhold til (endringer i) psykisk sykes levekår.

En av hensiktene med å supplere analysene av Helse- og levekårsdataene med surveydata og case-studier er å gi rom for bredere oppfatninger av hva ”gode levekår” består i for psykisk syke. Ideelt sett ville det vært interessant å intervju psykisk syke og deres pårørende om (utviklingen i) levekårene, men en slik undersøkelse har det ikke vært rom for i dette prosjektet.

Siden de ulike datakildene – og særlig Helse- og levekårsundersøkelsene – trenger en bredere presentasjon og drøfting, har vi valgt å behandle de datamessige og metodiske sidene ved analysene i de kapitlene de brukes.

## 1.4 Rapportens disposisjon

I kapittel 2 drøfter vi hva begrepet ”levekår” omfatter, hva som påvirker grupperes levekår og hvordan levekår kan endres. Vi drøfter også hvordan Opptrappingsplanens satsinger henger sammen med ulike sider ved levekårsbegrepet, og hvorvidt vi kan forvente at planen faktisk har endret levekårene til psykisk syke.

Kapittel 3 består av en analyse av Statistisk sentralbyrås data fra Helse- og levekårsundersøkelsene i 1998, 2002 og 2005. Her drøfter vi grundig kvaliteten på – og relevansen av – datamaterialet som benyttes i analysene.

I kapittel 4 analyserer vi surveydataene fra kommunene. Informasjon fra intervjuene i case-kommunene benyttes for å fylle ut bildet fra surveyen.

Sluttkapitlet – kapittel 5 – består av en sammenfattende drøfting, der vi oppsummerer hvordan datamaterialet kan besvare spørsmålene fra innledningskapitlet.

## 2 Levekår

Erik Allardt (1975) hevder at velferd har tre dimensjoner, knyttet til tilfredsstillelsen av menneskelige behov:

**Å ha**, som er knyttet til behovet for materielle goder  
**Å være**, som er knyttet til behovet for selvrealisering  
**Å elske**, som er knyttet til behovet for sosial tilhørighet  
(NOU 1993:17, s. 42)

”Levekår” er på ingen måte et entydig begrep. En *individualistisk* tilnærming til levekår innebærer at det bare er det enkelte menneske som kan vurdere hva som er gode levekår for en selv. Et *paternalistisk* syn på levekår betyr at en overordnet instans, for eksempel et politisk organ, kan avgjøre både hvilke forhold som skal sees som relevante, og hva som skal regnes som gode og mindre gode levekår (NOU 1976:28, s. 8). Skillet mellom individualistisk og paternalistisk tilnærming til levekår tilsvarer langt på vei skillet mellom en *subjektiv* og en *objektiv* tilnærming.

Til syvende og sist er det den enkeltes opplevelse av egne levekår – gjerne i sammenlikning med andres levekår – som vil være viktig for vurderingen av livsbetingelser og livskvalitet. I denne rapporten undersøker vi *ikke* hvordan de psykisk syke selv opplever sine egne levekår. Vi tar snarere utgangspunkt i forhold som gjennom de siste 30-40 år har vært benyttet av offentlige myndigheter for å måle levekår. Dette betyr at subjektive følelser som ikke nødvendigvis har sitt motstykke i reelle, målbare forhold ikke fanges opp, selv om de kan ha stor betydning for den enkeltes vurdering av egne livsvilkår.

## 2.1 Den nordiske tilnærmingen til levekår

I NOU 1993:17 *Levekår i Norge* benytter utvalget det de kaller den nordiske tilnærmingen til analyser av levekår. Den nordiske tilnærmingen innebærer at en tar utgangspunkt i at:

- Levekår påvirkes av individuelle ressurser, for eksempel inntekt, formue, helse, kunnskaper, i tillegg til kollektive ressurser i samfunnet den enkelte inngår i, for eksempel organisasjoner
- Levekårene påvirkes av egenskapene ved de arenaene de utspiller seg på, for eksempel situasjonen på arbeidsmarkedet eller boligmarkedet

I den nordiske velferdsforskningen har levekår gjerne vært sett som individenes tilgang på ressurser som de kan bruke til å kontrollere og bevisst styre sine livsvilkår:

- Helse og tilgang på medisinsk behandling
- Sysselsetting og arbeidsvilkår
- Økonomiske ressurser og forbruksvilkår
- Kompetanse og utdanningsmuligheter
- Familie og sosiale relasjoner
- Boligforhold og tilgang på tjenester i nærmiljøet
- Rekreasjon og kultur
- Sikkerhet for liv og eiendom
- Politiske ressurser og demokratiske rettigheter

Dette ”ressursperspektivet” fanger opp at levekår ikke bare er et individuelt, men også et kollektivt anliggende. Levekår er både noe som påføres den enkelte, og som noe som kan påvirkes og utformes gjennom bevisste valg, både fra myndighetenes og den enkeltes side.

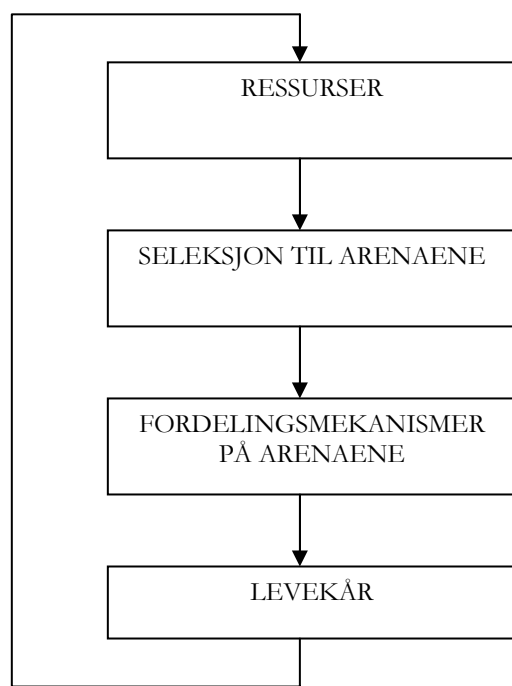
### **Ressurser utvikles på arenaer**

Levekårene formes ikke bare av de ressursene individene kan mobilisere, men også av de mekanismer som spiller seg ut på de ulike arenaene som ressursene settes inn på. Slike arenaer kan være arbeidsmarkedet, utdanningssystemet eller boligmarkedet. Hvorvidt utdanning kan transformeres til høy inntekt avhenger for eksempel av situasjonen på arbeidsmarkedet. Levekår er med andre



ord et samspill mellom ressurser, seleksjon og arenaegenskaper (Figur 2.1).

Figur 2.1 *Levekår som resultat av samspill mellom ressurser, seleksjon og arenaegenskaper*



(Kilde: NOU 1993:17, s. 44)

Til grunn for denne modellen ligger en forestilling om at individenes ressurser aktiviseres på ulike arenaer, men også at adgangen til disse arenaene reguleres av ulike seleksjonsmekanismer. Selv om det formelt sett er adgang for alle til arenaene, kan forhold som normer, tradisjoner, tilbud og etterspørsel gjøre at enkelte grupper favoriseres, dvs. at deres ressurser er mer "omsettelige" på den aktuelle arena (NOU 1976:28, s. 17; NOU 1993:17). Hvorvidt den enkeltes ressurser faktisk bidrar til å bedre levekårene avhenger derfor både av individuelle valg og forhold utenfor den enkeltes (eller myndighetenes) kontroll. Dette samspillet mellom flere forhold har selvsagt betydning for hvorvidt vi kan forvente at Opptrappingsplanen faktisk fører til bedre levekår for mennesker med psykiske vansker, og for om eventuelle endringer som observeres kan

---

tilskrives tiltak i Opptrappingsplanen. Dette kommer vi tilbake til senere i kapitlet.

## 2.2 Hvordan måle levekår?

Analysen av levekår kan gjøres ved at man ser på fordelingen av eller utviklingen av enkeltkomponenter, for eksempel sysselsetting, inntekt, utdanning, bolig. Levekår kan også studeres ved at det etableres et samlemaal som rommer en rekke forhold som er relevante for enkeltmenneskers eller gruppers levekår.

I offentlige utredninger og i Stortingsmeldinger benyttes ofte en indeks for samlede levekår utviklet av Statistisk sentralbyrå. Indeksen ble benyttet første gang i Sosialt Utsyn 1989. Denne levekårsindeksen består av flere indekser på følgende områder:

- Helse
- Bolig- og materiell standard
- Økonomi
- Arbeidsmarkedet
- Bomiljø
- Sosiale relasjoner
- Fritidsaktiviteter
- Arbeidsmiljø

Fordelen med en samleindeks er at en får et redskap for å gjøre mer helhetlige sammenlikninger av levekårene mellom grupper, mellom geografiske områder el.l. (St.meld. nr. 14 (1994-95):20-21). En indeks, spesielt en indeks sammensatt av flere indekser, som benyttes i norske offentlige utredninger, kan dessuten romme svært mye informasjon. En hel rekke forhold blir inkludert, og på denne måten favner man over mange sider ved menneskenes liv. Man får et mer helhetlig bilde av folks livsbetingelser enn om man tar utgangspunkt i enkeltforhold, som sysselsetting, bolig, utdanning, m.v.

Ulempen med en slik indeks er at den kan bli ugjennomsiktig – den kan tilsløre hvilke forhold som faktisk slår ut, og den kan gjøre det vanskelig å identifisere områder der myndighetene kan gripe inn med tiltak for å rette opp skjevheter. Det er dessuten en rekke prinsipielle og praktiske problemer knyttet til å vekte ulike levekår-

komponenter mot hverandre i indeksen. Hvor mye skal en gitt boligstandard telle, i forhold til for eksempel høyere utdanning?

I Norge har det vært lagt vekt på å utvikle samleindekser (NOU 1976:28, s. 7), men i praksis har indeksene også vært brukket opp på enkeltfaktorer (for eksempel NOU 1993:17).

Ved å trekke inn en rekke ulike forhold i studiet av levekår blir det mulig å studere sammenhenger mellom ulike sider ved folks og grupperes levekår. Er det en *oppbopning* av godelevkår, slik at enkeltmennesker eller grupper som skårer høyt (positivt) på én faktor også skårer høyt på andre faktorer? Eller skjer det snarere en form for *kompensasjon*, slik at høy skåre på ett område innebærer lav skåre på andre? Eller fremstår de ulike forholdene som til sammen utgjør folks levekår som ganske *uavhengige* av hverandre? Som vi senere skal se er det naturlig nok særlig hopningstendenser som representerer en utfordring for myndighetene. Dette gjelder ikke minst når en ser på levekår og helse.

### 2.3 Tidligere studier av levekår og helse

De tradisjonelle levekårsundersøkelsene har tidligere i liten grad sett på situasjonen for spesielle grupper i befolkningen, som bostedsløse, rusmisbrukere, innsatte eller psykisk syke. De senere årene er det imidlertid kommet et sterkere fokus på levekårene for særlig utsatte grupper, for eksempel alenemødre (Ugreinov 2005), innsatte i norske fengsler (Friestad og Skog Hansen 2004) og HIV-positive (Fangen et al. 2002).

Tidligere studier av levekår viser at det ofte er en klar opphopningstendens: folk som skårer lavt på en faktor, for eksempel tilknytning til arbeidsmarkedet, har en tendens til å skåre lavt også på andre forhold, særlig helsetilstand, økonomi og fritidsaktiviteter (St.meld. 50 (1998-1999), St.meld. nr. 35 (1994-95)).

Mange av analysene av sammenhengen mellom helse og levekår viser først og fremst samvariasjon mellom levekårsfaktorene, og tar i liten grad sikte på å si noe om årsak og virkning. De sosiale forskjellene i helse er store, og årsakene til slike forskjeller er komplekse. Helsetilstanden påvirker bl.a. deltakelse på andre levekårsområder (som utdanning, tilgangen til arbeidsmarkedet og lengden av arbeidsforhold) – og situasjonen når det gjelder andre

levekårsvariabler (arbeid, sosialt nettverk m.v.) virker tilbake på helsen.

Helsedirektoratet har de siste årene satt et sterkt fokus på sosioøkonomiske forskjeller i helse, blant annet i form av en handlingsplan mot sosiale forskjeller i helse (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Handlingsplanen innledes med en oppsummering av kunnskapen om sosiale forskjeller i helse:

I Norge, som i de fleste andre land, er sammenhengen mellom sosial posisjon og helsetilstand betydelig og veldokumentert. Forskning har blant annet vist at:

- sosiale helseforskjeller kan dokumenteres i de fleste aldersgrupper i befolkningen
- det forekommer betydelige sosiale forskjeller i helse både for menn og kvinner
- de sosiale forskjellene i helse er betydelige uavhengig av om sosiale ulikheter defineres etter utdanning, yrke eller inntekt
- de sosiale forskjellene i helse danner en gradient: jo høyere sosioøkonomisk status, jo bedre helse
- de sosiale forskjellene i helse er varige og har øyensynlig ikke endret seg vesentlig over tid
- de sosiale forskjellene i helse er ikke nevneverdig mindre i Norge enn i andre europeiske land

Et av hovedelementene i direktoratets handlingsplan er å styrke forskningen på sosiale ulikheter i helse. I kjølvannet av handlingsplanen er det derfor gjort en rekke studier av sammenhengen mellom sosioøkonomiske forhold og helse.

Sund og Krokstad (2005) har på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet en kunnskapsoversikt over forskning på sosiale ulikheter i helse i Norge. Forfatterne trekker frem flere forklaringer på sammenhengen mellom sosiale ulikheter og helseproblemer. *Seleksjonsforklaringer* antar at selektive prosesser gjennom livsløpet favoriserer de med best helse, slik at de oppnår ytterligere fremgang i utdanningssystemet, yrkeslivet og senere inntekt. På denne måten får de høyere sosiale lagene en gunstigere helseprofil. *Sosiale årsaksforklaringer* tar det motsatte utgangspunktet: at den sosioøkonomiske posisjonen er bestemmende for helsen.

De sosiale forklaringene omfatter materielle forklaringer, forklaringer knyttet til helseatferd og livsstil, psykososiale forhold, og forhold i barndommen.

Sund og Krokstad (2005) oppsummerer materialet i rapporten slik:

Både utdanningsnivå og inntektsnivå samvarierer med dødeligheten. Den totale dødeligheten er høyest for de lavest utdannede og de med minst inntekt, og avtar gradvis med økt utdannings- og inntektsnivå. Ulikhetene er større blant menn enn kvinner, og spesielt uttalt er forskjellene etter inntektsnivå. Også forskjeller i dødelighet etter yrkesklasse viser store ulikheter. Dødsårsakene viser samme mønster der risikoen er jevnt økende fra høyeste til laveste sosiale gruppe.

Studier som har sett på årsakene til sosiale helseforskjeller tyder på at både seleksjon og sosiale årsaksforklaringer kan ha betydning for de observerte ulikhetene i helse. Seleksjon har muligens bare begrenset betydning, men bør like fullt forsøkes motvirket gjennom tiltak mot dem med dårlig helse, helst så tidlig som mulig i deres livsløp. Tilrettelegging av arbeidssituasjonen for personer med funksjonshemminger og dårlig helse kan hindre utstøting fra arbeidslivet med påfølgende helsepolarisering. De sosiale årsaksforklaringene inneholder en rekke forklaringsmodeller, hvor fellesnevneren er fordelingen av levekår og sosiale rammebetingelser. Flere studier tyder på at fraværet av ressurser har betydning for helsa, altså en materiell forklaring. At sammenhengen mellom inntekt og helse former en gradient, gjør at psykososiale forhold kan tenkes å medvirke. Helseatferd og livsstilsforklaringer bidrar trolig også til observerte sosiale ulikheter i helse.

Det finnes også noen norske studier som ser spesifikt på sammenhengen mellom sosioøkonomiske forhold og *psykisk helse*. En analyse av data fra Helse- og levekårsundersøkelsen i 1998 (Rognerud et al. 2002) viser en signifikant sammenheng mellom sosioøkonomisk status og psykisk helse, både for kvinner og menn. Hyppigheten av psykiske plager og lidelser avtar med økende sosioøkonomisk status. I disse analysene sees

sosioøkonomiske forhold som determinanter for menneskers psykisk helse. Betydningen av sosioøkonomisk status for den psykiske helsen reduseres ved kontroll for sivil status, sosial støtte og livsstil. Forfatterne tolker dette som en indikasjon på at ”effekten av sosioøkonomisk status til en viss grad henger sammen med at høy status også bidrar til gode interpersonlige relasjoner og en livsstil som er positiv for psykisk helse” (Rognerud et al. 2002). I artikkelen presiseres det at datamaterialet ikke er egnet til å trekke konklusjoner om årsaker og virkninger. Dette gjelder også for våre analyser, der psykisk helse sees som mulig årsak til forskjeller i levekår. På bakgrunn av noe av det samme datamaterialet stiller forskerne med andre ord to ulike spørsmål: Er det psykiske problemer som gir lav sosioøkonomisk status, eller gir sosioøkonomiske problemer psykiske plager?

En nylig publisert rapport fra Folkehelseinstituttet analyserer data fra Helse- og levekårsundersøkelsene fra 1998, 2002 og 2005 (Johansen et al. 2008). Forskerne finner en klar sammenheng mellom flere levekårsforhold og psykisk helse. Høy utdanning gir bedre psykisk helse. Det samme gir det å leve i parforhold, det å være i jobb, og det ikke å ha en kronisk lidelse. Folk som har hatt alvorlige økonomiske problemer er overrepresentert i gruppen med psykiske problemer, og denne tendensen er sterkere i 2005 enn i 2002 (Johansen et al. 2008:20).

I en ny rapport utarbeidet for Helsedirektoratet gjennomgår Jon Ivar Elstad norske og nordiske studier av sammenhengen mellom utdanning og helse (Elstad 2008). Elstad dokumenterer en sterk sammenheng mellom utdanning og helse: folk med utdanning på universitetsnivå lever i snitt betydelig lenger enn folk med lavere utdanning. Elstad trekker frem tre forklaringer på dette mønsteret. For det første vil utdanning gjerne være inngangsport til et livsløp som fører til bedre levekår på de fleste områder, som bedre økonomi, bedre arbeidsforhold, høyere sosial status og mer makt og innflytelse.

For det andre kan utdanning gi en type kompetanse som gir et fortrinn som bedrer evnen til å mestre utfordringer, slik at en også håndterer helserisiko på en bedre måte.

For det tredje trekker Elstad frem at langvarig helsesvikt eller andre vanskelige tilstander – som for eksempel psykiske plager og lidelser – kan reduserer mulighetene til å gjennomføre en lengre

utdanning. Elstad mener at denne forklaringen kan være viktig for noen, men at den trolig dreier seg om såpass få mennesker at den ikke kan være hovedforklaring på sammenhengen mellom utdanning og helse.

## 2.4 Opptrappingsplanens mål og virkemidler

Et viktig formål med prosjektet er å undersøke hvorvidt Opptrappingsplanen for psykisk helse har bidratt til å bedre levekårene til mennesker med psykiske problemer og lidelser. Opptrappingsplanen har klare ambisjoner om å bedre psykisk sykes levekår, og bedre levekår for brukerne er på mange måter selve *målet* med Opptrappingsplanen.

I forarbeidene til planen utgjorde nettopp psykisk sykes generelt dårlige levekår en betydelig bekymring for de politiske myndighetene. Opptrappingsplanen er ikke bare en plan for bedret psykisk helsetilbud, men en plan som søker å bedre levekårene på bredere front: bl.a. bolig, sysselsetting, fritidsaktiviteter, kulturtilbud og sosial kontakt. Denne bredden understrekes sterkt i Opptrappingsplanen:

En person med psykiske problemer må ikke bare ses som pasient, men som et helt menneske med kropp, sjel og ånd. Nødvendig hensyn må tas til menneskets åndelige og kulturelle behov, ikke bare de biologiske og sosiale (St. meld. nr. 63 (1997-98)).

Opptrappingsplanen er også opptatt av at samfunnet skal bidra til at rammene rundt psykisk syke ivaretar grunnleggende behov:

- en tilfredsstillende bolig og å kunne bo med verdighet, og med tilstrekkelig bistand der dette er nødvendig
- å delta i meningsfylt aktivitet, i form av vellykket tilbakeføring til arbeidslivet, eller der dette permanent eller midlertidig ikke er mulig; annet meningsfylt aktivitetstilbud
- å inngå i en sosial sammenheng med familie og venner, og bryte sosial isolasjon
- å ha muligheter for kulturell og åndelig stimulans og utvikling på den enkeltes egne premisser og i et meningsfylt fellesskap

Vi kan tenke oss at Opptrappingsplanen for psykisk helse kan bidra til en bedring av psykisk sykes levekår på to måter: ved at syke får bedre/mer behandling, og slik sett blir friskere (og ikke lenger faller inn under definisjonen av ”psykisk syke”), eller ved at de syke får bedret sin situasjon på andre levekårsområder, for eksempel bolig, fritidsaktiviteter, sosial kontakt, arbeid. Det er denne siste effekten vi ser nærmere på i prosjektet. Med andre ord måler vi om de som fortsatt er å regne som psykisk syke har fått bedre levekår i løpet av opptrappingsperioden.

### **Opptrappingsplanens virkemidler**

Opptrappingsplanen innebærer en omstrukturering av hjelpe-tilbudet til psykisk syke. Store institusjoner bygges ned, samtidig som tjenestene bygges opp i kommunene. Målet er at psykisk syke skal kunne leve et godt liv og være integrert i sitt lokalmiljø, og at de skal motta nødvendige tjenester fra den kommunen de bor i.

I tillegg til en utbygging av spesialisthelsetjenesten, som ikke er et hovedanliggende i denne rapporten, har Opptrappingsplanen satt mål for utviklingen av tilbudet til voksne i kommunene:

- 3 400 nye omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser
- 3 400 flere årsverk i hjemmetjenesten
- 4 500 flere brukere av dagsentre
- 10 000 flere skal få tilbud om støttekontakt
- 15 000 flere skal få tilbud om kultur- og fritidstiltak
- styrking av behandlingstilbudet (184 psykologer og 125 flere høyskoleutdannet personell med tilleggsutdanning i psykiatri)

Blant de statlige tiltakene for voksne som er særlig relevante, er:

- 4 000 flere skal få tilbud om sysselsettingstiltak

Dessuten gis det betydelig støtte til støtte til bruker- og pårørende-organisasjoner, og til brukerrettede tiltak og informasjonsvirksomhet knyttet til psykisk helse.

Virkemidlene i Opptrappingsplanen kan både direkte og indirekte bidra til bedre levekår for mennesker med psykiske vansker.



**Utbygging av omsorgsboliger** kan i seg selv gi mange psykisk syke bedre bostandard. Folk som tidligere har bodd i institusjon eller hjemme hos foreldre, får mulighet for å få egen leilighet. I tillegg forutsetter Opptappingsplanen at bosetting i nærmiljøet vil kunne innebære mer sosial kontakt med venner og familie, og mer bruk av kultur- og fritidstilbud lokalt.

**Utbygging av hjemmetjenestene** vil for mange være en forutsetning for å kunne bo i egen bolig i nærmiljøet. Slik sett vil en styrking av tjenestene indirekte kunne føre til mange av de samme bedringene i levekår som utbyggingen av omsorgsboliger.

**Dagsentra** vil kunne tilby mennesker med psykiske vansker både et fritids- og sysselsettingstilbud og en arena for sosial omgang. Kommunenes dagsentra varierer imidlertid både i omfang og innhold, og det vil derfor kunne variere hva de kan hjelpe sine brukere med.

**Støttekontakter** kan hjelpe mennesker med psykiske problemer til et mer aktivt liv, eventuelt i tilknytning til et større sosialt nettverk, i tillegg til at støttekontakten i seg selv representerer en sosial kontakt for brukeren.

**Kultur- og fritidstiltak** vil også kunne gi mennesker med psykiske vansker en rikere hverdag og større sosial kontaktflate.

Både dagsentra, støttekontaktordninger og kultur- og fritidstiltak kan representere skritt på veien for psykisk syke tilbake til en ”normal” tilværelse, med arbeid eller annen sysselsetting som resultat.

**Sysselsettingstiltak** er målrettede tiltak for å få folk med psykiske vansker (tilbake) i jobb eller annen meningsfull virksomhet. I tillegg til at sysselsetting stort sett vil være vesentlig for den enkeltes økonomiske situasjon, innebærer arbeid eller annen aktivitet en viktig arena både for selvrealisering og for sosial kontakt.

### **Hva kan vi forvente om Opptappingsplanens betydning for psykisk sykes levekår?**

Det er som vi har sett gode grunner for at de ulike tiltakene iverksatt innenfor Opptappingsplanen for psykisk helse kan ha hatt betydning for levekårene til menneske med psykiske vansker.

Det kan likevel være grunn til å ha moderate forventninger til hvilke sammenhenger vi vil finne mellom Opptrappingsplanen og utviklingen i levekårene for denne gruppen.

Enkelte levekårsforhold endres langsomt. Det å få omsorgsbolig kan gi umiddelbar heving av bostandarden, mens det å få psykisk syke tilbake i jobb, eller å utvikle et større sosialt nettverk kan ta flere år. Den innsatsen som gjøres som ledd i Opptrappingsplanen for psykisk helse kan med andre ord gi resultater på lengre sikt enn det vi har kan observere.

En viktig grunn til at det kan ta tid å endre levekårene kan være folks normer og holdninger. Myrvold (2008) har i en undersøkelse av folks holdninger til psykisk syke funnet at holdningene har endret seg noe i positiv retning fra 2002 til 2007, men endringene er relativt små. Som vi tidligere har sett må individuelle ressurser ”omsettes” til levekår på ulike arenaer, og adgangen til disse arenaene kan være påvirket av holdninger og normer. Selv om psykisk syke oppmuntres til å ta utdanning, og faktisk også gjør det, vil holdninger som gjør seg gjeldende i arbeidsmarkedet kunne utgjøre en hindring for at de syke faktisk kommer i inntektsgivende arbeid.

En annen årsak til at det kan være vanskelig både å spore endringer i levekår som kan tilskrives satsingene i Opptrappingsplanen, og å kunne slutte at eventuelle observerte endringer faktisk skyldes Opptrappingsplanen er knyttet til at en rekke andre utviklingstrekk i samfunnet også kan virke inn på psykisk sykes levekår. I virkeperioden for Opptrappingsplanen har f.eks. situasjonen på arbeidsmarkedet variert. Tidligere analyser har klart vist at det er betydelig vanskeligere for marginale grupper å få innpass i arbeidsmarkedet når det er overskudd av arbeidskraft, mens det er lettere når arbeidsmarkedet er stramt. Slike forhold kan slå sterkere ut enn innsatsen gjennom Opptrappingsplanen.

I opptrappingsplanperioden har det skjedd flere omorganiseringer som – i hvert fall indirekte – kan betydning for psykisk sykes levekår. NAV-reformen er en slik endring. Kommunene er avhengig av et nært samarbeid med NAV Arbeid for å kunne hjelpe psykisk syke innbyggere inn i, eller tilbake til, arbeidsmarkedet (Myrvold og Helgesen 2008). Den første tiden etter at NAV ble iverksatt har den hatt store utfordringer knyttet til

ivaretagelsen av sine klienter. Dette kan ha hatt betydning for hjelpen til psykisk syke.

I samme periode som, men uavhengig av Opptrappingsplanen, har det også vært en større satsing mellom staten og partene i arbeidslivet – Inkluderende arbeidsliv – som har hatt som mål å sikre at det legges til rette for at folk skal kunne være i arbeid selv om de har begrenset funksjonsevne. Avtalen om Inkluderende arbeidsliv kan ha bidratt til å øke muligheten for at psykisk syke skal være i arbeid. Det vil i den type analyser som gjøres her være vanskelig å trekke konklusjoner om Opptrappingsplanens betydning i forhold til effekten av Inkluderende arbeidsliv.

En annen stor reform som ble iverksatt i løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode er sykehusreformen. Fra 01.01.02 ble eieransvaret for spesialisthelsetjenesten overdratt fra fylkeskommunene til staten, og organisert i helseforetak (Opedal og Stigen 2005). Denne svært omfattende reformen innebar en gjennomgripende omorganisering av hele spesialisthelsetjenesten, noe som sannsynligvis har spilt en ikke ubetydelig rolle for tjenestene for psykisk syke. Omorganiseringene har blant annet hatt betydning for kommunenes samhandling med spesialisthelsetjenesten. Kommunene oppgir samarbeidsproblemer med andrelinjen som en viktig hindring i arbeidet med å implementere Opptrappingsplanen for psykisk syke i kommunen (Myrvold og Helgesen 2008).

Satsingene Opptrappingsplanen representerer tross alt en mindre del av det totale psykiske helsearbeidet. Selv om enkeltmennesker hjelpes gjennom tjenester som er styrket gjennom satsingen, vil ikke disse nødvendigvis slå ut i undersøkelser rettet mot hele befolkningen. I surveyen til kommunene og i case-studien er det imidlertid større grunn til å anta at vi kan spore endringer som mer direkte kan relateres til midler kommunene har fått gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Et siste, men viktig, moment er knyttet til hvorvidt vi gjennom våre indikatorer faktisk fanger opp relevante sider ved psykisk sykes levekår. I beste fall gir våre indikatorer et svært forenklet bilde av noen elementer i levekårene. Vi kommer nærmere tilbake til en diskusjon av indikatorer i Kapittel 3.

## 3 Analyse av data fra helse- og levekårsundersøkelsene

### 3.1 Innledning

I dette kapitlet presenteres analyser av foreliggende data fra Statistisk sentralbyrås Helse- og levekårsundersøkelser. Vi søker å belyse spørsmålene som ble stilt i innledningskapitlet:

- Hvordan er levekårene for psykisk syke sammenliknet med psykisk ”friske”?
- Hvordan har levekårene for psykisk syke utviklet seg fra 1998 til 2005?
- Hvordan er levekårene for psykisk syke sammenliknet med mennesker med somatiske sykdommer?
- Hvordan er levekårene for mennesker med alvorligere psykiske plager sammenliknet med levekårene for mennesker med lettere psykiske problemer?

### 3.2 Datagrunnlaget: Helse- og levekårsundersøkelsene

Dataene fra Helse- og levekårsundersøkelsene muliggjør et fokus på *den enkelte brukers levekår*. Statistisk sentralbyrås Levekårsundersøkelse har hatt helse som tema i årene 1998, 2002 og 2005. Datasettene inneholder opplysninger om sykdom, både psykisk og somatisk, og har dessuten en rekke variabler som kan benyttes for å kartlegge levekår. Helse- og levekårsundersøkelsene utgjør den eneste regelmessige befolkningsrepresentative undersøkelsen med spørsmål om psykisk helse (Johansen et al. 2008:13).

Undersøkelsen er delt i to, med en intervjudel og et postalt skjema. Spørsmålene om psykisk helse finnes bare i den postale delen, og det er derfor data fra denne som utgjør materialet i våre analyser.

I utgangspunktet trekkes et utvalg på 10000 personer, 5000 i et basisutvalg og 5000 i et tilleggsutvalg finansiert av helsemyndighetene. Svarprosenten for det postale skjemaet var i 2005 bare knappe 57 prosent, en klar reduksjon fra 1998 og 2002 (Hougen 2006:12). Johansen et al. (2008:13) konkluderer med at svarprosenten på spørsmålene om psykisk helse i 2005 er så lav at en ikke uten videre kan si at materialet er befolkningsrepresentativt.

Variablene vi benytter trenger en nærmere presentasjon og drøfting. Dette gjelder ikke minst indeksen for å måle folks psykisk helse – Hopkins Symptom Checklist – vår sentrale uavhengige variabel.

### 3.2.1 Uavhengig variabel: Psykisk helse målt ved The Hopkins Symptom Checklist

Det er ingen enkel oppgave å identifisere psykisk syke i spørreundersøkelser som er rettet til representative utvalg av befolkningen. Temaet er i noen grad tabubelagt, og det er ikke urimelig å anta at målgruppen er mindre villige til å delta i slike undersøkelser enn andre.

Helse- og levekårsundersøkelsen benytter seg av Hopkins Symptom Checklist (Derogatis et al. 1974). Denne måler ”distress” i form av angst (de første 10 symptomene) og depresjon (de siste 15 symptomene). Respondentene blir bedt om å krysse av for i hvilken grad de er plaget av 25 ulike symptomer (se Vedlegg 2) langs en firedelt skala – 1. ikke plaget, 2. lite plaget, 3. ganske mye plaget, og 4. veldig mye plaget. Det er et viktig poeng at respondentene selv skal fylle ut skjemaet, og ikke avlevere svar til en intervjuer (Rognerud et al. 2002).

Hopkins Symptom Checklist (HSCL) er inkludert i alle de tre aktuelle helse- og levekårsundersøkelsene. I vår undersøkelse benytter vi HSCL for å skille ut de respondentene som antas å ha psykiske problemer og sykdommer fra respondenter som ikke har symptomer på slike plager.

The Hopkins Symptom Checklist er et av flere mål som søker å fange opp psykisk lidelse i befolkningen – men HSCL er også brukt mer klinisk. Symptomene som inngår og dimensjonene disse er uttrykk for er utviklet i samråd med klinikere som har bred erfaring med psykisk syke pasienter, og er testet ut på innkomne svar fra utvalg av pasienter og befolkning (Derogatis et al. 1974).<sup>2</sup>

Psykisk sykdom er en diffus term, og symptomene på sjekklista er tenkt å fange opp spesifikke lidelser via symptomer som er knyttet til disse lidelsene. Det dreier seg for eksempel om lidelser som angst og depresjon – symptomene på angst er ikke de samme som symptomene på depresjon. Tanken er altså at noen symptomer skyldes angst, andre depresjon og så videre. Angst er således å betrakte som en underliggende dimensjon, som ”produserer” bestemte typer av symptomer. Hvilke underliggende lidelser som kan måles med hjelp av symptomlista avhenger derved av hvilke symptomer det blir spurt etter.

I litteraturen foreligger HSCL i mange varianter. Jo bredere spekter av lidelser, dess lengre blir lista av symptomer det spørres etter. En variant er HSCL-25, som består av 25 symptomer, og det er denne varianten som Statisk sentralbyrå har benyttet i sine levekårsundersøkelser. I følge Sandanger et al. (1998) er denne varianten hyppig brukt i Norge for å identifisere psykiske problemer (”mental health problems”) i relasjon til psykososiale risikofaktorer.

Det bør også nevnes at vurderingen av sjekklista som Derogatis og kollegaene hans foretar, har som utgangspunkt at symptomene måler flere underliggende dimensjoner. Som mål på psykisk helse tar vurderingene utgangspunkt i nevnte underdimensjoner, og man vurderer i liten grad om alle symptomer måler et felles fenomen; som for eksempel psykisk helse.

### **Cut-off på 1,75**

Mange norske studier har valgt å forholde seg til en versjon av HSCL som består av 25 symptomer. På Folkehelseinstituttets hjemmesider kan vi lese følgende:

Noen av de vanligste depresjonsinstrumentene er bl.a. beskrevet i tidsskriftet *Journal of the American Medical Association*; JAMA. Blant disse instrumentene

---

<sup>2</sup> Se Vedlegg 2 for nærmere beskrivelse og drøfting av HSCL.

er ulike varianter av HSCL. En slik variant, HSCL-25, som inneholder 25 spørsmål om symptomer på angst og depresjon, ble brukt i Helse- og levekårsundersøkelsen i Norge. Også andre forskningsprosjekter ved Folkehelseinstituttet, som Mor og barn-undersøkelsen, Tvillingundersøkelsen og Hørselsundersøkelsen, benytter ulike forkortede versjoner av HSCL-25.

HSCL-25 måler ikke om en medisinsk diagnose er til stede, men registrerer psykiske plager i en mer generell forstand. Hvert spørsmål skåres med verdier fra 1 (ikke plaget) til 4 (veldig mye plaget). En gjennomsnittsskår over 1,75 brukes tradisjonelt som grenseverdi for det som anses som alvorlige psykiske plager.”

Begrepsbruken er varierende. I ovennevnte sitat brukes betegnelsen ”alvorlige psykisk plager” om dem som har verdier over 1,75. Andre bruker betegnelsen ”psykiatriske case” (Rognerud et al. 2002:241).

Symptomene som inngår i HSCL-25 er mange og mangfoldige. Det er ikke nødvendigvis helt logisk å bruke snittverdien for alle symptomene for å identifisere dem som har alvorlige psykiske plager. Likevel, siden dette er mye benyttet i forskningslitteraturen, har vi valgt å bruke snittverdien 1,75 som cut-off for å skille de som har klare psykiske problemer fra de som ikke har det i datamaterialet.

### **Valideringer av HCSL-målet**

Det foreligger en rekke valideringer av skalaen i sin helhet. Strand et al. (2003) validerer varianter med 25, 10 og 5 symptomer på data fra levekårsundersøkelsen i 1998. De finner at reliabilitetsmålet Cronbachs alpha er høyest for den største, men høye og akseptable for de to andre også. Dette er naturlig siden Cronbachs alpha øker med antall items som legges inn. Cronbachs alfa er 0.92 for 25-symptomer, 0.88 for 10 og 0.87 for 5. Dette er svært høye verdier, og forskjellen mellom lang og kort versjon er veldig liten. Så når forfatterne skriver ”... *but even the reliability values for the shorter version are acceptable*” (Strand et al. 2003:117), må det betraktes som en underdrivelse. At de måler beslektede problemer er likevel hevet over tvil – korrelasjonen mellom korte og lange versjoner er også svært høy ( $>0,90$ ).

Validering av HSCL-målet i forhold til resultatene av kliniske intervjuer viser at 50-60 prosent av de som skårer over 1,75 på HSCL får en eller flere psykiatriske diagnoser ved klinisk intervju (Sandanger m.fl. 1998).

### Stabiliteten i psykisk sykkelighet

Johansen et al. (2008:11-12) drøfter kort studier av stabiliteten i psykisk sykkelighet over tid. Et generelt bilde er at det er små endringer i hyppigheten av alvorlige psykiske lidelser, mens det i enkelte studier registreres en viss økning i forekomsten av lettere plager.

Den ”psykiske tilstanden” i befolkningen, målt med HSCL-25-målet i Helse- og levekårsundersøkelsene, er også nokså stabil fra 1998 til 2005. Likevel kan vi observere en interessant og potensielt viktig reduksjon over tid, både i gjennomsnittlig skåre på HSCL-indeksen og på andelen i utvalget som skårer over kritisk verdi på 1,75 (Tabell 3.1).

Tabell 3.1 *Egenskaper ved HSCL-skåren over tid.*

	1998	2002	2005
Gjennomsnitt	1,33	1,30	1,28
Andel over 1,75	11,0	10,1	8,7
Antall over 1,75	772	539	409
Antall svar	6990	5318	4728

Johansen et al. (2008) har analysert det samme datamaterialet som vi bruker i en undersøkelse av utviklingen i psykisk helse over tid. Forskerne er forsiktige i sine konklusjoner om at de observerte reduksjonene i forekomst av psykiske plager skyldes reell nedgang i befolkningen. De mener det er ”fullt mulig at en del av, eller til og med hele, forandringen skyldes et økende selektivt frafall over tid. Dersom det er en reell bedring i befolkningens mentale helse, ser det ut til at økt fysisk aktivitet og bedret økonomi har bidratt mest til dette” (Johansen et al. 2008:9).



### 3.2.2 Avhengige variabler: Indikatorer på levekår

I analysene av dataene fra Helse- og levekårsundersøkelsene benytter vi følgende avhengige variabler som indikatorer på levekår:

#### *Sosioøkonomisk status:*

- Utdanningsnivå
- Arbeid/sysselsetting
- Inntekt

#### *Sosial kontakt*

- Ekteskap/samboerskap
- Fortrolige å snakke med

#### *Helse:*

- Egen vurdering av egen helsetilstand
- Forekomst av kroniske lidelser

Disse variablene er valgt fordi det (stort sett) finnes sammenliknbare data fra alle de tre helse- og levekårsundersøkelsene (1998, 2002 og 2005) på disse områdene, og fordi de kan gi et bilde av noen forhold ved levekårene til mennesker med symptomer på psykisk sykdom.

Vi ønsket i utgangspunktet også å se på deltakelse i ulike sammenhenger, som medlemskap i organisasjoner etc., men det fantes ikke variabler for deltakelse i Helse- og levekårsundersøkelsene som kunne benyttes til dette formålet.

En annen sentral indikator på levekår er boligforhold. Det var imidlertid heller ikke opplysninger i undersøkelsene om respondentenes bolig. Forhold knyttet til bolig vil bli berørt i neste kapittel.

Mål for kjønn, alder og sivil status er også tilgjengelig. Undersøkelsene fra 1998 og 2002 inkluderte respondenter over 80 år, mens undersøkelsen fra 2005 holdt disse utenfor. For sammenligningens skyld er derfor alle respondenter over 80 år utelatt fra analysene. Opplysninger om inntekt er i materialet fra 1998 koplet

til bare halvparten av respondentene. Vi har derfor ikke inkludert analyser av inntekt for 1998.

Antallet variabler som inngår alle tre årene er begrenset. Vi velger derfor å gjennomføre relativt enkle analyser, med få variabler, over tid (problemstilling 1 i innledningen), mens problemstillingene 2 (levetår for psykisk syke sammenliknet med andre grupper) og 3 (levetår for folk med alvorligere symptomer på psykiske plager sammenliknet med folk med lettere psykiske problemer) gjøres med utgangspunkt i datamaterialet fra 2005.

### 3.2.3 Begrensingene ved datamaterialet og analysene

Et problem med bruken av data fra Helse- og levetårsundersøkelserne er at en slik studie sannsynligvis ikke fanger opp de sykeste, da disse i liten grad vil delta i en såpass omfattende spørreundersøkelse. I neste kapittel supplerer vi analysene av Helse- og levetårsundersøkelsene med opplysninger fra kommunalt ansatte om levetår og levetårutvikling for mennesker med tyngre psykisk sykdom.

#### **Fanger indikatorene opp levetårsforhold som kan være påvirket av satsingene i Opptappingsplanen?**

Å måle levetår ved hjelp av et lite antall indikatorer vil alltid bety å vektlegge visse sider ved levetårene. Som nevnt er det klare begrensninger i datamaterialet med hensyn til hvilke variabler som kan benyttes som indikatorer på levetår i våre analyser. Det begrensede antallet brukbare variabler innebærer en innsnevring av forståelsen av hva som er gode levetår.

Ideelt sett burde vi hatt et større antall indikatorer. Vår ambisjon med analysen er imidlertid ikke å finne et komplett samlemål på levetår, men snarere å analysere psykisk sykes situasjon på mer spesifikke områder, som inntekt, arbeid og utdanning. Vi vil derfor nøye oss med å trekke konklusjoner om de forholdene vi ser på her, og ikke si noe eksplisitt om levetårene for ulike grupper mer generelt.

Som indikatorer på levetår knyttet til *sosioøkonomisk status* benytter vi utdanningsnivå, arbeid/sysselsetting og inntekt. Dette er forhold som flere av tiltakene i Opptappingsplanen kan tenkes å påvirke, direkte eller indirekte. For det første – og mest direkte – sikter

sysselsettingstiltakene i Opptrappingsplanen mot å få folk med psykiske plager i arbeid. Gjennom økt sysselsetting vil gjerne inntekten øke. For det andre vil ulike typer tiltak som en trygg bolig, oppfølging i det daglige, ulike typer fritidsaktiviteter og støtte til å benytte disse (bl.a. støttekontakter), kunne styrke psykisk sykes evne til å skaffe seg utdanning og stå i jobb. Det er imidlertid grunn til å tro at dette for en del syke i beste fall er en møysommelig og langvarig prosess, som ikke nødvendigvis har gitt resultater som er mulig å fange opp med dataene fra Helse- og levekårsundersøkelsene.

Som indikatorer på *sosial kontakt* bruker vi ekteskap/samboerskap og fortrolige og snakke med. Tiltakene i Opptrappingsplanen vil bare kunne ha indirekte betydning for disse forholdene. Gjennom å etablere møteplasser som dagsentra og ved å legge til rette for at de kan benytte kultur- og fritidstilbud i nærmiljøet, vil man også kunne minske muligheten for at de blir sosialt isolert. Den bærende ideen i Opptrappingsplanen, at psykisk syke skal bo i boliger i sin hjemkommune, er blant annet motivert ut fra at dette vil styrke integrasjonen av psykisk syke i samfunnet. På denne måten vil deres muligheter for å holde kontakt med familie, venner og nærmiljøet ellers være større. Dette vil kunne ha betydning for de psykisk sykes sjanse for å møte mennesker som kan bli fortrolige venner og/eller partnere. Også tiltakene for å øke sysselsettingen blant mennesker med psykiske plager kan også bidra til å bedre levekårene ved at folk i større grad inngår i sosiale relasjoner til andre mennesker. Samtidig er det grunn til å ha moderate forventninger til Opptrappingsplanens bidrag til å endre psykisk sykes sivilstand. Tradisjoner og normer knyttet til giftermål og andre samlivsformer er innvevd i tunge samfunnsmessige (endrings)prosesser, og vil trolig ikke på noen enkel måte la seg påvirke av den type tiltak som iverksettes gjennom Opptrappingsplanen.

### 3.2.4 Begrepsbruken i kapitlet

Som tidligere nevnt vil undersøkelser som Helse- og levekårsundersøkelsene med stor sannsynlighet ikke fange opp personer med alvorlig psykisk sykdom. For det første er det grunn til å tro at alvorlig syke ikke vil delta i undersøkelsen. Og for det andre, i den grad alvorlig psykisk syke deltar i undersøkelsen, har HSCL-25 vist

seg å være dårlig egnet som måleinstrument for en del lidelser. Alvorlig psykisk sykes selvrapporering av plager er i noen tilfeller mindre sammenfallende med faktiske problemer enn den vil være for andre mennesker.

I kapitlet benyttes begrepene ”psykiske plager”, ”psykiske problemer” og ”psykisk sykdom” om hverandre. Dette er en upresis begrepsbruk. Folk med symptomer på psykiske plager behøver ikke å være psykisk syke. Behovet for å variere språket, og for å få en rimelig lesbar rapport, tilsier imidlertid at begrepene benyttes noe om hverandre. Det er dessuten grunn til å tro at gruppen av respondenter med HSCL-skåre over 1,75 er svært heterogen, og at ett begrep neppe dekker alle tilstandene til folk i denne gruppen. Vi velger derfor å presisere vår bruk av begrepene på denne måten:

- Psykisk friske: Mennesker med HSCL-skåre på 1,75 eller under
- Psykisk syke/folk med symptomer på psykisk sykdom/folk med psykiske plager/folk med psykiske problemer:  
***Mennesker med HSCL-skåre over 1,75***
- Folk med lettere psykiske plager/folk med lettere psykiske problemer/folk med lettere symptomer på psykiske plager (evt. sykdom): ***Mennesker med HSCL-skåre mellom 1,75 og 2,10***
- Folk med noe tyngre (evt. sterkere) symptomer (evt. symptombelastning), folk med noe tyngre (evt. alvorligere) psykiske problemer (plager): ***Mennesker med HSCL-skåre på 2,10 eller over***

### 3.3 Utviklingen i levekår for psykisk syke 1998 – 2005

I dette avsnittet presenterer vi hvordan levekårsforhold fordeler seg blant psykisk friske og psykisk syke respondenter (målt ved en HSCL-skåre på under/over 1,75). Vi baserer oss på levekårsfaktorer som kan måles ved hjelp av variabler som er tilgjengelige over tid. Som tidligere redegjort for, er det klare begrensninger i datamaterialet med hensyn til sammenlignbarheten i variablene for de tre årene. For sosial kontakt har vi opplysninger om sivil status (gift/samboer versus enslige) og om man har fortrolige eller ikke.

For sosioøkonomiske levekår, er utdanning, sysselsetting (sysselsatt eller ikke) og inntekt benyttet. Vi ser også på helserelaterte variabler – egenvurdering av helse, forekomst av somatisk sykdom og kronisk sykdom.

For hver faktor vil vi se på fordelingen av ”godet” mellom friske og psykisk syke over tid. Vi har valgt å starte med helt enkle bivariate analyser, der vi bare fokuserer på utvikling over tid. I disse figurene forsøker vi ikke å trekke inn andre forklaringer på de mønstre som fremkommer, som for eksempel kjønns- og aldersfordelingen mellom friske og psykisk syke.

Deretter gjennomfører vi en multivariat analyse med ”godet” som avhengig variabel, med alder, kjønn, år og psykisk tilstand (frisk/syk) som påvirkningsvariabler. Det er i denne sammenheng interessant å teste ut om betydningen av psykisk tilstand varierer over tid, og vi har derfor etablert en samspillsvariabel mellom år og psykisk tilstand.

### 3.3.1 Sosioøkonomisk status: Utdanning, sysselsetting og inntekt

Opptrappingsplanen legger stor vekt på at også mennesker med psykiske problemer skal kunne ha en meningsfull hverdag, med arbeid eller andre typer aktiviteter. I innledningen til planen omtales betydningen av arbeid på denne måten:

Arbeid er ikke bare en kilde til inntekt, det gir også omgang med andre, bygger opp selvtillit, tro på å kunne mestre livet, styrker følelsen av å være til nytte og opplevelse av å kunne leve et selvstendig liv. Men mange psykiatriske pasienter faller ut av yrkeslivet - på kort sikt fordi de ikke kan arbeide – på lang sikt fordi de ikke får arbeide. Psykiatriske pasienter støter på store hindre i arbeidslivet når de ønsker og er i stand til å tre inn igjen (St.meld. nr. 25 (1996-97))

For å bedre dette foreslår departementet blant annet å gi økonomisk støtte til lokale tverretatlige forsøk med å utforme arbeidsforberedende tiltak for mennesker med psykiske lidelser, og å trappe opp arbeidstreningstilbudene for mennesker med psykiske lidelser. Det legges opp til et tettere samarbeid med arbeids-

markedsetaten om tilbud til mennesker med psykiske lidelser, og bedring av dagtilbud og aktivisering for mennesker med psykiske lidelser som ikke kan stå i vanlig jobb.

Også andre tiltak under Opptrappingsplanen kan tenkes å bidra til økt deltakelse i arbeidslivet for mennesker med psykiske plager. Tiltakene som øker behandlingsskapiteten vil kunne innebære at noen som tidligere ikke var i stand til å jobbe, i større grad kan være sysselsatt.<sup>3</sup> Kommunikasjons- og informasjonstiltak rettet mot økt åpenhet og mindre stigmatisering vil også kunne gi en lavere terskel til arbeidslivet for folk med psykiske problemer.

Likevel vil det være grunn til å anta at psykisk syke skårer lavere på flere av de sosioøkonomiske levekårindikatorne enn psykisk friske mennesker. Noen er for syke til å ta høyere utdanning, eller har pga sin sykdom problemer med å fullføre utdanningen. Noen har sykdommer som gjør det særlig utfordrende å holde på regulære jobber, særlig hvis arbeidsgiver ikke legger arbeidssituasjonen til rette for arbeidstakeren. Enkelte, også de som er fullt i stand til å jobbe, blir trolig møtt av holdninger som gjør at det kan være vanskelig å komme i jobb.

Samtidig er det viktig å huske på at vi på grunnlag av vårt data-materiale ikke kan konkludere sikkert med hensyn til årsaks-virkningsforholdet mellom psykisk sykdom og levekår. Vi kan med andre ord ikke utelukke at psykisk sykdom er en følge av dårlige sosioøkonomiske levekår, for eksempel ved at bekymringer knyttet til økonomi, eller belastninger ved ikke å være sysselsatt, kan gi utslag i dårligere psykisk helse.

## Utdanning

Opptrappingsplanen påpeker at utdanning er viktig for mennesker med psykiske problemer av flere grunner:

Utdanning og opplæring er viktig både som meningsfull aktivitet, for å øke kunnskaper og mestring generelt, og for å realisere ulike mål som den enkelte har i livet. Tilpasset opplæring kan også være avgjørende for å kunne etablere seg i arbeidslivet (St.meld. nr. 25 (1996-97))

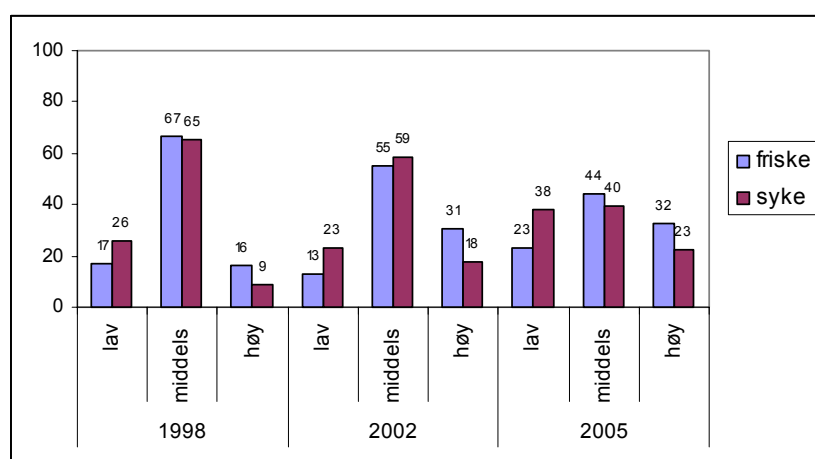
---

<sup>3</sup> For at disse skal telle som psykisk syke i vår analyse, må de fortsatt ha tilstrekkelig med symptomer på psykiske plager.

Planen understreker kommunenes ansvar for å sørge for tilpasset opplæring på grunnskolenivå, og for å gi grunnskoleopplæring for voksne. Ellers slår planen fast at ”muligheten til utdanning og opplæring generelt vil bli styrket med den planlagte etter- og videreutdanningsreformen, som har «livslang læring» som perspektiv.”

Vi ser først på utdanningsnivået blant mennesker med symptomer på psykisk sykdom sammenliknet med tilsvarende for mennesker uten slike symptomer (Figur 3.1). For alle årene finner vi at det er en relativt høyere andel av de som har psykiske plager i gruppen som har lav utdanning (grunnskole), og lavere andel i gruppen med høy utdanning (universitet/høyskole). Særlig i 2005 er andelen psykisk syke med lav utdanning høy. Samtidig ser vi at relativt flere med psykiske problemer har høy utdanning i 2002 og 2005 sammenliknet med 1998. Det er interessant å registrere at mens andelen friske som har høyere utdanning er doblet i perioden fra 1998 til 2005, er andelen psykisk syke med høy utdanning mer enn 2,5 ganger større i 2005 enn i 1998.

Figur 3.1 *Fordeling av utdanning blant friske og psykisk syke*



### Sysselsetting

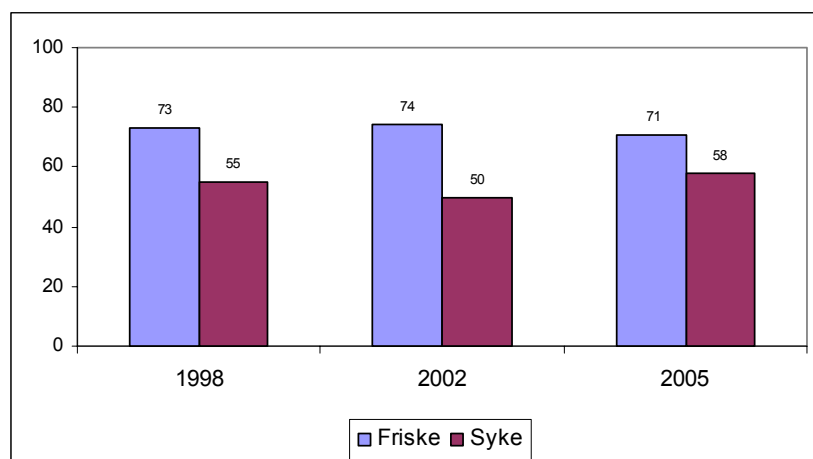
Opptrappingsplanen slår fast at:

Tilbud om ordinært eller særskilt tilrettelagt arbeid på hel- eller deltid kan i mange tilfeller være avgjørende

viktig for å bedre funksjonsevnen og livskvaliteten til mennesker med psykiske lidelser (St.meld. nr. 25 (1996-97))

Dataene fra helse- og levekårsundersøkelsene viser at folk med psykiske plager og lidelser gjennomgående i mindre grad er sysselsatt enn mennesker som ikke har psykiske plager (Figur 3.2). Mens over 70 prosent av de "friske" i undersøkelsen er sysselsatt, gjelder tilsvarende for drøyt halvparten av de som har psykiske problemer. Sysselsettingsandelen er lavest for folk med psykiske problemer i 2002, men det er ikke noe klart mønster i utviklingen over tid. Det er grunn til å tro at folk som har psykiske problemer eller andre sykdommer er særlig sårbare for svingninger i arbeidsmarkedet. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at arbeidsledigheten i perioden 1998 til 2005 var på sitt laveste i 1998, og høyest i 2005. Vi kommer tilbake til dette når vi analyserer endringene i sysselsettingen nærmere mot slutten av kapitlet.

Figur 3.2 *Andelen sysselsatte blant friske og psykisk syke.*



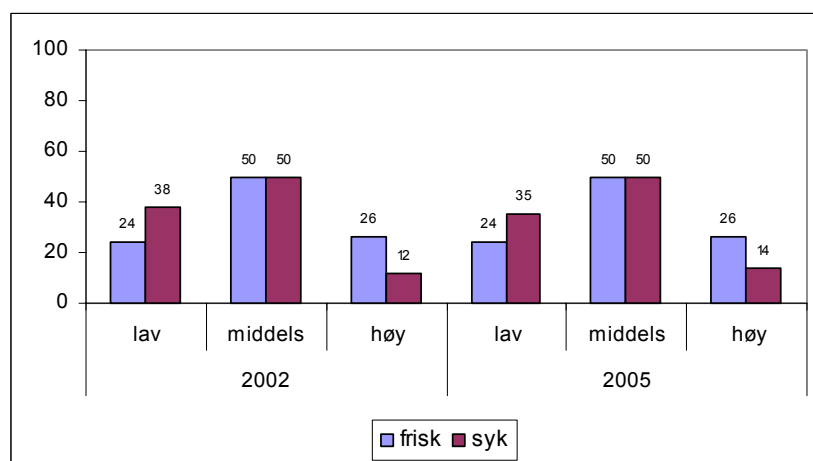
## Inntekt

Vi har sett på hvordan psykisk syke og psykisk friske fordeler seg på ulike inntektsgrupperinger. Høyeste inntektsgruppe består av det øverste kvartilet av samlet skattbar inntekt, mens laveste gruppering utgjøres av det laveste kvartilet av inntektene.



Lavere andel sysselsatte og lavere utdanning blant mennesker med psykiske problemer innebærer trolig også lavere personlig inntekt. Dette bekreftes av Figur 3.3. Mens én av fire uten psykiske plager er i den høyeste inntektsgruppen, er bare en av åtte med psykiske plager i denne gruppen. Tilsvarende er en betydelig høyere andel av mennesker med psykiske problemer i den laveste inntektsgruppen. Det ser ut til å være ganske små endringer i dette mønsteret fra 2002 til 2005.<sup>4</sup> Dette utforsker vi videre i den multivariate analysen i siste del av kapitlet.

Figur 3.3 *Inntektsfordeling blant friske og psykisk syke.*



### 3.3.2 Sosial kontakt

Mange mennesker med psykiske problemer lever sosialt ganske isolert. Angst, depresjoner, hemninger eller atferdsavvik kan gjøre det vanskelig å fungere godt i gjensidige forhold med andre i familie, skole, arbeidsliv og samfunnsliv forøvrig. Opptrappingsplanen har et fokus på behovet for å bedre de sosiale sidene ved de sykes liv. Tiltak som økt bruk av støttekontakt/fritidsassistent og utbygging av dagtilbud til mennesker med psykiske problemer kan sees som ledd i dette arbeidet. Hele ideen om at psykisk syke i størst mulig grad skal bo i sin hjemkommune, med hjelp fra det kommunale tjenesteapparatet, er blant annet motivert ut fra en tro

<sup>4</sup> Noe ved 1998 tilsier at dataene for inntekt ikke er sammenliknbare – året er derfor ikke inkludert.

på at dette vil innebære at mennesker med psykiske problemer blir mer integrert i sitt lokalmiljø.

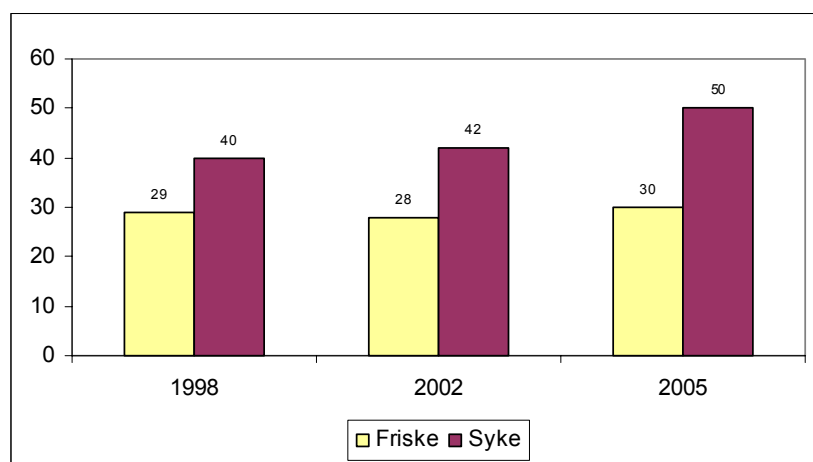
I dette avsnittet ser vi på to indikatorer på sosial kontakt: andelen som er gifte eller samboende og andelen som sier at de har mennesker de kan snakke fortrolig med.

### Enslige versus gifte og samboende

I løpet av perioden 1998 til 2005 er det skjedd en utvikling i retning av at en stadig høyere andel av mennesker med psykiske problemer og lidelser er enslige. Mens 40 prosent av de syke ikke var gift eller samboende i 1998, var dette økt til 50 prosent i 2005. For mennesker uten symptomer på slike problemer, har andelen enslige holdt seg ganske stabilt på rundt 30 prosent.

Også her er det viktig å understreke at vi ut fra våre data ikke kan trekke slutninger om årsaksrekkefølgen. Like gjerne som at psykisk syke ikke "blir gift", eller oftere opplever oppløste parforhold, kan vi ha en situasjon der det å være enslig gir økt forekomst av psykiske problemer.

Figur 3.4 *Andel enslige (ikke gift eller samboende) blant psykisk friske og psykisk syke.*

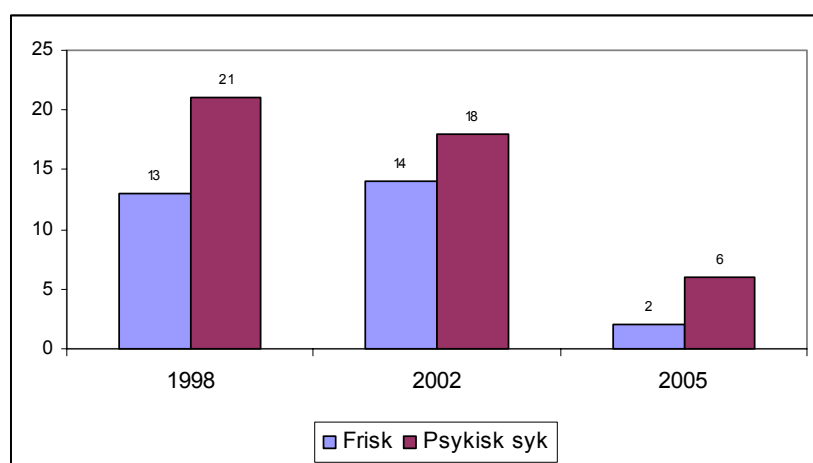


### Fortrolige

I Helse- og levekårundersøkelsen er spørsmål om sosial kontakt målt gjennom et spørsmål om man har noen man kan snakke fortrolig med. Dessverre er spørsmålet ikke identisk for alle årene.

I 1998 og 2002 lød spørsmålet: ”Bortsett fra egen familie, *har du noen som står deg nær, og som du kan snakke fortrolig med?*” I 2005 ble spørsmålet forkortet, og lød ”*Har du noen som står deg nær, og som du kan snakke fortrolig med?*” Endringen viser seg tydelig i frekvensfordelingen. Andelen fortrolige holder noenlunde samme nivå i 1998 og 2002, da rundt 14 prosent av de psykisk syke oppgir at de ikke har noen fortrolige. I 2005 synker tilsvarende andel kraftig – til 2 prosent. Det innebærer at mesteparten av nedgangen antagelig kan tilskrives at egen familie ikke er holdt utenfor i 2005, og at det i realiteten neppe er slik at folk har fått flere fortrolige mellom 2002 og 2005. I tabellen nedenfor gjengis andelen som *ikke* har fortrolig blant psykisk friske og psykisk friske.

Figur 3.5 *Andel uten fortrolige blant psykisk friske og psykisk syke.*



Tendensen peker nokså klart i retning av at andelen uten fortrolige er høyere blant psykisk syke enn psykisk friske. Selv om nivåforskjellene er svært store, holder forskjellen mellom friske og syke seg ganske konstant fra 2002 til 2005.

### 3.3.3 Helse

#### Vurdering av egen helsetilstand

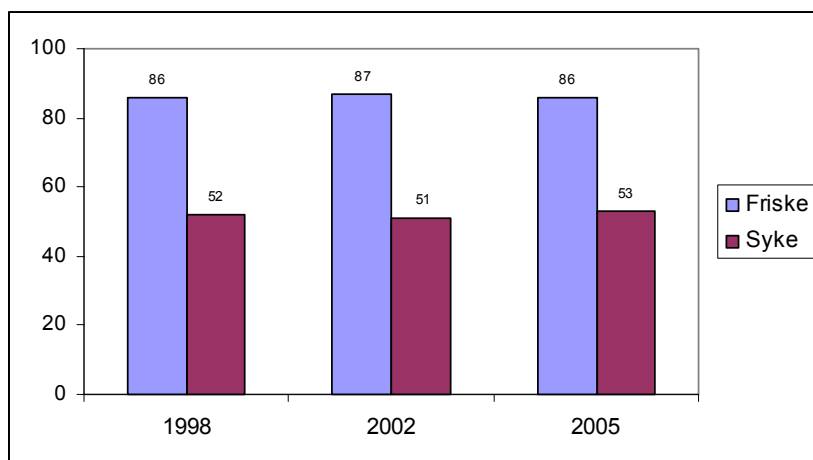
Helse regnes vanligvis som en viktig levekårindikator. I vårt tilfelle, hvor analysene dreier seg om levekår blant folk som opplever en del symptomer på psykisk uhelse, kan det synes opplagt at egen-

vurderingen av helse vil være lavere blant de som har psykiske plager enn de som ikke har det. Likevel vil det være interessant å se om opplevelsen av egen helse bedres i løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode. Det er mulig å tenke seg at mennesker, til tross for at de har symptomer på psykiske plager, vil vurdere sin helsetilstand som bedre hvis andre forhold ligger til rette, som sosial kontakt og meningsfullt tilbud på dagtid.

I Helse- og levekårsundersøkelsene er respondentene bedt om å ta stilling til følgende spørsmål: ”Hvordan vurderer du din egen helse sånn i alminnelighet. Vil du si at den er meget god, god, verken god eller dårlig, dårlig eller meget dårlig?” I analysene har vi definert svarene ”meget god” eller ”god” som positiv vurdering av egen helse.

Våre data tyder på svært stor stabilitet i folks egenvurdering av helse (Figur 3.6). I hele Opptrappingsplanperioden har rundt halvparten av de med psykiske problemer vurdert sin helse som god, mens nesten ni av ti mennesker uten de samme symptomene synes de har en god helse.

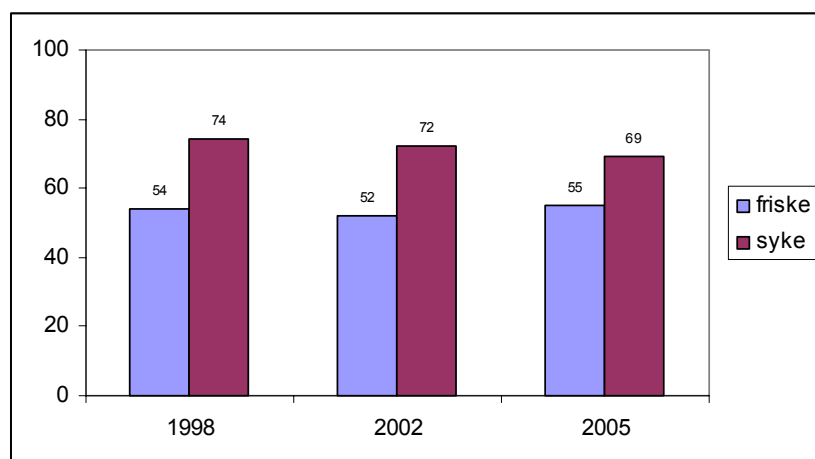
Figur 3.6 *Egenvurdering av helse blant friske og psykisk syke. Andel som svarer ”meget god” eller ”god”*



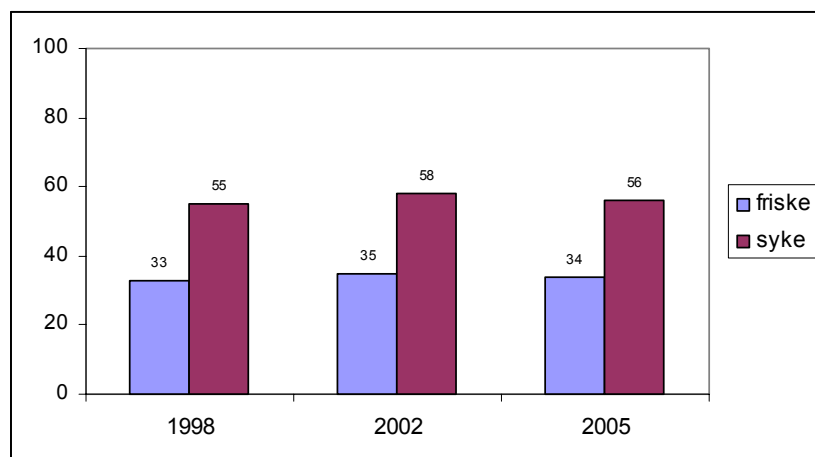
Til tross for svært stabile vurderinger av egen helsetilstand, er det en noe lavere andel av de med psykiske plager som oppgir at de også har somatiske sykdommer i 2005 sammenliknet med tidligere

år (Figur 3.7). Samtidig er det liten endring i andelen som kan karakteriseres som kronikere (Figur 3.8). ”Kronikere” omfatter her alle som har svart at de har ”sykdom eller lidelse av mer varig natur, noen medfødt sykdom eller skade”<sup>5</sup>. Dette gjelder både i gruppen med symptomer på psykisk sykdom og i gruppen uten slike symptomer.

Figur 3.7 *Andel med somatiske sykdom blant friske og psykisk syke*



<sup>5</sup> Spørsmål H2a i Helse- og levekårsundersøkelsen 2005. Respondentene har fått tilsendt et kort med liste over ulike mulige lidelser. Av 57 opplistede lidelser er to å regne som psykiske sykdommer: ”Nervøse lidelser” og ”Spiseforstyrrelser”.

Figur 3.8 *Andel kronikere blant friske og psykisk syke*

### 3.3.4 Multivariate analyser

Vi har sett av de enkle figurene over at mennesker med symptomer på psykiske problemer og lidelser jevnt over skårer betydelig lavere på samtlige levekårindikatorer enn mennesker som ikke har denne type symptomer. Samtidig viser de bivariate figurene stor grad av stabilitet i levekår for psykisk syke, spesielt når det gjelder inntekt og sysselsetting. I dette avsnittet trekker vi inn flere variabler i analysen for ytterligere å kunne belyse de to helt sentrale spørsmålene:

*Hva betyr psykisk sykdom for folks levekår?*

*Har det skjedd endringer i psykisk sykes levekår over tid?*

Vi har gjennomført en rekke multivariate logistiske regresjonsanalyser for å undersøke hvilke forhold som ser ut til å påvirke folks levekår. Analysene er gjort relativt enkle, med et lite antall uavhengige variabler. I tillegg til den sentrale variabelen psykisk syk/ikke syk (i tabellene kalt "frisk"), har vi kontrollert for årstall, aldersgruppe og kjønn (i Tabell 3.3 har vi gjort separate analyser av kvinner og menn). For å undersøke om betydningen av å ha psykiske plager/sykdommer er endret i løpet av opptrappingsperioden, har vi inkludert to samspillsvariabler: én for å angi

betydningen av å være syk i 2002 sammenliknet med i 1998, og tilsvarende for 2005.<sup>6</sup>

Tabell 3.2 og Tabell 3.3 viser resultatene fra analysene i form av odds-rater. Resultatene kan leses slik: når tallet er mindre enn 1, er gruppen underrepresentert i forhold til referansegruppen. Når for eksempel analysen viser at psykisk syke har en oddsrate for å være gift/samboer som er under 1, betyr dette at psykisk syke i mindre grad enn "friske" er gifte eller samboere.

Vi ser av Tabell 3.2 at mennesker med symptomer på psykisk sykdom i mindre grad enn de som ikke har slike symptomer skårer lavt på de positive levekårsfaktorene gift/samboer, fortrolige, universitetsutdanning, sysselsetting og høy inntekt. Når det gjelder somatisk eller kronisk sykdom skårer psykisk syke høyere enn andre, i den forstand at de oftere er somatisk og/eller langvarig syke enn mennesker som ikke har psykiske plager.

Tabell 3.2 viser også at det er svært få av samspillsvariablene som gir signifikant utslag på levekår. Med andre ord ser det i liten grad ut til at betydningen av å være psykisk syk har endret seg vesentlig fra 1998 til 2005. Det er tre unntak i dette bildet. For det første ser det ut til at psykisk syke har noe større tendens til å svare at de har fortrolige i 2002 og 2005 enn i 1998.<sup>7</sup>

For det andre er det relativt flere psykisk syke som er sysselsatt i 2005 sammenliknet med i 1998, ved kontroll for alder og kjønn. Her er det også viktig å ta i betraktning situasjonen på arbeidsmarkedet i perioden 1998 – 2005. Mens det i 1998 var ca. 80 arbeidsløse pr. 1000, var tilsvarende i 2002 ca. 90 og i 2005 ca. 110. Arbeidsmarkedet har altså blitt noe vanskeligere i løpet av denne delen av Opptrappingsplanens virkeperiode. Isolert sett ville vi anta at økt arbeidsløshet ville virke særlig negativt for marginaliserte grupper. Når vi likevel finner en forsiktig positiv utvikling – relativt sett – i graden av sysselsetting for psykisk syke, og selv om det er vanskelig å si sikkert hva som er årsaken til endringene, kan dette være en indikasjon på at Opptrappingsplanen har gitt visse resultater i forhold til økt sysselsetting for folk med psykiske

---

<sup>6</sup> For å tolke disse samspillsleddene substansielt (som endringer i forhold til det å være syk i 1998) må en regne inn koeffisienten for å være syk i 1998.

<sup>7</sup> Her er dataene noe usikre for 2005, men tendensen er klar også for 2002.

plager. Som vi snart skal se, er bildet litt forskjellig når vi analyserer situasjonen for kvinner og menn hver for seg.

For det tredje er det høyere sannsynlighet for at psykisk syke skal være i lavinntektsgruppen i 2005 sammenliknet med i 2002, ved kontroll for alder og kjønn. Her har vi ikke helt sammenliknbare tall fra 1998.

Tabell 3.2 *Hva betyr psykisk sykdom for levekår, og har betydningen endret seg over tid? Multivariat logistisk regresjon. Oddsrat*

	Gift/ sambo	Fortro- lige	Univ.- utd.	Syssel- satt	Egen helse	Somatisk syk	Kro- niker	Lav inntekt	Høy inntekt
Frisk (ref.)	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Psykisk syk	<b>0,55</b>	<b>0,46</b>	<b>0,62</b>	<b>0,38</b>	<b>0,16</b>	<b>2,24</b>	<b>2,43</b>	<b>1,47</b>	<b>0,53</b>
1998 (ref.)	1	1	1	1	1	1	1		
2002	0,97	0,94	<b>2,54</b>	1,02	1,14	<b>0,89</b>	1,06	1	1
2005	<b>0,90</b>	<b>9,14</b>	<b>2,70</b>	<b>0,85</b>	1,05	0,97	1,03	1,02	1,01
16-24	<b>0,06</b>	<b>3,94</b>	<b>0,22</b>	<b>0,33</b>	<b>4,20</b>	<b>0,37</b>	<b>0,48</b>	<b>29,70</b>	<b>0,02</b>
25-44	<b>0,74</b>	<b>1,88</b>	<b>1,68</b>	<b>2,12</b>	<b>2,36</b>	<b>0,49</b>	<b>0,61</b>	<b>0,86</b>	<b>0,85</b>
45-66 (ref.)	1	1	1	1	1	1	1	1	1
67-80	<b>0,47</b>	<b>0,51</b>	<b>0,51</b>	<b>0,03</b>	<b>0,65</b>	<b>2,30</b>	<b>1,67</b>	<b>3,49</b>	<b>0,21</b>
Kvinner	<b>0,86</b>	<b>2,82</b>	<b>1,16</b>	<b>0,70</b>	<b>0,90</b>	<b>1,44</b>	1,09	<b>2,98</b>	<b>0,24</b>
Menn (ref.)	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Samspill:									
Syk 2002	0,95	1,33	0,98	0,70	0,85	1,09	1,11		
Syk 2005	0,76	<b>0,48</b>	1,28	<b>1,28</b>	0,95	0,89	1,07	<b>1,41</b>	0,77
Konstant	<b>5,18</b>	<b>3,56</b>	<b>0,16</b>	<b>5,20</b>	<b>4,45</b>	<b>1,39</b>	<b>0,58</b>	<b>0,09</b>	0,97
Pseudo-r <sup>2</sup>	<b>0,23</b>	<b>0,18</b>	<b>0,13</b>	<b>0,39</b>	<b>0,16</b>	<b>0,11</b>	<b>0,07</b>	0,36	0,24

Fet skrift: Signifikant på 5-prosentnivå.

Tabell 3.3 viser de separate analysene av sammenheng mellom psykisk sykdom og levekår for kvinner og menn. Særlig på ett område er det markante forskjeller mellom de to kjønnene. Mens det er relativt små inntektsforskjeller mellom friske og syke kvinner, er det blant menn en klar overhyppighet av psykisk syke i lavinntektsgruppen.

Vi ser også at ingen av samspillvariablene gir signifikant utslag på levekår når vi analyserer kvinner og menn separat. Med andre ord



ser det i liten grad ut til at betydningen av å være psykisk syk har endret seg vesentlig fra 1998 til 2005. Årstallet for undersøkelsen har signifikante utslag på en del av levekårsvariablene – som fortrolige, universitetsutdanning og sysselsetting. Når samspillet mellom år og utdanning ikke har effekt, innebærer det at forskjellene mellom psykisk friske og syke ikke har endret seg.

I forhold til sysselsetting tyder det på at sysselsetting av psykisk syke følger generelle svingninger for kvinner og menn i arbeidsmarkedet. Når våre tall viser at sysselsettingen blant psykisk syke følger den generelle trenden, til tross for høyere ledighet, kan det bety at Opptrappingsplanen har hatt en viss effekt. Uten denne kunne man tenkt seg at utviklingen for psykisk syke ville vært verre enn for friske. Som tidligere nevnt er det imidlertid ikke mulig å trekke sikre konklusjoner om Opptrappingsplanens betydning for utviklingen.

Tabell 3.3 *Hva betyr psykisk sykdom for levekår, og har betydningen endret seg over tid? Kvinner og menn. Multivariat logistisk regresjon. Oddsratene*

	Gift/ sambo	Fortro- lige	Univ.- utd.	Syssel- satt	Egen helse	Somatisk syk	Kro- niker	Lav inntekt	Høy inntekt
<b>Kvinner</b>									
Frisk	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Psyk. syk	<b>0,66</b>	<b>0,36</b>	<b>0,51</b>	<b>0,43</b>	<b>0,18</b>	<b>2,34</b>	<b>2,46</b>	1,17	0,71
1998	1	1	1	1	1	1	1		
2002	1,05	0,97	<b>2,86</b>	1,06	1,13	0,89	1,08	1	1
2005	0,90	<b>6,58</b>	<b>3,05</b>	0,92	1,05	1,03	1,11	0,97	1,15
16-24	<b>0,09</b>	<b>3,67</b>	<b>0,28</b>	<b>0,44</b>	<b>4,37</b>	<b>0,32</b>	<b>0,46</b>	<b>16,24</b>	<b>0,02</b>
25-44	1,02	<b>2,54</b>	<b>2,17</b>	<b>1,76</b>	<b>2,51</b>	<b>0,47</b>	<b>0,58</b>	<b>0,69</b>	0,89
45-66	1	1	1	1	1	1	1	1	1
67-80	<b>0,34</b>	<b>0,42</b>	<b>0,44</b>	<b>0,02</b>	<b>0,64</b>	<b>2,24</b>	<b>1,79</b>	<b>4,23</b>	<b>0,29</b>
samspill	1	1	1	1	1	1	1		
Syk 2002	0,87	1,41	0,88	0,71	0,72	1,06	1,06	1	1
Syk 2005	0,73	0,54	1,51	1,44	0,97	0,87	1,10	1,48	0,77
Konstant	<b>3,68</b>	<b>10,34</b>	<b>0,15</b>	<b>3,45</b>	<b>3,93</b>	<b>2,04</b>	<b>0,62</b>	<b>0,29</b>	<b>0,21</b>
<b>Menn</b>									
Frisk	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Psyk. syk	<b>0,40</b>	<b>0,58</b>	<b>0,48</b>	<b>0,29</b>	<b>0,14</b>	<b>2,14</b>	<b>2,43</b>	<b>2,61</b>	<b>0,42</b>
1998	1	1	1	1	1	1	1		
2002	0,88	0,93	<b>2,25</b>	0,95	1,15	0,89	1,04	1	1
2005	0,85	<b>10,41</b>	<b>2,37</b>	<b>0,77</b>	1,05	0,91	0,95	<b>1,14</b>	0,94
16-24	<b>0,03</b>	<b>4,10</b>	<b>0,17</b>	<b>0,24</b>	<b>3,97</b>	<b>0,43</b>	<b>0,51</b>	<b>58,05</b>	<b>0,02</b>
25-44	<b>0,50</b>	<b>1,66</b>	<b>1,27</b>	<b>3,03</b>	<b>2,19</b>	<b>0,51</b>	<b>0,63</b>	<b>1,47</b>	<b>0,83</b>
45-66	1	1	1	1	1	1	1	1	1
67-80	<b>0,76</b>	<b>0,59</b>	<b>0,59</b>	<b>0,03</b>	<b>0,67</b>	<b>2,35</b>	<b>1,56</b>	<b>2,89</b>	<b>0,18</b>
samspill	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Syk 2002	1,15	1,19	1,08	0,72	1,13	1,12	1,17	0,00	0,00
Syk 2005	0,87	0,52	0,83	0,97	0,94	0,89	0,96	1,17	0,81
Konstant	<b>6,64</b>	<b>3,52</b>	<b>0,20</b>	<b>5,63</b>	<b>4,55</b>	<b>1,37</b>	<b>0,60</b>	<b>0,06</b>	<b>1,03</b>
Pseudo r <sup>2</sup>									
Kvinner	<b>,199</b>	<b>,146</b>	<b>,166</b>	<b>,348</b>	<b>,174</b>	<b>,111</b>	<b>,080</b>	<b>,286</b>	<b>,088</b>
Menn	<b>,299</b>	<b>,159</b>	<b>,100</b>	<b>,434</b>	<b>,134</b>	<b>,092</b>	<b>,055</b>	<b>,413</b>	<b>,198</b>

Fet skrift: Signifikant på 5-prosentnivå.

For å anskueliggjøre hva oddsratene kan bety mer konkret har vi på basis av analysene gjennomført i Tabell 3.3 regnet ut sannsynlighetene for at mennesker med symptomer på psykisk sykdom skal skåre høyt på de ulike levekårsfaktorene (Tabell 3.4). I beregningene har vi tatt utgangspunkt i situasjonen for menn og kvinner i aldersgruppen 45-66 år, og viser hvordan denne varierer mellom friske og syke (utgangspunktet er modellene som ligger til grunn for tabell 3.4). Vi skal her gi noen eksempler.

**Gift/samboer:** For en frisk mann i alderen 45 til 66 år, er sannsynligheten for å være gift eller samboer godt over 80 prosent, mens tilsvarende for en psykisk syk mann på samme alder er nærmere 70 prosent. Forskjellene mellom syke og friske menn er større enn tilsvarende forskjeller for kvinner.

**Høyere utdanning:** Mens sannsynligheten for at en frisk kvinne i alderen 45-66 skal ha høyere utdanning er 41 prosent i 2005, er tilsvarende sannsynligheten for en syk kvinne bare 26 prosent. Stadig flere har fått høyere utdanning i perioden, men det er ikke lett å avgjøre om forskjellene mellom syke og friske har endret seg.

**Sysselsatt:** Sannsynligheten for at en frisk mann eller en frisk kvinne i alderen 45-66 år skal være sysselsatt har holdt seg nesten stabil i perioden fra 1998 til 2005 på henholdsvis 84 og 78 prosent. For menn med symptomer på psykisk sykdom er sannsynligheten for å være sysselsatt noe redusert - fra 62 prosent i 1998 til 57 prosent i 2005. For kvinner har sannsynligheten økt fra 60 prosent til 66.

Tabell 3.4 *Beregnete sannsynligheter for at menn og kvinner i alderen 45-66 år skal ha høy verdi på ulike levekårsfaktorer i årene 1998, 2002 og 2005. Beregnet på basis av analysene i Tabell 3.4*

<b>Gift/samboer</b>			
	1998	2002	2005
friske menn	0,84	0,83	0,82
psykisk syke menn	0,74	0,73	0,66
friske kvinner	0,82	0,81	0,80
psykisk syke kvinner	0,71	0,69	0,63
<b>Fortrolige</b>			
	1998	2002	2005
friske menn	0,78	0,83	0,82
psykisk syke menn	0,62	0,73	0,66
friske kvinner	0,91	0,90	0,99
psykisk syke kvinner	0,82	0,85	0,95
<b>Universitetsutdanning</b>			
	1998	2002	2005
friske menn	0,14	0,29	0,30
psykisk syke menn	0,07	0,16	0,14
friske kvinner	0,16	0,32	0,34
psykisk syke kvinner	0,08	0,19	0,16
<b>Sysselsatt</b>			
	1998	2002	2005
friske menn	0,84	0,84	0,82
psykisk syke menn	0,66	0,58	0,68
friske kvinner	0,78	0,79	0,76
psykisk syke kvinner	0,58	0,49	0,60
<b>Egenvurdering av helse (positiv)</b>			
	1998	2002	2005
friske menn	0,82	0,84	0,82
psykisk syke menn	0,42	0,41	0,42
friske kvinner	0,80	0,82	0,81
psykisk syke kvinner	0,39	0,39	0,39

<b>Somatisk sykdom</b>			
	1998	2002	2005
friske menn	0,47	0,44	0,46
psykisk syke menn	0,67	0,66	0,70
friske kvinner	0,56	0,53	0,55
psykisk syke kvinner	0,74	0,73	0,77
<b>Kronisk sykdom</b>			
	1998	2002	2005
friske menn	0,37	0,38	0,46
psykisk syke menn	0,59	0,63	0,61
friske kvinner	0,39	0,40	0,39
psykisk syke kvinner	0,61	0,65	0,63
<b>Lav inntekt</b>			
	1998	2002	2005
friske menn		0,08	0,08
psykisk syke menn	0,11		0,15
friske kvinner		0,20	0,21
psykisk syke kvinner	0,27		0,35
<b>Høy inntekt</b>			
	1998	2002	2005
friske menn		0,49	0,42
psykisk syke menn	0,34		0,15
friske kvinner		0,19	0,19
psykisk syke kvinner	0,11		0,07

### 3.3.5 Oppsummering: hva betyr psykisk sykdom for levekår?

I dette avsnittet har vi stilt to spørsmål:

*Hva betyr psykisk sykdom for folks levekår?*

*Har det skjedd endringer i psykisk sykes levekår over tid?*

Vi har belyst disse spørsmålene ved først å presentere enkle bivariate figurer over hvordan de to gruppene ”psykisk syke” og ”psykisk friske” fordeler seg på ulike levekårindikatorer. Deretter har vi gjennomført multivariate logistiske regresjonsanalyser, der vi undersøker betydningen av sykdom og om betydningen av sykdom endrer seg over tid.

### **Hva betyr psykisk sykdom for levekår?**

Psykisk syke har gjennomgående dårligere levekår – slik de her er målt – enn psykisk friske. Dataene fra Helse- og levekårsundersøkelsene i 1998, 2002 og 2005 viser at folk med symptomer på psykisk sykdom skårer lavere enn andre på alle ”positive” levekårindikatorer, som ekteskap/samboerskap, sysselsetting, helse, og høy utdanning og inntekt. Likeledes skårer psykisk syke høyere på alle negative forhold; somatisk sykdom, lav utdanning og lav inntekt.

### **Har det skjedd endringer i psykisk sykes levekår over tid?**

Opptrappingsplanen for psykisk helse har iverksatt flere tiltak som direkte eller indirekte er rettet mot å bedre levekårene for psykisk syke mennesker. Selv om en må regne med at det kan ta tid å se store endringer i levekår som følge av satsingene i Opptrappingsplanen, vil vi forvente å finne en viss bedring av situasjonen for psykisk syke i løpet av planperioden.

Dataene fra Helse- og levekårsundersøkelsene tyder ikke på at det er skjedd en slik bedring i levekårene for psykisk syke mellom 1998 og 2005. For de fleste levekårindikatorene er det små endringer å spore i perioden. Vi finner en økning i forhold til høyere utdanning i perioden, og økningen for psykisk syke er omtrent som for psykisk friske. Tallene antyder dessuten at psykisk syke har fått relativt sett lavere inntekt fra 2002 til 2005, hvis vi sammenlikner med friske personer. For inntekt foreligger ikke pålitelige tall fra 1998.

## **3.4 Levekårene for psykisk syke i forhold til andre syke**

I det foregående avsnittet har vi kontrastert psykisk syke med psykisk friske, definer ved hjelp av skåre over/under en viss verdi

på en internasjonalt anerkjent skala. Gruppen av ”friske” som vi har sammenliknet de psykisk syke med er en sammensatt kategori, som blant annet inkluderer en del mennesker med betydelige somatiske sykdommer. Det kan derfor være interessant å skille ut de som er somatisk syke fra gruppen av psykisk friske. Dette muliggjør også en sammenligning av psykisk syke med somatisk syke, og med folk som både har somatiske og psykiske plager. Hovedspørsmålet i avsnittet er:

*Hvilken betydning har psykiske problemer for levekår sammenliknet med betydningen av somatisk sykdom?*

Siden dette spørsmålet innebærer en sammenlikning mellom grupper, og ikke en analyse av utviklingen over tid, har vi valgt å gjennomføre analysene kun på 2005-dataene. Fremstillingen av analyseresultatene gjøres noe enklere enn i foregående avsnitt. Først presenterer vi figurer som viser fordelingen på de fire gruppene (friske, kronisk somatisk syke, psykisk syke og både psykisk og somatisk syke) i forhold til utvalgte levekårforhold. Deretter viser vi en multivariat analyse av de samme forholdene, der det kontrolleres for alder og kjønn. I de multivariate analysene benytter vi for enkelte variabler (for eksempel utdanning) en noe mer findelt inndeling enn vi gjorde i forrige avsnitt.

### 3.4.1 Levekår blant psykisk syke og somatisk syke

Vi har tidligere i kapitlet drøftet problemene knyttet til definisjonen av ”psykisk syke” i Helse- og levekårsundersøkelsene. Tilsvarende problemer oppstår også ved definisjon av somatisk syke. En mulighet var å avgrense gruppen ”somatisk syke” til folk som har en eller annen form for somatisk sykdom, uavhengig av sykdommens varighet. En annen mulighet – som vi falt ned på – var å definere somatisk syke som de som oppga å ha kroniske lidelser og som skåret under 1,75 på HSCL-skalaen (dvs. ikke hadde symptomer på psykisk sykdom). De menneskene som *både* har kronisk somatisk lidelse *og* symptomer på psykiske problemer, defineres i en egen kategori.

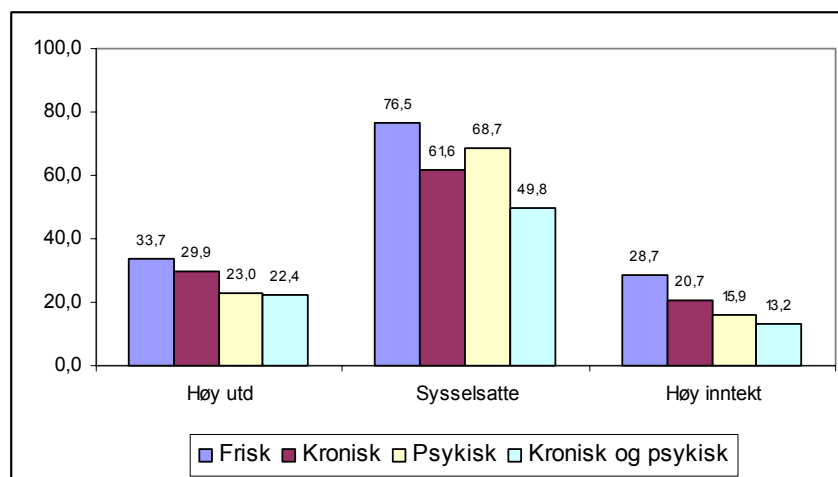
Årsaken til at vi valgte denne definisjonen er at vi antar at det først og fremst er langvarig sykdom som vil kunne medføre dårligere levekår.

Tabell 3.5 *Fordeling av friske, kronisk syke, psykisk syke og kronisk og psykisk syke i Helse- og levekårsundersøkelsen 2005*

	N	Prosent
Friske	3943	85,2
”Bare” kronisk (somatisk) syke	185	4,0
”Bare” psykisk syke	236	5,1
Kronisk (somatisk) syke og psykisk syke	264	5,7
Totalt	4628	100

### Sosioøkonomiske forhold

Figur 3.9 *Forekomsten av høy utdanning, sysselsetting og høy inntekt innen ulike grupper. 2005*



Figur 3.9 viser et ganske likt mønster for tendensen til å ha høy utdanning og høy inntekt: de friske har høyest andel med høy utdanning og inntekt, de somatisk syke har en noe lavere andel, de som bare har psykisk sykdom har ytterligere lavere andel, mens de som både har psykiske og kroniske somatiske lidelser kommer dårligst ut. For tendensen til å være sysselsatt er bildet litt annerledes. Folk som ”bare” har symptomer på psykisk sykdom, uten kroniske somatiske lidelser, har en noe høyere yrkesfrekvens enn folk som har kronisk somatisk sykdom.

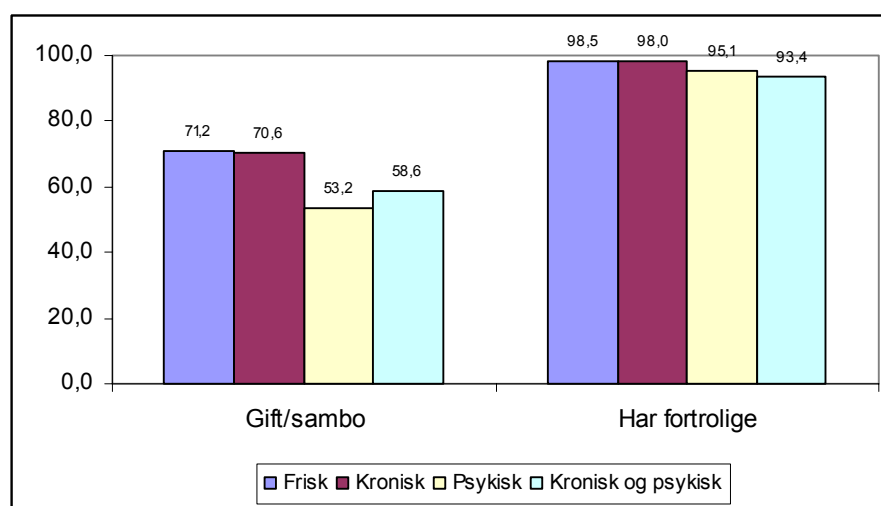


## Sosial kontakt

Når det gjelder sosial kontakt, i form av å være gift eller samboer, ser de psykisk syke ut til å være mest utsatt (Figur 3.10). Kronisk somatisk syke har like høy ekteskaps-/samboerfrekvens som friske. Dette resultatet henger trolig i noen grad sammen med aldersfordelingen i de ulike gruppene. Blant de kronisk somatisk syke er det sannsynligvis flere eldre, og disse er i større grad gift eller samboere enn yngre mennesker. Dette kontrollerer vi for i de multivariate analysene i neste avsnitt.

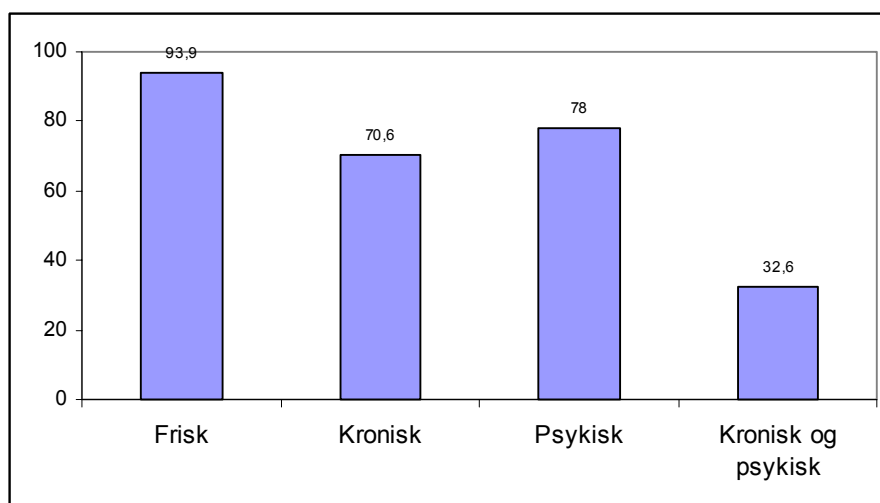
Blant annet på grunn av måten spørsmålet om fortrolige er stilt på i 2005 svarer de aller fleste at de har fortrolige. Det er derfor relativt små forskjeller mellom gruppene på dette området.

Figur 3.10 *Andel gifte/samboere og andel som har fortrolige innen ulike grupper. 2005*



## Vurdering av egen helse

Vi har undersøkt hvordan mennesker i de ulike gruppene vurderer sin egen helsetilstand. 94 prosent av de som er friske (dvs. ikke har kroniske somatiske lidelser eller symptomer på psykisk sykdom) vurderer helsen sin som "meget god" eller "god". 71 prosent av kronikerne og 78 prosent av de med psykiske problemer svarer det samme, men bare en tredel av de som både har psykiske og kroniske somatiske plager.

Figur 3.11 *Positiv vurdering av egen helse innen ulike grupper. 2005*

### 3.4.2 Multivariat analyse

For å få et bedre bilde av forskjeller i levekår mellom ulike grupper er det hensiktsmessig å kontrollere for alder og kjønn i analysene. Særlig alder er viktig å ta med, da det sannsynligvis er betydelig flere eldre i gruppen av kronikere. En multivariat analyse vil derfor gi et riktigere inntrykk av betydningen av fysisk og psykisk sykdom for levekår.

Tabell 3.6 viser resultatet av de multivariate analysene av forskjellige sykdomskategoriens betydning for ulike levekårsfaktorer. Resultatene er i hovedsak i tråd med forventningene om at både psykisk og somatisk sykdom innebærer dårligere levekår enn det friske mennesker har. Vi ser av tabellen at mennesker med sykdom skårer lavere på de "positive" faktorene, som ekteskap/samboerskap, fortrolige, sysselsetting, god vurdering av egen helse, og høy utdanning og inntekt. Når det gjelder de "negative" levekårsforholdene, lav utdanning og lav inntekt, er sannsynligheten høyere for syke enn for friske.

Tabell 3.6 *Hva betyr psykisk og fysisk sykdom for levekår? Multivariat logistisk regresjon. 2005. Oddsreter*

	Gift/ sambo	Fortrolig	Lav utd.	Høy utd.	Sysse -satt	Lav inntekt	Høy inntekt	Egen helse
Frisk (ref.)	1	1	1	1	1	1	1	1
Kronisk	<b>0,82</b>	0,86	<b>1,33</b>	<b>0,86</b>	<b>0,49</b>	<b>1,31</b>	<b>0,60</b>	<b>0,18</b>
Psykisk	<b>0,39</b>	<b>0,25</b>	<b>1,83</b>	<b>0,64</b>	<b>0,70</b>	1,31	<b>0,56</b>	<b>0,20</b>
Kronisk og psykisk	<b>0,40</b>	<b>0,22</b>	<b>2,34</b>	<b>0,55</b>	<b>0,24</b>	<b>1,88</b>	<b>0,37</b>	<b>0,03</b>
16-24	<b>0,04</b>	<b>5,51</b>	<b>4,68</b>	<b>0,26</b>	<b>0,28</b>	<b>42,91</b>	<b>0,01</b>	<b>2,87</b>
25-44	<b>0,64</b>	1,57	<b>0,63</b>	<b>1,82</b>	<b>1,86</b>	0,92	<b>0,82</b>	<b>2,19</b>
45-66 (ref.)	1	1	1	1	1	1	1	1
67-80	<b>0,57</b>	0,75	<b>2,07</b>	<b>0,64</b>	<b>0,03</b>	<b>2,88</b>	<b>0,24</b>	0,80
Kvinne	<b>0,84</b>	<b>1,71</b>	<b>1,24</b>	<b>1,27</b>	<b>0,81</b>	<b>2,78</b>	<b>0,27</b>	<b>1,01</b>
Mann (ref.)	1	1	1	1	1	1	1	1
Pseudo-r	<b>0,25</b>	<b>0,07</b>	<b>0,14</b>	<b>0,10</b>	<b>0,36</b>	<b>0,38</b>	<b>0,24</b>	<b>0,27</b>

Fet skrift: Signifikant på 5-prosentnivå.

**Gift/samboer:** Både fysisk og psykisk sykdom gir lavere sannsynlighet for å være gift eller samboende. Utslaget er imidlertid mye sterkere for psykisk sykdom enn for fysisk.

**Fortrolig:** Det er betydelig mindre sannsynlighet for at psykisk syke har fortrolige enn friske eller folk som "bare" har kronisk somatisk sykdom.

**Utdanning:** Folk som har sykdom – enten den er av psykisk eller fysisk art – har oftere lav utdanning (kun grunnskole) enn friske folk. Særlig psykisk sykdom ser ut til å slå negativt ut, og spesielt for folk som både har psykiske og varige fysiske plager. Det samme mønsteret, men med motsatt fortegn, ser vi for sannsynligheten for å ha høy utdanning (universitets-/høyskoleutdanning).

**Syssetting:** Kronisk somatisk sykdom slår sterkt ut på sannsynligheten for å være i jobb. Også psykiske problemer reduserer syssettingen, men ikke like mye som for kronikerne. Klart lavest tendens til å være sysselsatt finner vi imidlertid for de som både har kroniske somatiske sykdommer og psykiske plager.

**Inntekt:** Sykdom innebærer større tendens til lav inntekt (dvs. laveste kvartil av inntektsfordelingen). Mennesker med psykiske problemer og mennesker med somatiske lidelser er like sterkt representert i lavinntektsgruppen. Dårligst ut inntektsmessig kommer igjen de som både har psykiske og fysiske problemer.

**Egen helse:** De som er syke vurderer, naturlig nok, sin egen helse som dårligere enn de friske. Det er imidlertid ikke store forskjeller mellom kronikerne og de med psykiske problemer. De som har både psykiske plager og kroniske somatiske lidelser vurderer sin helse som svært dårlig.

### 3.4.3 Oppsummering: Levekår for psykisk syke og somatisk syke

Innledningsvis i dette avsittet stilte vi spørsmålet:

*Hvilken betydning har psykiske problemer for levekår sammenliknet med betydningen av somatisk sykdom?*

Analyser av dataene fra Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 viser at det er mange likhetstrekk mellom fysisk og psykisk sykdom i forhold til levekår. Særlig gjelder dette de sosioøkonomiske indikatorene på levekår. Samtidig kommer de som *både* har psykiske og fysiske plager spesielt dårlig ut på de sosioøkonomiske levekårene, og sammenliknet med de som "bare" har fysiske eller psykiske problemer.

På ett levekårsområde kommer psykisk syke betydelig dårligere ut enn de som har kroniske somatiske sykdommer: sosial kontakt. Psykisk syke skårer jevnt over klart lavere enn folk med somatiske sykdommer på indikatorene på sosial kontakt.

### 3.5 Levekårene til folk med symptomer på alvorlig sykdom i forhold til folk med lettere plager

Den måten vi har definert psykisk syke på i våre analyser, ved hjelp av en symptomskala, innebærer at gruppen av syke blir ganske heterogen. Kategorien "psykisk syke" inkluderer både folk med

ganske omfattende symptomer (selv om det er grunn til å tro at de mest alvorlig syke ikke vil delta i en slik undersøkelse) og folk med mange, men lettere, symptomer. Opptrappingsplanen for psykisk helse er særlig rettet mot å bedre situasjonen for de sykeste. Selv om disse i liten grad inngår i datamaterialet, og situasjonen for de sykeste blir nærmere belyst i andre del av dette prosjektet, synes vi det er interessant å undersøke om levekårene har utviklet seg annerledes for de med relativt lette symptomer sammenliknet med de som har noe tyngre belastning. I dette kapitlet stiller vi derfor spørsmålet:

*Hvordan er levekårene for mennesker med noe tyngre psykiske problemer sammenliknet med levekårene for mennesker med lettere psykiske problemer?*

Med utgangspunkt i vårt materiale er det ingen åpenbar og enkel måte å skille mellom ”tunge” og lettere psykiske lidelser på. Fordelingen av respondenter på HSCL-skalaen synes å indikere et skille ved en skåre på rundt 2,10. Vi har derfor definert ”tyngre symptomer/problemer/plager ” som skåre 2,10 eller høyere. 3,7 % av utvalget har skåre høyere enn dette (tilsvarende 173 personer i datamaterialet for 2005), mens 5 prosent (236 personer) har lettere lidelse.

Også i dette kapitlet viser vi først enkle fordelinger av de ulike gruppene (”friske”, lettere psykiske problemer og tyngre psykiske problemer) på relevante levekårindikatorer. Deretter presenterer vi en multivariat analyse av sammenhengen mellom psykisk helse og levekår, der det kontrolleres for alder og kjønn.

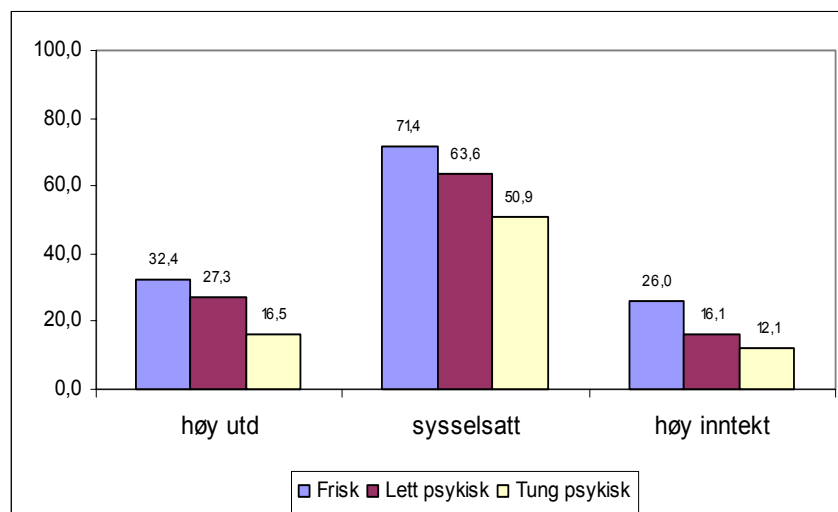
### 3.5.1 Levekår blant folk med tyngre og lettere psykiske problemer

#### **Sosioøkonomiske indikatorer**

Ut fra de tidligere analysene som viser en klar sammenheng mellom sykdom og levekår, vil vi forvente at mennesker med tyngre symptomer på psykiske plager har dårligere levekår enn folk med lettere sykdom og psykisk friske. Figur 3.12 støtter denne antakelsen. Knappt 17 prosent av de med tyngre symptomer har høyere utdanning, mens tilsvarende for de med lettere psykiske problemer er 27 prosent. En mindre andel av mennesker med tyngre plager er sysselsatt: her er andelen 51 prosent av de med

tyngre plager og 64 prosent av de med lettere plager. 12 prosent av mennesker med tyngre symptomer er i høyinntektsgruppen, mot 16 prosent av dem med lettere psykiske problemer.

Figur 3.12 *Utdanning, sysselsetting og inntekt etter grad av psykiske problemer. 2005*

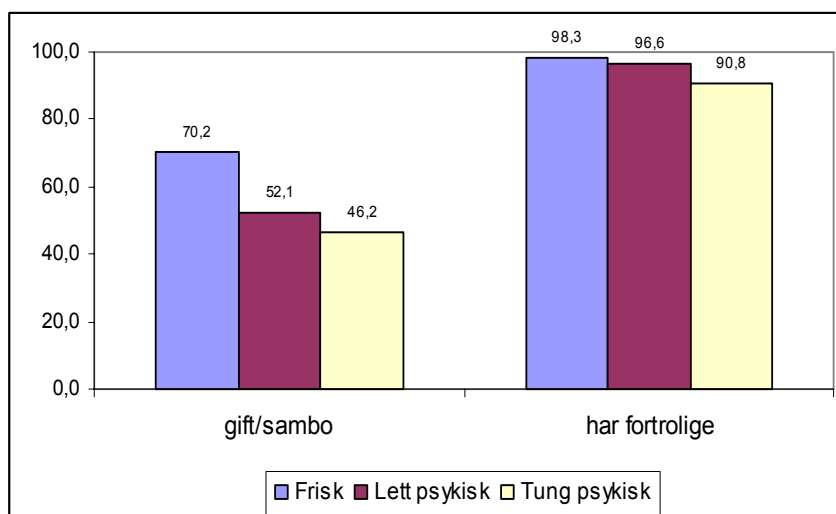


### Sosial kontakt

Figuren som viser sosial kontakt blant ulike grupper gir et liknende bilde som for de sosioøkonomiske forholdene (Figur 3.13). De sykeste kommer dårligst ut, både når det gjelder ekteskap/samboerskap, og for det å ha fortrolige å snakke med.

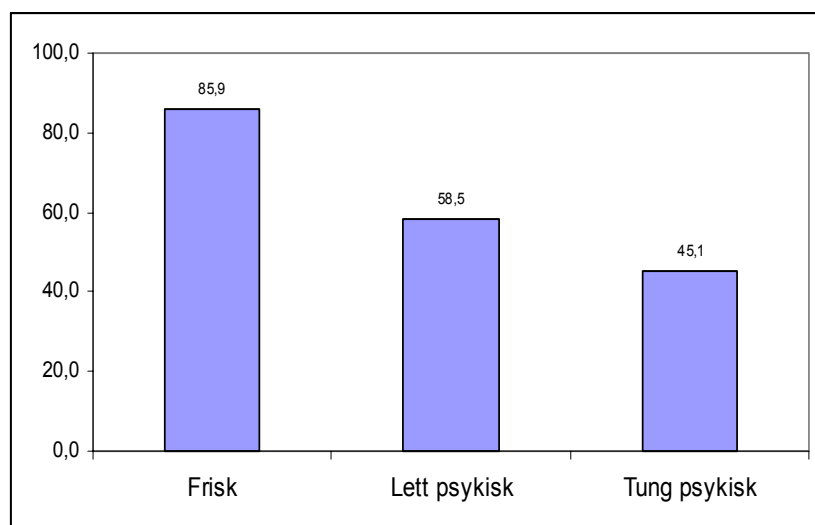
For ekteskap og samboerskap er forskjellen mellom lettere og alvorligere psykiske problemer relativt beskjeden. Det ser altså ut til at det å ha psykiske problemer i seg selv disponerer for å være – eller bli – enslig. Her er det igjen viktig å minne om at sammenhengen også kan være omvendt: folk får psykiske problemer av å være – eller bli – enslig.

Figur 3.13 Sosial kontakt etter grad av psykisk lidelse. 2005



### Helse

Også når det gjelder egenvurdering av egen helse er det forskjeller mellom de med tyngre psykiske problemer og de med lettere problemer (Figur 3.14). 45 prosent av mennesker med symptomer på alvorligere psykiske plager vurderer sin egen helse som god, mens tilsvarende for mennesker med lettere lidelser er 59 prosent. Bildet her likner imidlertid det vi så for ekteskap/samboerskap: det er mindre forskjeller mellom tyngre og lettere psykisk syke – slik det her er målt – enn mellom psykisk syke og psykisk friske.

Figur 3.14 *Egenvurdering av egen helse etter grad av psykisk lidelse. 2005*

### 3.5.2 Multivariat analyse

Da kategoriene ”lette” og ”tunge” psykiske problemer kan ha ulik fordeling mht alder og kjønn, vil det være interessant å gjennomføre en multivariat analyse av sammenhengen mellom tyngden av de psykiske problemene og levekår. På denne måten får vi kontrollert for betydningen av ulik alders- og kjønnsfordeling i de forskjellige kategoriene.

Den multivariate analysen viser et mønster som bekrefter antakelsen om at de som er sykest har det dårligst også levekårsmessig. Forskjellene er størst for tendensen til å ha fortrolige å prate med, for deltakelse i arbeidsmarkedet og for utdanning. Det er for eksempel betydelig mindre sannsynlig at en person med tyngre symptomer på psykiske problemer skal ha høy utdanning og være i arbeid sammenliknet med en person med lettere symptomer.



Tabell 3.7 *Hva betyr graden av psykiske problemer? Multivariat analyse. 2005. Oddsratene*

	<b>Gift/ sambo</b>	<b>For- trolig</b>	<b>Lav utd.</b>	<b>Høy utd.</b>	<b>Syssel- satt</b>	<b>Lav inntekt</b>	<b>Høy inntekt</b>	<b>Egen helse</b>
Frisk	1	1	1	1	1	1	1	1
Lett psykisk lidelse	<b>0,45</b>	<b>0,45</b>	<b>1,46</b>	0,80	<b>0,69</b>	<b>1,55</b>	<b>0,60</b>	<b>0,21</b>
Tung psykisk lidelse	<b>0,38</b>	<b>0,13</b>	<b>2,65</b>	<b>0,41</b>	<b>0,31</b>	1,35	<b>0,44</b>	<b>0,10</b>
16-24	<b>0,05</b>	<b>5,92</b>	<b>4,39</b>	<b>0,27</b>	<b>0,34</b>	<b>40,07</b>	<b>0,02</b>	<b>4,08</b>
25-44	<b>0,66</b>	<b>1,63</b>	<b>0,61</b>	<b>1,86</b>	<b>2,03</b>	0,89	0,88	<b>2,57</b>
45-66	1	1	1	1	1	1	1	1
67-80	<b>0,56</b>	0,71	<b>2,14</b>	<b>0,63</b>	<b>0,03</b>	<b>2,94</b>	<b>0,23</b>	<b>0,71</b>
Kvinne	<b>0,83</b>	<b>1,71</b>	<b>1,26</b>	<b>1,26</b>	<b>0,80</b>	<b>2,81</b>	<b>0,27</b>	0,93
Mann	1	1	1	1	1	1	1	1
Konstant	<b>4,93</b>	<b>36,25</b>	<b>0,22</b>	<b>0,39</b>	<b>4,08</b>	<b>0,09</b>	<b>0,91</b>	<b>4,43</b>
Pseudo-r	0,25	0,07	0,14	0,10	0,34	0,38	0,23	0,15

Fet skrift: Signifikant på 5-prosentnivå.

På ett punkt gir analysen uventede resultater: verdien for sannsynligheten for at mennesker med tynge psykiske problemer skal ha lav inntekt er ikke signifikant, og mindre enn verdien for mennesker med lettere problemer. En mulig forklaring kan være at disse er så syke at det i større grad enn for folk med lettere problemer, utløses trygder og annen økonomisk hjelp fra det offentliges side. Vi har ikke mulighet for å kontrollere denne spekulasjonen her.

### 3.5.3 Oppsummering

I begynnelsen av avsnittet stilte vi spørsmålet:

*Hvordan er levekårene for mennesker med alvorlige psykiske problemer sammenliknet med levekårene for mennesker med lettere psykiske problemer?*

Våre analyser av data fra Helse- og levekårsundersøkelsen fra 2005 tyder på at det er klare forskjeller mellom levekårene, slik vi her har målt dem, til mennesker med tynge symptomer på psykiske plager

og mennesker med lettere plager. De dårligste kommer jevnt over dårligst ut også når det gjelder levekår. Et interessant unntak er for lavinntektsgruppen, men vi har ingen fullgod forklaring på hvorfor de dårligste ser ut til å komme bedre ut enn forventet.

Det er verd å merke seg at datamaterialet trolig ikke gir et representativt bilde av de aller sykeste, da mange av disse sannsynligvis ikke vil kunne delta i en så omfattende undersøkelse som Helse- og levekårsundersøkelsen.

### 3.6 Oppsummering: Hva sier Helse- og levekårsundersøkelsene om psykisk sykes levekår?

Sentrale funn i analysene av Helse- og levekårsdataene er:

#### **Hvordan er levekårene for psykisk syke sammenliknet med psykisk friske?**

Psykisk syke har gjennomgående dårligere levekår, slik levekår er målt her, enn psykisk friske. Dataene fra Helse- og levekårsundersøkelsene i 1998, 2002 og 2005 viser at folk med symptomer på psykisk sykdom skårer lavere enn andre på alle ”positive” levekårindikatorer, som ekteskap/samboerskap, sysselsetting, helse, og høy utdanning og inntekt. Likeledes skårer psykisk syke høyere på alle negative forhold; somatisk sykdom, lav utdanning og lav inntekt.

#### **Hvordan har utviklingen i levekårene for psykisk syke vært i perioden 1998 – 2005?**

Dataene fra Helse- og levekårsundersøkelsene tyder ikke på at det er skjedd en bedring i levekårene for psykisk syke mellom 1998 og 2005, slik en kunne forvente ut fra Opptappingsplanens satsinger. For de fleste levekårindikatorer er det små endringer å spore i perioden. Analysene viser en økning i andelen psykisk syke med høyere utdanning i perioden, men økningen er omtrent som for psykisk friske. Tallene antyder dessuten at psykisk syke har fått lavere inntekt fra 2002 til 2005. I denne perioden har det ikke skjedd endringer for psykisk friske. For inntekt foreligger ikke pålitelige tall fra 1998. Når det gjelder sysselsetting finner vi at arbeidsdeltakelsen for psykisk syke ser ut til å følge de generelle

trendene for kvinner og menn i arbeidsmarkedet. Dette kan være et positivt tegn, da det er vanlig å anta at en situasjon med høyere arbeidsløshet vil gi større utslag for marginaliserte grupper.

### **Hvordan er levekårene for psykisk syke sammenliknet med levekårene for mennesker med varige somatiske sykdommer?**

Analyser av dataene fra Helse- og levekårundersøkelsen 2005 viser at det er mange likhetstrekk mellom fysisk og psykisk sykdom i forhold til levekår. Særlig gjelder dette de sosioøkonomiske indikatorene på levekår. Samtidig kommer de som *både* har psykiske og fysiske plager spesielt dårlig ut på de sosioøkonomiske levekårene, og sammenliknet med de som "bare" har fysiske eller psykiske problemer.

På ett levekårområde kommer psykisk syke betydelig dårligere ut enn de som har kroniske somatiske sykdommer: Psykisk syke skårer jevnt over klart lavere enn folk med somatiske sykdommer på indikatorene på sosial kontakt.

### **Hvordan er levekårene for mennesker med tyngre psykiske problemer sammenliknet med levekårene for mennesker med lettere psykiske plager?**

Våre analyser av data fra Helse- og levekårsundersøkelsen fra 2005 tyder på at det er klare forskjeller mellom levekårene til mennesker med tyngre symptomer på psykiske problemer og mennesker med lettere plager. De dårligste kommer jevnt over dårligst ut også når det gjelder levekår. Et interessant unntak er for lavinntektsgruppen, men vi har ingen fullgod forklaring på hvorfor de dårligste ser ut til å komme bedre ut enn forventet.

Det er verd å merke seg at datamaterialet trolig ikke gir et representativt bilde at de aller sykeste, da mange av disse sannsynligvis ikke vil kunne delta i en så omfattende undersøkelse som Helse- og levekårsundersøkelsen. Vi skal derfor se nærmere på utviklingen i levekår for de mest alvorlig psykisk syke i neste kapittel.

---

## 4 Analyse av survey- og intervjumateriale

### 4.1 Innledning

I det foregående kapitlet analyserte vi data fra Helse- og levekårsundersøkelsene. Som tidligere nevnt er det god grunn for å anta at mennesker med alvorlige psykiske lidelser ikke vil besvare en slik omfattende survey som Helse- og levekårsundersøkelsen. Vi mener derfor det er nyttig å supplere denne undersøkelsen med analyse av data innhentet fra kommunene, både surveydata og intervjuinformasjon. Intervjuene gir dessuten mulighet for å fokusere mer på betydningen av kommunenes virkemidler for å bedre levekårene for psykisk syke.

I dette kapitlet stiller vi spørsmålet:

*Hvordan har levekårene for alvorlig psykisk syke utviklet seg fra 2003 til 2008?*

Vi ser nærmere på følgende sider ved levekårene:

- Økonomiske og materielle levekår, spesielt boligsituasjonen
- Mulighetene for meningsfylt aktivitet
- Sosial kontakt og sosiale nettverk

### 4.2 Datamaterialet

For å belyse spørsmålet om utviklingen i levekår benytter vi i dette kapitlet data fra to kilder:

- Survey til samtlige norske kommuner

NIBR-rapport: 2008:32

- Intervjuer med ansatte i det psykiske helsearbeidet i syv kommuner

#### 4.2.1 Survey til kommunene

I en survey gjennomført i forbindelse med et annet prosjekt innenfor evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk syke, inkluderte vi spørsmål om utviklingen i levekår for alvorlig psykisk syke (se Vedlegg 4 for spørreskjemaet, del IV). Surveien ble sendt til samtlige norske kommuner ved lederen for det psykiske helsearbeidet. 189 kommuner besvarte hele eller deler av skjemaet, dvs. en svarprosent på 56. I tillegg svarte 14 av Oslos 15 bydeler.<sup>8</sup>

#### **Frafallsanalyse**

Frafallsanalyse av datamaterialet viser at det er relativt betydelige forskjeller mellom fylkene når det gjelder svarprosent (se vedlegg 1). Mens bare 33 prosent av kommunene i Buskerud og hhv. 35 prosent og 37 prosent av kommunene i Møre- og Romsdal og Troms har besvart skjemaet, har samtlige kommuner i Aust-Agder og 92 prosent av kommunene i Oppland svart. Ingen landsdel er imidlertid spesielt over- eller underrepresentert i materialet.

I snitt har de kommunene som har besvart spørreskjemaet høyere folketall enn de som ikke har svart. Brutto kommunale utgifter pr. innbygger er imidlertid nesten identisk i de to gruppene. Antall ansatte med videreutdanning i psykisk helsearbeid pr. 1000 innbyggere er marginalt høyere i kommuner som ikke har svart. Kommuner som ikke har returnert skjemaet har også større dekning av helsestasjoner for ungdom. De to siste resultatene skyldes sannsynligvis at folketallet i kommunene som ikke har svart stort sett er lavere enn i kommunene som har svart. I mindre kommuner som for eksempel har et tilbud om helsestasjon for ungdom blir gjerne dekningsgraden av tilbudet relativt høy.

---

<sup>8</sup> Spørreskjemaundersøkelsen er gjennomført i samarbeid med SINTEF, som har administrert utsendelse, koding etc. Et tilsvarende skjema, men uten spørsmål om levekår, ble sendt kommunene i 2002 og 2005. Svarprosenten var i 2002 60% og i 2005 63%. Noe av reduksjonen i svarprosenten kan trolig tilskrives at Helsedirektoratet få uker før vår undersøkelse sendte ut et omfattende rapporteringsskjema, der noen av spørsmålene fra vårt skjema ble stilt.

Når det gjelder sosiale indikatorer, som andel sosialhjelpsmottakere og andel arbeidsledige, skiller svarkommunene seg ikke fra de kommunene som ikke har besvart spørreskjemaet. Levekårsindeksen samlet sett er også så å si lik for de to gruppene av kommuner. Kommunene som ikke har besvart skjemaet har imidlertid relativt sett litt færre uføretrygdede og litt høyere utdanningsnivå enn kommuner som deltar i undersøkelsen.

Selv om kommunene i utvalget synes ganske representative for samtlige norske kommuner med hensyn til demografiske, økonomiske og sosiale bakgrunnsfaktorer, kan det ikke utelukkes at det eksisterer skjevheter i materialet når det gjelder det psykiske helsearbeidet. Hvis det er slik at kommunene med den sterkeste organiseringen rundt dette arbeidet i større grad har besvart skjemaene, vil dataene gi et skjevt – kanskje mer optimistisk – bilde av kommunenes psykiske helsearbeid. Slike skjevheter er vanskelige å unngå. Det er likevel viktig å ha dette in mente i tolkningen av resultatene.

### **Spørsmålene**

Av plassmessige grunner var det bare mulig å inkludere et ganske lite antall spørsmål om levekår i spørreskjemaundersøkelsen til kommunene. Skjemaet var i utgangspunktet langt, da det inneholder spørsmål knyttet til to andre prosjekter innenfor evalueringen av Opptrappingsplanen – ett NIBR-prosjekt og ett SINTEF-prosjekt. Ytterligere utbygging av spørreskjemaet ville, etter vår mening, trolig innebære enda lavere svarprosent.

I spørreskjemaet har vi formulert syv påstander om utviklingen i levekårene for alvorlig psykisk syke i den aktuelle kommunen de siste fem årene (se Vedlegg 4). Vi ba respondentene fra kommunene angi grad av enighet ('helt uenig', 'delvis uenig', 'delvis enig' og 'helt enig') med de ulike påstandene. Undersøkelsen sier ikke noe objektivt om hvordan levekårene har utviklet seg. Den viser snarere hvordan sentrale personer i kommunenes psykiske helsearbeid vurderer utviklingen.

### **Kopling og analyse av data**

Spørsmålene om levekår i spørreskjemaundersøkelsen er koplet sammen med andre spørsmål i surveyen, for eksempel spørsmålet om dekningsgrader av dagsenter eller spørsmålet om vurderingen av kommunens innsats. Koplingen gir muligheter for en analyse av

mulige forklaringer på utviklingen i levekårene til psykisk syke. Er det noe i kommunens tilbud som kan forklare utviklingen?

Levekårspørsmålene er også koplet til opplysninger fra NSDs kommunedatabase, bl.a. om folketallet i kommunen.

Analysene i rapporten er stort sett enkle rapporteringer av fordelinger og gjennomsnitt.

#### 4.2.2 Intervjuer med kommunalt ansatte

Intervjuene med kommunalt ansatte er gjennomført som personlige intervjuer i seks kommuner. Kommunene er strategisk valgt ut fra kriteriene geografi, størrelse og avstand til sentrum, samt avstand til DPS. Det er valgt ut en bydel i en stor kommune over 100 000 innbyggere, to regionbyer, en middels stor kommune i en tett befolket region og to små kommuner i mer grisgrendt befolkede regioner. Kommunene fordeler seg på størrelse, politisk og administrativ organisering, samt organisering av tjenesten og om de har dagsenter som vist i tabellen nedenfor.

Tabell 4.1 *Kjennetegn ved case-kommunene*

Kommune	Folke- tall	Politisk org.	Admini- strativ org.	Org. av tjenesten	Dagsenter el. lign.
A	28 000	Parlaman- tarisme	Virksom- heter	Egen enhet	Ja
B	24 000	Utvalg	Virksom- heter	Egen tjeneste	Ja
C	23 000	Utvalg	Resultat enheter	Egen enhet	Ja
D	16 000	Komiteer	Virksom heter	Egen tjeneste	Ja
E	2400	Utvalg	Enheter	Egen tjeneste	En dag i uken
F	2900	Utvalg	Virksom heter	Integrert i bofellesskap	Frivillighets sentral

Egen enhet for psykisk helsearbeid innebærer at kommunene har flat struktur<sup>9</sup> og at det er etablert en enhet for psykisk helsetjeneste (se for øvrig Myrvold og Helgesen 2008 for nærmere beskrivelse og drøfting av organisering av kommunalt psykisk helsearbeid). Egen tjeneste innebærer at psykisk helsetjeneste er en selvstendig tjeneste, men innenfor en større enhet. Også disse kommunene mener selv de har flat struktur. Den kommunen som har integrert tjeneste har felles leder for bofellesskapene og de sykepleierne med videreutdanning i psykisk helsearbeid som er ansatt i kommunen. Også denne kommunen har flat struktur.

Intervjuene er gjennomført som personlige intervjuer med ledere og medarbeidere i kommunenes enheter og tjenester for psykisk helsearbeid. Det er gjennomført intervjuer med 15 sykepleiere, 13 har videreutdanning i psykisk helsearbeid. To er ledere av enhet for psykisk helsearbeid og tre er ledere for tjenester, samt lederen for bofellesskapet som er vert for integrert psykisk helsetjeneste i den siste kommunen. I en kommune er administrasjonssjefen intervjuet, i to andre er det intervjuet konsulenter på rådmannsnivå. I kommunene som har gjennomført intern differensiering av sitt psykiske helsearbeid er det intervjuet koordinatorene for hjemmetjeneste, bolig og dagsenter. Koordinatorer for hjemmetjenesten er sykepleiere, mens koordinatorene for boliger har variert utdanningsbakgrunn; vernepleiere, hjelpepleiere og sykepleiere. Koordinatorer for dagsenter har også variert utdanningsbakgrunn og det er intervjuet vernepleier, sosionom, ergoterapeut og hjelpeleier. Medarbeidere som er intervjuet er i stor grad sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid, men også sosionomer med tilsvarende videreutdanning er blant de intervjuede. Til sammen er det intervjuet fem sosionomer, samt en pedagog. Intervjuene er gjennomført som semistrukturerte intervjuer. Det vil si at det er utarbeidet en intervjuguide som sikrer at de samme tema er tatt opp med alle, og at det er muligheter for å gå i dybden der det har vært nødvendig.

---

<sup>9</sup> Flat struktur betyr at det ikke er noe administrativt nivå mellom tjenesteenheten og rådmannsnivået. For nærmere drøfting av betydningen av flat struktur for kommunal tjenesteyting, se Opedal, Stigen og Laudal (2002) og Hovik og Stigen (2008).



### 4.3 Økonomiske og materielle levekår

Utgangspunktet for Opptrappingsplanen for psykisk helse var at psykisk syke ofte har dårlig økonomi, og vanskelig for å skaffe seg og beholde bolig og arbeid (St.prp.nr. 63 (1997-98)). Planen innebærer betydelig økonomisk satsing på kommunale boliger til mennesker med psykiske lidelser, men det er få tiltak i planen som er direkte rettet mot å bedre den økonomiske situasjonen for psykisk syke. Indirekte vil forsterket arbeid med å skaffe psykisk syke utdanning og arbeid kunne bidra til økt kjøpekraft. Psykisk sykes mulighet til utdanning og arbeid behandles i et senere avsnitt i dette kapitlet.

#### Økonomisk situasjon

Vi har spurt informantene med ansvar for det psykiske helsearbeidet i kommunene hvordan de vurderer utviklingen i alvorlig psykisk sykes kjøpekraft. Omtrent en av tre sier seg delvis enig i at psykisk syke har fått bedre råd i løpet av de siste fem årene (Tabell 4.2). Bare fire prosent er helt enig i påstanden om bedre kjøpekraft. Over seks av ti er helt eller delvis uenig i påstanden om bedre kjøpekraft for psykisk syke.

Tabell 4.2 *Alvorlig psykisk syke har stort sett bedre råd (høyere kjøpekraft) nå enn for fem år siden. Prosent (N=200)*

	Prosent
Helt uenig	27
Delvis uenig	35
Delvis enig	35
Helt enig	4
<b>Totalt</b>	<b>101</b>
Gjennomsnitt	2,17
<i>Standardavvik</i>	<i>0,87</i>

Norske kommuner er svært forskjellige, spesielt når det gjelder folketall og beliggenhet, men også levekår og sosiale forhold. En

kommunes rammebetingelser har stor betydning for innretningen på tjenestene som kan tilbys innbyggerne. Vi har sett nærmere på om kommunestørrelsen har betydning for respondentenes vurdering av endringer i psykisk sykes økonomi. Små kommuner ligger jevnt over mer perifert til enn store kommuner, noe som kan innebære at enkelte utgifter, for eksempel til bolig, er lavere i de mindre kommunene (Tabell 4.3).

Tabell 4.3 *Vurdering av bedringen i alvorlig psykisk sykes økonomiske situasjon, etter kommunestørrelse. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means<sup>1</sup>*

	Alvorlig psykisk syke har bedre råd nå enn for 5 år siden	N=
2000 el. færre innbyggere (ref.)	2,4	37
2001 – 5000 innbyggere	2,4	56
5001 – 10 000 innbyggere	1,9*	33
10 001 – 30 000 innbyggere	2,0*	44
Over 30 000 innbyggere	1,8*	23
Totalt	2,2 <sup>2</sup>	193
<i>Standardavvik</i>	<i>0,87</i>	

\* Forskjellen i gjennomsnitt i forhold til referansegruppen er signifikant på minst 0,05-nivå

<sup>1</sup> Estimated marginal means er benyttet fordi analyseverktøyet på en enkel måte muliggjør sammenlikning av gjennomsnittet for alle kategorier av den uavhengige variabelen. Det er ikke kontrollert for andre variabler i analysen

<sup>2</sup> F=3,9 (Sig. ,01)

Respondenter fra de minste kommunene er mer tilbøyelige til å være enig i at alvorlig psykisk syke har bedre råd nå enn for fem år siden. For kommunene over 5000 innbyggere viser gjennomsnittet

at flertallet av respondentene er helt eller delvis uenig i at alvorlig psykisk syke har fått bedre råd.

Det er vanskelig fullt ut å forklare hvorfor respondenter i små kommuner mener den økonomiske situasjonen for psykisk syke har utviklet seg bedre enn det informanter i større kommuner synes. Kanskje kan mindre kommuner i større grad følge opp sine innbyggere med økonomisk hjelp og støtte? Eller det, som tidligere nevnt, kan hende at mindre press på bl.a. boligmarkedet i små kommuner kan ha bidratt til mindre kostnadsvekst i disse områdene.

Vi har gjennomført analyser for å undersøke om kommunens innsats innenfor det psykiske helsearbeidet generelt har betydning for vurderingen av utviklingen i psykisk sykes kjøpekraft. Analysene (se Tabell V.10 og Tabell V.17 i Vedlegg 3) viser at det ikke er noen entydig sammenheng mellom kommunens vurdering av egen innsats og synet på om kjøpekraften er bedret de siste fem år.

Opptrappingsplanen for psykisk helse legger vekt på at det kommunale hjelpeapparatet skal samarbeide med en rekke instanser for å sørge for at psykisk syke får en bedre hverdag. En potensielt viktig samarbeidspartner for å sikre psykisk syke en økonomisk trygg hverdag, er trygdekontoret, nå NAV Trygd.

Tabell 4.4 *Vurdering av endringer kjøpekraft for psykisk syke, etter kommunens kontakt med NAV Trygd. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig).*

	Alvorlig psykisk syke har bedre råd nå enn for 5 år siden
Det er liten kontakt mellom kommunen og NAV Trygd om psykisk syke (ref.)	2,2
Det er kontakt på overordnet nivå mellom kommunen og NAV Trygd	2,4
Det er av og til kontakt mellom kommunen og NAV Trygd om enkeltbrukere	2,1
Det er ofte kontakt mellom kommunen og NAV Trygd om enkeltbrukere, evt. av og til kontakt pluss kontakt på overordnet nivå	2,3
Det er ofte kontakt mellom kommunen og NAV Trygd om enkeltbrukere, i tillegg til kontakt på overordnet nivå	2,1

Kommunens kontakt med NAV Trygd ser ikke ut til å ha betydning for vurderingen av utviklingen i psykisk sykes kjøpekraft. Informanter fra kommuner med hyppige møter med NAV Trygd, både om enkeltpersoner og på overordnet nivå, vurderer ikke bedringen i psykisk sykes kjøpekraft som større enn kommuner som har ingen eller liten kontakt med NAV Trygd.

#### **Observasjoner fra intervjuundersøkelsen**

I intervjuene er det ikke spurt om kjøpekraft, men om hva som er medarbeidernes oppfatning av sine brukeres økonomiske situasjon. Medarbeidere mener at psykisk syke de er i kontakt med har rimelig god råd. Oppfatningen er at deres økonomiske situasjon er omlag som gjennomsnittsbefolkningens; noen har god råd, mens andre sliter økonomisk. Hvis brukeres ekteskap eller samboerskap er intakte, eller brukere bor hos foreldre, oppfattes de å ha bedre økonomi enn andre brukere. Det observeres ikke en forskjell mellom små og store kommuner med hensyn på brukers kjøpekraft, men det kan observeres en forskjell mellom generasjoner.

Unge, som for eksempel ikke var etablert på boligmarkedet da de ble syke, oppfattes å ha dårligere økonomi enn de etablerte på boligmarkedet.

Det kan også observeres noen geografiske forskjeller, til dels er de bestemt ut fra om kommunen ligger i pressområder uavhengig av region. I en kommune mener alle de intervjuede at unge brukere har dårlige materielle vilkår. Oppfatningen er at unge brukere sliter fordi de bor i en kommune som ikke evner å yte tilstrekkelig hjelp til at de for eksempel kan komme inn på boligmarkedet eller få en tilfredsstillende kommunal bolig. Andre er arbeidsuføre, men har likevel ikke uføretrygd. De er henvist til å leve på sosialhjelpens minstesatser. Minstesatsene oppleves som å bli lavere. For eksempel er det i noen av kommunene ikke lenger mulighet til å få støtte til aktiviteter (intervjuer 01.10.08, 1 og 2 01.10.08, 02.10.08, 03.10.08).

Det observeres også noen motsetninger i hvordan de unges situasjon blir oppfattet. Medarbeidere med lang erfaring oppfattet at unge som hadde bodd hjemme og mottatt uføretrygd hadde fått vaner med høgt forbruk og derfor ikke ønsket å flytte hjemmefra fordi husleien ville gjøre et for stort innhugg i deres økonomi (intervju 2 03.10.08).

Medarbeidere i kommunal psykisk helsetjeneste opplever at det kan være problemer i forhold til brukeres evne til å kontrollere egen økonomi. Oppfatningen er i stor grad at det er brukeres egne prioriteringer, for eksempel ved rusavhengighet eller i forhold til innkjøp av tobakk, som i noen tilfeller fører til at de får dårlig økonomi. Når de ikke lenger klarer å styre økonomien sin tyr de til sosialkontoret for hjelp (intervjuer 12.03.10, 1 28.03.08, 1 og 2 06.05.08, 28.08.08, 02.10.08, 2 03.10.08).

I en kommune har de en tradisjon med å gi julepresanger til brukere som oppfattes som trengende. Julen 2007 ga de julepresanger til i overkant av seks prosent av brukerne som fikk tjenester (intervju 05.05.08).

Kommunene har kontakt med NAV. Det dreier seg i stor grad om kontakt om enkeltbrukere. Ut over det nyanserer intervjuene det bildet av kontakten med NAV som surveyundersøkeslen ga ved at det går inn på spørsmålet om innholdet i kontakten og hva NAV kan gjøre for brukere, eventuelt ikke gjøre for dem.

Kommuner som har etablert NAV-kontor og overført sin økonomiske sosialstøtte dit, opplever at utgiftene til sosialstøtte går ned. Samtidig observeres det at støtte til aktiviteter og andre tiltak i større grad avslås enn tidligere. Det karakteriseres av en medarbeider som en opplevelse av at regelstyringen i større grad slår gjennom på beskostning av skjønnsutøvelsen. Vedtak om å tildele støtte har også kortere varighet enn de hadde før. Det gir brukere usikkerhet omkring sin økonomiske situasjon. NAV oppleves også som restriktiv med hensyn på å opprette interimskontoer for brukere. Det medfører at brukerne må ha hjelpeverge, noe som innebærer at brukerne får kostnader med hensyn på å disponere egne penger. Dette ble karakterisert som dyrt for brukerne og til dels uhensiktsmessig når hjelpeverger eller overformynderi måtte kontaktes for å gå gjennomført enkle endringer angående trekk på konto (intervju 1 og 2 06.05.08, 28.08.08, 02.10.08, 2 28.03.08, 01.10.08, 02.10.08 ).

Slike endringer fikk en kommune til å etablere en byttesentral. I stedet for å gi brukere økonomisk støtte til å gjøre nødvendige basisinnkjøp som seng og kjøkkenbord, blir brukere henvist til å kjøpe brukt eller benytte seg av byttesentralen. Medarbeidere i kommunal psykisk helsetjeneste som opplevde at deres brukere ble henvist til byttesentralen hadde en mer negativ innstilling til brukeres materielle situasjon enn andre. De mente også at henvisning til byttesentral gjorde brukeres sykdomssituasjon verre enn om tilgangen til å gjøre egne innkjøp hadde vært til stede. De understreket likevel at dette dreide seg om overgangssituasjoner og at det over tid var mulig å finne løsninger som ble oppfattet som bedre. Blant annet var det mulig å finne løsninger fordi de selv ”stod på” for sine brukere (intervju 12.03.08, 14.03.08).

### **Bosituasjonen**

Et viktig element i Opptrappingsplanen er at mennesker med psykiske problemer så langt det er mulig skal bo hjemme, i sitt lokalmiljø. Dette innebærer en nedbygging av store boinstitusjoner for psykisk syke, og en utbygging av et desentralisert tilbud med omsorgsboliger i kommunene. Opptrappingsplanens mål var å sikre psykisk syke ”en tilfredsstillende bolig og å kunne bo med verdighet, og med tilstrekkelig bistand der dette er nødvendig”.

Målet i planen var å bygge 3400 nye omsorgsboliger for psykisk syke i løpet av planperioden. Frem til 2006 var det ferdigstilt 2360

boliger med øremerkede midler fra Opptrappingsplanen. Det er grunn til å tro at denne satsingen har ført til bedre boforhold for en del mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Vi har spurt informantene i kommunene hvordan de vurderer utviklingen i bostandard for denne gruppen (Tabell 4.5).

Tabell 4.5 *Alvorlig psykisk syke har ikke høyere bostandard nå enn for fem år siden. Prosent (N=200)*

	<i>Alvorlig psykisk syke har ikke høyere bostandard nå enn for fem år siden</i>
Helt uenig	17
Delvis uenig	38
Delvis enig	35
Helt enig	11
<b>Totalt</b>	<b>101</b>
Gjennomsnitt	2,38
<i>Standardavvik</i>	<i>0,90</i>

Meningene om utviklingen i bostandard er delte. Et lite flertall av respondentene fra kommunene ser ut til å mene at alvorlig psykisk syke har høyere bostandard nå sammenliknet for fem år siden.

Har utviklingen vært forskjelling i ulike typer kommuner? Vi finner ingen enkel sammenheng mellom kommunestørrelse og vurdering av utviklingen i bostandard (Tabell 4.6). Respondenter fra de største kommunene mener i større grad enn de som kommer fra andre kommuner at bostandarden er blitt bedre for alvorlig psykisk syke de siste fem årene. Forskjellen mellom de største kommunene og de mellomstore (5001-10000 innbyggere) er særlig stor.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Forskjellen mellom de største på den ene side og de mellomstore på den annen er signifikant på 0,05-nivå. Fordi referanse-kategorien i tabeller er "2000 el færre innbyggere", fremgår ikke denne signifikansen av tabellen.

Tabell 4.6 *Vurdering av psykisk sykes bostandard, etter kommune-  
størrelse. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig).  
Estimated marginal means<sup>1</sup>*

	Alvorlig psykisk syke har ikke høyere bostandard nå enn for 5 år siden
2000 el. færre innbyggere (ref.)	2,3
2001 – 5000 innbyggere	2,5
5001 – 10 000 innbyggere	2,6
10 001 – 30 000 innbyggere	2,3
Over 30 000 innbyggere	2,0
Totalt	2,4 <sup>2</sup>
<i>Standardavvik</i>	<i>0,90</i>
(N=)	193

<sup>1</sup> Estimated marginal means er benyttet fordi analyseverktøyet på en enkel måte muliggjør sammenlikning av gjennomsnittet for alle kategorier av den uavhengige variabelen. Det er ikke kontrollert for andre variabler i analysen

<sup>2</sup> F=1,7 (Sig. ,15)

Det er kommunene som har ansvar for å bygge ut boliger for psykisk syke, selv om pengene til utbyggingen kommer fra staten. Avhenger en eventuell økning i bostandard av kommunens egen innsats innenfor det psykiske helsearbeidet?

Vi har spurt respondentene i kommunene hvordan de vurderer kommunens innsats (Tabell V.11 og V.17 i Vedlegg 3). Analysene viser at respondenter i kommuner med svært god innsats i det psykiske helsearbeidet generelt, vurderer endringen i bostandard som mer positiv enn respondenter i kommuner med dårligere innsats. Forskjellen er imidlertid ikke signifikant.

Vi har også undersøkt om kommunens dekningsgrad av kommunale boliger tilrettelagt for psykisk syke har betydning for vurderingen av bostandard. Det er ingen nødvendig sammenheng mellom antall boliger og standarden på dem, men det er mulig at



kommuner som har et klart fokus på etableringen av omsorgsboliger også ivaretar standarden i dem bedre enn kommuner med mindre bygging av slike boliger.

Tabell 4.7 *Vurdering av psykisk sykes bostandard, etter dekningsgrad av kommunale boliger. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means<sup>1</sup>*

Dekningsgrad av kommunale boliger for innbyggere med psykiske lidelser med behov for tilrettelagt bolig	Alvorlig psykisk syke har ikke høyere bostandard nå enn for 5 år siden	N=
0-25 prosent (ref.)	2,6	45
26-50 prosent	2,6	25
51-75 prosent	2,0*	46
76-100 prosent	2,4	67
Totalt	2,4 <sup>2</sup>	183
<i>Standardavvik</i>	<i>0,90</i>	

\* Gjennomsnittet er signifikant forskjellig fra referanse kategorien på 0,05-nivå

<sup>1</sup> Estimated marginal means er benyttet fordi analyseverktøyet på en enkel måte muliggjør sammenlikning av gjennomsnittet for alle kategorier av den uavhengige variabelen. Det er ikke kontrollert for andre variabler i analysen

<sup>2</sup> F=5,0 (Sig. ,00)

Våre analyser tyder på at det er en sammenheng mellom dekningsgrad av kommunale boliger og vurderingen av endringer i bostandard (Tabell 4.7). Spesielt har respondenter fra kommuner med en dekningsgrad av tilrettelagte boliger for psykisk syke på mellom 51 og 75 prosent en mer positiv vurdering av bedringen i bostandarden enn respondenter fra andre kommuner.

### Observasjoner fra intervjuundersøkelsen

Intervjuundersøkelsen underbygger i hovedsak dette bildet av alvorlig psykisk sykes bosituasjon. Hovedbildet vi observerer er en oppfatning i kommunene om at mennesker med psykiske lidelser har omlag den samme kvaliteten på sin bolig som andre. På den ene siden kan de ha en meget god bolig fordi den var opparbeidet før de ble syke eller fordi de tilhører en familie med rimelig høy inntekt. På den annen side kan de ha en dårlig bolig fordi de sliter med å komme inn på boligmarkedet, eller fordi de har et rusproblem som medfører at de har vansker med å bo uten mye oppfølging (28.03.08, 1 og 2 06.05.08, 28.08.08, 02.10.08).

Med unntak av den minste kommunen tilbyr alle tilrettelagte omsorgsboliger. Den minste kommunen hadde prosesser på gang for å kunne tilby det på det tidspunktet intervjuene ble gjennomført. Det understrekes imidlertid i alle kommunene at det er mangel på omsorgsboliger selv om det er bygget en del under opptrappingsperioden og de er reservert for mennesker med de alvorligste lidelsene. Det kan også se ut til at behovet gjør det nødvendig å differensiere mellom typer omsorgsboliger for brukergruppen idet noen kan bo for seg selv, men er i behov av å kunne skjermes fra omverdenen. Dette gjelder i særlig grad for brukere som i tillegg til sin psykiatriske diagnose også har et rusproblem, men det gjelder også for brukere som er i sårbare livssituasjoner og som kan ha problemer med å beskytte seg (05.05.08,28.08.08, 02.10.08).

Intervjuene nyanserer bildet av psykisk sykes boligsituasjon som gis i surveyundersøkelsen. Observasjoner i intervjuene vektlegger generasjon, diagnose og stadium i sykdom. Det oppfattes av ledere og medarbeidere i kommunalt psykisk helsearbeid som at brukere med problemer på boligmarkedet er unge syke, nysyke og dem som har et rusproblem i tillegg til sin psykiatriske diagnose. Unge oppfattes generelt som å ha for dårlig økonomi til å komme inn på boligmarkedet også om kommunen tar i bruk husbankens virkemidler. De blir dermed henvist til å leie bolig på et dyrt leiemarked. Nysyke er i stor grad i samme situasjon hvis parforholdene de er i oppløses under sykdommens første forløp. For disse gruppene har kommunene få virkemidler ut over å tildele kommunal bolig (intervjuer 12.03.08, 1 og 2 28.03.08, 01.10.08, 03.10.08).

Observasjoner fra intervjuene støtter funnet fra surveyen om at bostandarden er bedre i større kommuner enn i små, det er også enklere å få og beholde en bolig i større kommuner enn i små. Små kommuner og kommuner som er lokalisert forholdsvis usentralt er det som kalles "eneboligland". Der er det lite blokkbebyggelse og kommunen er henvist til å leie kommunale boliger hos private utleiere. Det er sokkelleiligheter og lignende. Dette skaper situasjoner av typen NIMBY (not in my back yard). Observasjonen medarbeidere i kommunene gjør er at "alle" vet hvem som kan skape problemer og reserverer seg mot å ta dem inn som leietakere. Dette gjelder særlig for gruppen med rusrelaterte tilleggslidelser (28.08.08, 2 28.03.08, 01.10.08, 02.10.08, 03.10.08).

På tidspunktet intervjuene er gjort var det press i boligmarkedet og det ble oppgitt å være vanskelig å finne egnede kommunale boliger. På grunn av presset i boligmarkedet ble det også tildelt forholdsvis usle boliger til høye priser. Boligene var også dyre og det ble oppgitt at boligen utgjorde en så høy andel av de månedlige utgiftene at de som var henvist til leiemarkedet hadde problemer med å klare seg også med bostøtte. I en kommune oppga de at husleien i omsorgsboligene var redusert med kr. 1000 i måneden for å lette utgiftspreset (intervjuer 12.03.08, 1 28.03.08).

#### 4.4 Arbeid, utdanning og annen aktivitet

Opptappingsplanen er opptatt av at psykisk syke skal sees som hele mennesker, med både materielle, sosiale og åndelige behov. Planen setter som mål at folk med psykiske lidelser og problemer skal kunne "delta i meningsfylt aktivitet, i form av vellykket tilbakeføring til arbeidslivet, eller der dette permanent eller midlertidig ikke er mulig; annet meningsfylt aktivitetstilbud". De skal også "ha muligheter for kulturell og åndelig stimulans og utvikling på den enkeltes egne premisser og i et meningsfylt fellesskap".

##### **Arbeid og utdanning**

I løpet av Opptappingsplanens virkeperiode har det skjedd store endringer i det offentliges organisering av arbeidsmarkedsområdet. NAV Arbeid er nå den sentrale samarbeidspartner for kommun-

ene når det gjelder å få folk med psykiske problemer og sykdommer inn i – eller tilbake til – arbeidslivet. I 2001 ble dessuten den første avtalen om et inkluderende arbeidsliv undertegnet av arbeidslivets organisasjoner, staten og KS. Hovedmålet med avtalen var å ”gi plass til alle som kan og vil arbeide” (NAV’s hjemmesider).

Gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse fikk NAV i perioden 2004-2007 overført midler til å starte prosjektet Vilje Viser Vei. Formålet med prosjektet var å videreutvikle tjenestetilbudet til brukere med psykiske lidelser, samt øke kompetansen blant NAV-ansatte. Erfaringer fra dette prosjektet er videreført i Nasjonal Strategiplan for arbeid og psykisk helse fra 2008 (Helse- og sosialdepartementet 2008:23).

Vi har spurt ansatte i kommunene hvordan de vurderer mulighetene for psykisk syke til å få seg arbeid (Tabell 4.8).

Tabell 4.8 *Det er ikke noe enklere for alvorlig psykisk syke å skaffe seg arbeid nå. Prosent (N=200)*

	Prosent
Helt uenig	6
Delvis uenig	27
Delvis enig	37
Helt enig	31
Totalt	101
Gjennomsnitt	2,9
<i>Standardavvik</i>	<i>0,90</i>

To tredel av respondentene sier seg helt eller delvis enig i at det ikke er enklere for alvorlig psykisk syke å skaffe seg arbeid nå sammenliknet med for fem år siden, men en av tre mener at det er noe enklere nå.

Vi har også bedt respondentene fra kommunene ta stilling til om det er flere alvorlig psykisk syke med videregående utdanning nå enn for fem år siden (Tabell 4.9).

Tabell 4.9 *Det er flere alvorlig psykisk syke med videregående utdanning nå enn tidligere. Prosent (N=194)*

	Prosent
Helt uenig	17
Delvis uenig	36
Delvis enig	43
Helt enig	5
<b>Totalt</b>	<b>101</b>
Gjennomsnitt	2,3
<i>Standardavvik</i>	<i>0,81</i>

Det er delte meninger om hvorvidt utviklingen de siste fem årene har gått i retning av at flere alvorlig psykisk syke har videregående utdanning. Et lite flertall er uenig i påstanden om at flere har slik utdanning. En av seks respondenter er helt uenig i at det har vært en slik utvikling.

Vi har gjennomført analyser av om det er forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse når det gjelder vurderingen av mulighetene for å få seg utdanning og arbeid (Tabell 4.10).

Tabell 4.10 *Vurdering av endringer i mulighetene for arbeid og utdanning, etter kommunestørrelse. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means<sup>1</sup>*

	Ikke noe enklere for psykisk syke å skaffe seg arbeid nå	Flere psykisk syke med videregående utdanning nå
2000 el. færre innbyggere (ref.)	2,9	2,3
2001 – 5000 innbyggere	3,1	2,3
5001 – 10 000 innbyggere	3,0	2,2
10 001 – 30 000 innbyggere	2,9	2,3
Over 30 000 innbyggere	2,6	2,7*
Totalt	2,9 <sup>2</sup>	2,3 <sup>3</sup>
<i>Standardavvik</i>	<i>0,90</i>	<i>0,81</i>
(N=)	193	187

\* Signifikant forskjellig fra referansegruppen på 0.10-nivå

<sup>1</sup> Estimated marginal means er benyttet fordi analyseverktøyet på en enkel måte muliggjør sammenlikning av gjennomsnittet for alle kategorier av den uavhengige variabelen. Det er ikke kontrollert for andre variabler i analysen

<sup>2</sup> F=1,3 (Sig. ,28) <sup>3</sup> F=2,2 (Sig. ,07)

I de største kommunene (over 30000 innbyggere) er det flere som mener at det er enklere for alvorlig psykisk syke å skaffe seg arbeid nå sammenliknet med tidligere, selv om det også her er et flertall som er skeptisk til at det har vært en slik utvikling. Forskjellen i vurdering er særlig stor mellom de største kommunene og kommuner med mellom 2001 og 5000 innbyggere.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Forskjellen mellom de største på den ene side og de nest minste på den annen er signifikant på 0,05-nivå. Fordi referansekategori i tabeller er ”2000 el færre innbyggere”, fremgår ikke denne signifikansen av tabellen.

De største kommunene skiller seg fra de andre kommunene også ved at en større andel av respondentene mener at det er flere psykisk syke som har videregående utdanning nå.<sup>12</sup>

En analyse av betydningen av kommunens innsats innenfor det psykiske helsearbeidet for utviklingen i psykisk sykes mulighet for å få seg arbeid viser en positiv, men ikke signifikant sammenheng mellom kommunens innsats og muligheten for arbeid for psykisk syke. Det samme mønsteret finner vi når det gjelder videregående utdanning (Se Tabell V.13, Tabell V.14 og Tabell V.17 i Vedlegg 3).

Tabell 4.11 *Vurdering av endringer i antall psykisk syke med videregående utdanning, etter dekningsgraden av kommunens tilbud om voksenopplæring. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means<sup>1</sup>*

Dekningsgrad av tilbud om voksenopplæring	Flere alvorlig psykisk syke har videregående utdanning nå	N=
0-25% (ref.)	2,2	45
26-50%	2,1	8
51-75%	2,5	10
76-100%	2,3	63
Totalt	2,3 <sup>2</sup>	126
<i>Standardavvik</i>	<i>0,85</i>	

<sup>1</sup> Estimated marginal means er benyttet fordi analyseverktøyet på en enkel måte muliggjør sammenlikning av gjennomsnittet for alle kategorier av den uavhengige variabelen. Det er ikke kontrollert for andre variabler i analysen

<sup>2</sup> F=0,4 (Sig. ,79)

<sup>12</sup> Forskjellene mellom de største og kommunene med mellom 2001 og 5000 og mellom 5001 og 10000 er signifikant på 0,05-nivå. Fordi referanse-kategorien i tabellen er "2000 el færre innbyggere", fremgår ikke denne signifikansen av tabellen.

Analysene tyder på at det heller ikke er noen klar sammenheng mellom kommunens dekningsgrad av tilbud om voksenopplæring og andelen alvorlig psykisk syke med videregående utdanning (Tabell 4.11).

Kommunene, gjerne i samarbeid med NAV, kan arbeide mer eller mindre konkret og målrettet med å sørge for arbeidsmuligheter for psykisk syke. Vi har analysert om det er en sammenheng mellom hvor stor andel av de syke som får tilbud om arbeid eller annen sysselsetting av kommunen eller NAV, og respondentenes vurdering av psykisk sykes mulighet til å få seg jobb (Tabell 4.12).

Tabell 4.12 *Vurdering av endringer i mulighetene for psykisk syke å få seg arbeid, etter hvor stor andel av innbyggere med psykiske problemer som får tilbud om arbeid/sysselsetting av kommunen eller NAV Arbeid. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means<sup>1</sup>*

Dekningsgrad av tilbud om arbeid/sysselsetting	Det er ikke enklere for alvorlig psykisk syke å skaffe seg arbeid nå	N=
0-25% (ref.)	3,3	33
26-50%	3,2	31
51-75%	2,6 *	41
76-100%	2,7 *	44
Totalt	2,89	149
<i>Standardavvik</i>	<i>0,92</i>	

\* Forskjellen i gjennomsnitt er signifikant forskjellig fra gjennomsnittet i referanse kategorien på 0,01-nivå

<sup>1</sup> Estimated marginal means er benyttet fordi analyseverktøyet på en enkel måte muliggjør sammenlikning av gjennomsnittet for alle kategorier av den uavhengige variabelen. Det er ikke kontrollert for andre variabler i analysen

<sup>2</sup> F=5,4 (Sig. ,00)

Analysene av sammenhengen mellom tilbudet om arbeid/sysselsetting og mulighetene for at alvorlig psykisk syke kan skaffe seg arbeid gir klare resultater. I kommuner der kommunen eller NAV



arbeid gir et slikt tilbud til en stor andel av de syke, vurderes mulighetene for arbeid som bedre for denne gruppen.

Som nevnt vil NAV Arbeid gjerne være kommunens fremste samarbeidspartner for å sikre sysselsetting til innbyggere med psykiske problemer og lidelser. Kontakten mellom kommunen og NAV kan skje enten om enkeltbrukere eller på et overordnet nivå, for eksempel for å legge felles planer for arbeidet med psykisk syke innbyggere. Hvordan samarbeidet mellom kommunen og NAV Arbeid arter seg vil derfor kunne ha stor betydning for hvilke muligheter folk med psykiske lidelser har for å komme seg i arbeid. Vi har spurt respondentene om hvordan samarbeidet med NAV Arbeid er i deres kommune (Tabell 4.13).

Tabell 4.13 *Vurdering av endringer i mulighetene for psykisk syke å få seg arbeid, etter kommunens kontakt med NAV Arbeid. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means<sup>1</sup>*

	Det er ikke enklere for alvorlig psykisk syke å skaffe seg arbeid nå	N=
Det er liten kontakt mellom kommunen og NAV Arbeid om psykisk syke (ref.)	3,2	32
Det er kontakt på overordnet nivå mellom kommunen og NAV Arbeid	3,4	10
Det er av og til kontakt mellom kommunen og NAV Arbeid om enkeltbrukere	3,0	84
Det er ofte kontakt mellom kommunen og NAV Arbeid om enkeltbrukere, evt. av og til kontakt pluss kontakt på overordnet nivå	2,8 *	54
Det er ofte kontakt mellom kommunen og NAV Arbeid om enkeltbrukere, i tillegg til kontakt på overordnet nivå	2,5 *	20
<b>Totalt</b>	<b>2,9<sup>2</sup></b>	<b>200</b>
<i>Standardavvik</i>	<i>0,89</i>	

\* Forskjellen i gjennomsnitt er signifikant forskjellig fra gjennomsnittet i referansekategoriene på minst 0,05-nivå

<sup>1</sup> Estimated marginal means er benyttet fordi analyseverktøyet på en enkel måte muliggjør sammenlikning av gjennomsnittet for alle kategorier av den uavhengige variabelen. Det er ikke kontrollert for andre variabler i analysen

<sup>2</sup> F=3,1 (Sig. ,02)

Kommuner som har mye kontakt med NAV Arbeid om enkeltbrukere med psykiske problemer mener psykisk syke har større mulighet til å skaffe seg arbeid nå sammenliknet med fem år tidligere. Særlig er sammenhengen sterk når kontakt om enkeltbrukere er supplert med kontakt med NAV på overordnet nivå.

### **Observasjoner fra intervjuundersøkelsen**

Intervjuene er gjort med ledere og medarbeidere i kommunale enheter og tjenester for psykisk helsearbeid. Det er derfor i stor grad brukere med alvorlige lidelser som er grunnlaget for observasjonene som gjøres. Hovedobservasjonen er at brukere ikke er i fast arbeid, og det støtter funnene i surveyundersøkelsen om at det ikke er lettere for psykisk syke å få arbeid nå.

Alle kommunene har kontakt med NAV enten på systemnivå eller om enkeltbrukere, de har også ASVO-bedrifter, eller samarbeider med andre kommuner om slike. Det observeres imidlertid at det er få brukere av psykisk helsearbeids tjenester som har slikt arbeid. Surveyens funn om at psykisk syke har lettere for å få arbeid i kommuner som har tilbud om arbeid eller sysselsetting støttes dermed ikke i intervjuundersøkelsen.

De brukerne som intervjuede medarbeidere kjenner til har ofte kun en liten restarbeidsevne som ikke er tilstrekkelig for å inneha en ASVO-jobb. Det er kun i en av de to minste kommunene at en medarbeider påpeker at vedkommende er i kontakt med brukere som er tilknyttet ASVO. Oppfatningen blant medarbeiderne om hvordan ASVO fungerer er noe avhengig av om deres brukere er tilknyttet. Flertallet av de intervjuede mener at ASVO ikke i tilstrekkelig grad følger opp brukere som har eller har hatt jobb der. Medarbeideren som kjenner ASVO gjennom at flere brukere har arbeid der har en oppfatning om at ASVO er romslig overfor brukerne, og at det er mulig å gå i dialog hvis brukere blir dårligere.

Det observeres også av medarbeidere i kommunenes psykiske helsearbeid at brukere ønsker å ha en form for arbeid å gå til, men at dette er et ønske det er vanskelig å imøtekomme. På tidspunktet intervjuene gjennomføres er det ingen som kjenner til at det er brukere som er under utdanning. En medarbeider forteller at en av brukerne vedkommende arbeider med har stilt sin utdanning noe i bero, og det påpekes at noen brukere allerede har utdanning

(intervjuer 10.03.08, 28.03.08, 05.05.08, 28.08.08, 02.10.08, 20.10.08).

### Fritidsaktiviteter

Det er kommunens ansvar å sørge for meningsfylte fritidsaktiviteter for sine innbyggere med psykiske lidelser. Dette kan skje ved at de syke integreres i de aktivitetene som allerede finnes i kommunen, og/eller ved at det etableres tilrettelagte tilbud spesielt for denne gruppen.

Opptrappingsplanen hadde som mål at kapasiteten i dagsenter-virksomheten gradvis skulle trappes opp, slik at 4500 flere brukere skulle få tilbud om dagsenter ved utgangen av planperioden. Samtidig skulle omfanget av kultur- og fritidstilbud for denne gruppen også bygges ut, slik at 15 000 flere personer skulle ha et tilbud ved utgangen av planperioden. Det er grunn til å tro at denne satsingen på (fritids)aktiviteter i kommunene faktisk har ført til at flere psykisk syke deltar i slike aktiviteter.

Tabell 4.14 *Det er flere alvorlig psykisk syke som deltar i (fritids)aktiviteter nå enn for fem år siden. Prosent (N=196)*

	Prosent
Helt uenig	5
Delvis uenig	21
Delvis enig	47
Helt enig	27
Totalt	100
Gjennomsnitt	2,95
<i>Standardavvik</i>	<i>0,82</i>

Det er et stort flertall av respondentene som mener at det har skjedd en positiv utvikling i alvorlig psykisk sykes deltakelse i (fritids)aktiviteter. Tre av fire respondenter fra kommunene mener at det er flere syke som deltar i slike aktiviteter nå sammenliknet med for fem år siden.

Folkerike kommuner vil stort sett ha større muligheter enn småkommuner til å etablere differensierte tilbud til sine innbyggere. Det kan derfor være grunn til å anta at store kommuner klarer å gi mennesker med psykiske problemer anledning til å delta i flere tilrettelagte tilbud til enn mindre kommuner.

Våre analyser tyder på at det ikke er noen sterk sammenheng mellom kommunestørrelse og psykisk sykes deltakelse i aktiviteter (Tabell 4.15). I de største kommunene vurderes imidlertid utviklingen i psykisk sykes deltakelse i ulike typer aktiviteter som mer positiv enn i de andre kommunene.

Tabell 4.15 *Vurdering av endringer i deltakelse i (fritids)aktiviteter, etter kommunestørrelse. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means<sup>1</sup>*

	Det er flere alvorlig psykisk syke som deltar i (fritids)-aktiviteter nå	N=
2000 el. færre innbyggere (ref.)	2,9	36
2001 – 5000 innbyggere	2,9	54
5001 – 10 000 innbyggere	2,8	33
10 001 – 30 000 innbyggere	3,0	44
Over 30 000 innbyggere	3,4*	22
Totalt	3,0 <sup>2</sup>	189
<i>Standardavvik</i>	0,82	

\* Forskjellen i gjennomsnitt er signifikant forskjellig fra gjennomsnittet i referansekategori på minst 0,05-nivå

<sup>1</sup> Estimated marginal means er benyttet fordi analyseverktøyet på en enkel måte muliggjør sammenlikning av gjennomsnittet for alle kategorier av den uavhengige variabelen. Det er ikke kontrollert for andre variabler i analysen

<sup>2</sup> F=2,2 (Sig. ,07)

Det er kommunenes ansvar å bidra til at psykisk syke får meningsfulle aktiviteter, enten i form av integrering i det ordinære tilbudet i kommunen, eller ved etablering av tilpassede tilbud. En analyse av sammenhengen mellom vurderingen av kommunens innsats i det psykiske helsearbeidet generelt og deltakelse i aktiviteter viser at respondenter som vurderer sin kommunes innsats som for dårlig i

mindre grad enn andre mener at det har vært en positiv utvikling i psykisk sykes deltakelse i ulike aktiviteter de siste fem årene (Tabell 4.16). De kommunene som mener de har et godt tilbud til psykisk syke sier i større grad enn kommuner med dårlig tilbud at flere alvorlig psykisk syke deltar i aktiviteter i dag sammenliknet med fem år tidligere (Se også Tabell V.15 i Vedlegg 3). Det er grunn til å peke på at det er samme respondent som har besvart spørsmål om vurdering av kommunens innsats og spørsmålene om endringer i psykisk sykes levekår. Det er derfor en mulighet for at eventuelle sammenhenger mellom innsats og levekår skyldes bakenforliggende forhold, for eksempel knyttet til trekk ved respondenten eller et (mer eller mindre eksplisitt) ønske om ”krisemaksimering” som gir utslag i gjennomgående negative vurderinger hos enkelte respondenter.

Tabell 4.16 *Vurdering av endringer i deltakelse i (fritids)aktiviteter, etter kommunens innsats i det psykiske helsearbeidet. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means<sup>1</sup>*

	Flere alvorlig psykisk syke deltar i (fritids)-aktiviteter nå	N=
Kommunens innsats er svært god (ref.)	3,0	45
Kommunens innsats er tilfredsstillende	3,0	124
Kommunens innsats er for dårlig	2,5*	22
Totalt	3,0 <sup>2</sup>	191
<i>Standardavvik</i>	<i>0,82</i>	

\* Forskjellen i gjennomsnitt er signifikant forskjellig fra gjennomsnittet i referansekategori

<sup>1</sup> Estimated marginal means er benyttet fordi analyseverktøyet på en enkel måte muliggjør sammenlikning av gjennomsnittet for alle kategorier av den uavhengige variabelen. Det er ikke kontrollert for andre variabler i analysen

<sup>2</sup> F=4,7 (Sig. ,01)

Opptrappingsplanen satte som mål å bygge ut tilbudet av dagsentra til psykisk syke i kommunene. Dagsentra kan fungere på ulike måter, men vil uansett kunne gi psykisk syke et viktig innhold i hverdagen. Slike sentra vil også kunne fungere som møtested og sosial arena for psykisk syke.

Tabell 4.17 *Vurdering av psykisk sykes deltakelse i (fritids)aktiviteter, etter om kommunen har dagsentertilbud. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means<sup>1</sup>*

Har kommunen dagsentertilbud til mennesker med psykiske lidelser?	Det er flere alvorlig syke som deltar i fritidsaktiviteter nå enn for 5 år siden	N=
Nei (ref.)	2,4	16
Ja	3,0*	170
Totalt	3,0 <sup>2</sup>	186
<i>Standardavvik</i>	<i>0,82</i>	

\* Forskjellen i gjennomsnitt er signifikant forskjellig fra gjennomsnittet i referanse kategorien på minst 0,05-nivå

<sup>1</sup> Estimated marginal means er benyttet fordi analyseverktøyet på en enkel måte muliggjør sammenlikning av gjennomsnittet for alle kategorier av den uavhengige variabelen. Det er ikke kontrollert for andre variabler i analysen

<sup>2</sup> F=9,1 (Sig. ,00)

Analysene tyder på at respondenter i kommuner som har ett eller flere dagsentra i større grad enn respondenter i andre kommuner mener at psykisk syke er mer aktive på fritiden nå sammenliknet med for fem år siden (Tabell 4.17).

Det at kommunen har et dagsentertilbud ser imidlertid ut til å ha større betydning for utviklingen av psykisk sykes deltakelse i aktiviteter enn hvilken dekningsgrad dagsentertilbudet har (Tabell 4.18).

Tabell 4.18 *Vurdering av psykisk sykes deltakelse i (fritids)aktiviteter, etter dekningsgraden av kommunens dagsentertilbud. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means*

Dekningsgrad av dagsentertilbud for innbyggere med psykiske lidelser	Det er flere alvorlig syke som deltar i fritidsaktiviteter nå enn for 5 år siden	N=
0-25 prosent (ref.)	2,6	13
26-50 prosent	3,0	26
51-75 prosent	3,1*	41
76-100 prosent	3,0	88
Totalt	3,0	168
<i>Standardavvik</i>	<i>0,81</i>	

\* Forskjellen i gjennomsnitt er signifikant forskjellig fra gjennomsnittet i referansekategori på 0,05-nivå

<sup>1</sup> Estimated marginal means er benyttet fordi analyseverktøyet på en enkel måte muliggjør sammenlikning av gjennomsnittet for alle kategorier av den uavhengige variabelen. Det er ikke kontrollert for andre variabler i analysen

<sup>2</sup> F=1,3 (Sig. ,26)

### Observasjoner fra intervjuundersøkelsen

Intervjuene viser at fritidsaktiviteter er godt bygget ut for brukere av psykisk helsetjeneste i casekommunene og det observeres at brukere deltar i fritidsaktiviteter. De underbygger likevel funn i surveyundersøkelsen om at folkerike kommuner har større muligheter til å differensiere sitt tilbud enn mindre folkerike kommuner har. Det gjelder så vel for deltakelse generelt opp mot kulturlivet som for deltakelse spesielt i forhold til dagsentra og andre aktiviteter i kommune som retter seg mot brukere av kommunale tjenester.

Det kan også observeres at kommuner som er store nok til å ha et differensiert kulturtilbud i større grad enn andre satser på både fritidsaktiviteter og formidling av støttekontakter. Et generelt godt kulturtilbud gir større muligheter for psykisk helsetjeneste til å knytte seg opp mot generelle aktiviteter og integrering oppfattes som viktigere i slike kommuner enn i mindre. Denne observasjonen støtter dermed funnene i surveyen om at større kommuner har flere psykisk syke som deltar i fritidsaktiviteter enn mindre

kommuner. Alle kommunene oppfatter likevel at det er vanskelig å rekruttere støttekontakter og det opereres med ventelister.

Intervjuene gir ikke grunnlag for å sammenligne kommunenes innsats, men det observeres at noen kommuner er mer aktive enn andre med hensyn på fritidsaktiviteter. Kommune B har drevet tiltaksutvikling for å integrere marginaliserte grupper i alminnelige kultur- og idrettsaktiviteter. Innenfor psykisk helsetjeneste dreier det seg i hovedsak om å integrere unge i idrett og i fritidsklubb. Integrering i idrett gjennomføres ved at fritidskonsulenter tilbyr grupper av unge trening parallelt med treningsaktiviteter som idrettslag tilbyr andre grupper av ungdom. Integrering i fritidsklubb innebærer at klubben, som har hatt åpningstider for ulike grupper på ulike dager, åpnes slik at alle som ønsker det kan komme dit i åpningstidene. Begge tiltak drives fra kommunens kulturenhet og er en del av kommunens helhetlige satsning på kultur. Slike tiltak har vært avhengig av at kulturavdelingen har fått tilført opptrappingsmidler, noe den så langt har fått (intervjuer 06.04.06, 30.10.07). Også kommunene A og D gjennomfører en del aktiviteter i samarbeid med kulturavdelingen, men det dreier seg i intervjuene om voksne og deltakelse i kreative aktiviteter (intervju 06.04.06, 05.05.08).

Kommune C har utviklet grønn omsorg som tilbys brukere av psykisk helsetjeneste. Den retter seg spesielt mot jenter. Grønn omsorg har plass til to personer fire dager i uken, og det er dermed seks til sju brukere som til sammen benytter det hver uke. Kommunen har også et vedprosjekt for menn som drives i regi av dagsenteret, samt et ”gårdsprosjekt” som drives i regi av enheten for psykisk helse og en omsorgsbolig. Det er blitt et populært prosjekt som ikke bare beboere i omsorgsboligen benytter seg av, men også andre brukere av psykisk helsetjeneste. Kommunen har også en festival som arrangeres dels av enheten for psykisk helsearbeid i samarbeid med brukerne. Hit inviteres gjester.

Alle kommunene har dagsenter eller lignende. Kommunene A og D har flere dagsentra som retter seg mot brukere med forskjellig funksjonsnivå og som har ulike målsettinger. Kommunene A, B og C har alle lavterskel dagsentra som skal høyne funksjonsnivået hos brukerne. Kommune D har ett dagsenter drevet av psykisk helsetjeneste som også skal høyne brukeres funksjonsnivå, men tilbudet er ikke lavterskel. Det vil si at brukere ikke kan oppsøke



dagsenteret som de vil, men må henvises dit og det opereres med ventetid. Kommune F har et dagsenter som er åpent en dag i uken, kommune E har ikke dagsenter, men driver dagsentervirksomhet fra en frivillighetssentral som også tilbyr aktiviteter for andre grupper. Flere av dagsentrene og omsorgsboligene disponerer bil. I de små kommunene er bil viktig for å kunne holde i gang aktiviteter som svømming fordi de må ut av kommunen for å komme tilbasseng. Alle drar på tur med jevne eller ujevne mellomrom

Dagsentra som drives av psykisk helsetjeneste har som målsetting å øke brukeres funksjonsnivå. Andre dagsentra krever at brukere har et rimelig høgt funksjonsnivå blant annet fordi de er selvstyrte. Dagsentra i kommunene er utgangspunktet for aktiviteter av både fysisk og kreativ karakter. De tilbyr ofte svømming, fotball, volleyball samt sykling og bowling. Av kreative kurs tilbys det foto, bridge, skrivekurs, tegning og maling, glassmaling og annet. I tillegg er dagsenteret et sted der brukere treffes og kan spise mat. Noen dagsentra har middagservering (Helgesen 2006, intervjuer 26.03.08, 06.05.08, 28.08.08, 1 03.10.08).

Observasjonene som gjøres i intervjuundersøkelsen ser ut til å støtte opp under funn i surveyundersøkelsen om at kommuner med dagsenter kan tilby mer varierte aktiviteter enn andre. Samtidig observeres det at det er aktivitet direkte rettet mot gruppen også i kommuner uten mye dagsentervirksomhet.

## 4.5 Sosial kontakt

En bærende idé i Opptrappingsplanen var at nedbygging av institusjonene og bosetting i nærmiljøet skulle bidra til sterkere integrering av psykisk syke i lokalmiljøet:

Å kunne leve et godt liv og være godt innlemmet i det samfunn og den kultur man er en del av, er et grunnleggende velferdsgode. Mange mennesker med alvorlige psykiske lidelser mangler dette velferdsgodet i større eller mindre grad. (...) Mange lever sosialt isolert og har lite kontakt utover hjelpeapparatet.

Tanken i Opptrappingsplanen er at en gjennom etablering av ulike tilbud, både behandlingstilbud og tilbud om dagsenter, støtte-

kontakt og fritidsaktiviteter lokalt, vil kunne fremme de psykisk sykes kontakt med mennesker i nærmiljøet. Som en del av Opptrappingsplanen har dessuten Helsedirektoratet gjennomført informasjonskampanjer for å redusere stigmatiseringen av psykisk syke og øke åpenheten rundt psykiske problemer og lidelser. Også redusert stigma rundt psykisk sykdom kan bidra til at psykisk syke får større sosial kontakt.

Vi har bedt ansatte i kommunene ta stilling til to påstander om sosial kontakt: en påstand om kontakten med nær familie, og en påstand om tendensen til større sosialt nettverk (Tabell 4.19).

Tabell 4.19 *Vurdering av alvorlig psykisk sykes sosiale kontakt nå sammenliknet med for fem år siden. Prosent*

	<i>Det er flere alvorlig psykisk syke som har god kontakt med nær familie nå</i>	<i>Det er ingen tendens til at alvorlig psykisk syke har større sosialt nettverk nå</i>
Helt uenig	6	7
Delvis uenig	37	41
Delvis enig	52	35
Helt enig	5	18
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>101</b>
Gjennomsnitt	2,57	2,64
Standardavvik	0,68	0,85
N=	199	199

Et flertall på 57 prosent av respondentene mener at det er flere alvorlig psykisk syke som har god kontakt med familien nå sammenliknet med for fem år siden. Samtidig er det et lite flertall (53 prosent) av respondentene som mener at de ikke har noe større sosialt nettverk nå. Nesten en av fem sier seg helt enig i at det ikke er noen tendens til at alvorlig psykisk syke har fått et større sosialt nettverk.

Tabell 4.20 *Vurdering av alvorlig psykisk sykes sosiale kontakt nå sammenliknet med for fem år siden, etter kommunestørrelse. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means<sup>1</sup>*

	<i>Flere alvorlig psykisk syke har god kontakt med nær familie nå</i>	<i>Det er ingen tendens til at alvorlig psykisk syke har større sosialt nettverk nå</i>
2000 el. færre innb. (ref.)	2,7	2,5
2001 – 5000 innbyggere	2,7	2,8
5001 – 10 000 innbyggere	2,5	2,6
10 001 – 30 000 innbyggere	2,5	2,8
Over 30 000 innbyggere	2,4*	2,2
<b>Totalt</b>	<b>2,6<sup>2</sup></b>	<b>2,6<sup>3</sup></b>
<i>Standardavvik (N=)</i>	<i>0,68 192</i>	<i>0,85 192</i>

\* Forskjellen i gjennomsnitt er signifikant forskjellig fra gjennomsnittet i referanse kategorien

<sup>1</sup> Estimated marginal means er benyttet fordi analyseverktøyet på en enkel måte muliggjør sammenlikning av gjennomsnittet for alle kategorier av den uavhengige variabelen. Det er ikke kontrollert for andre variabler i analysen

<sup>2</sup>F=1,7 (Sig. ,16) <sup>3</sup>F=2,7 (Sig. ,03)

I de minste kommunene er det flest som mener at flere alvorlig psykisk syke har god kontakt med nær familie nå sammenliknet med for fem år siden. I de største kommunene er det flere som mener at alvorlig psykisk syke har større sosialt nettverk nå enn tidligere. Forskjellen mellom de største kommunene og de nest største og nest minste kommunene i vurderingen av de sykes sosiale nettverk er ganske betydelig.<sup>13</sup>

<sup>13</sup> Forskjellen mellom de største på den ene side og de nest største og nest minste på den annen er signifikant på 0,05-nivå. Fordi referanse kategorien i tabeller er "2000 el færre innbyggere", fremgår ikke disse signifikansene av tabellen.

Tabell 4.21 *Vurdering av endringer i kontakt med nær familie og tendens til større sosialt nettverk, etter kommunens innsats i det psykiske helsearbeidet. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means<sup>1</sup>*

	Flere alvorlig psykisk syke har god kontakt med nær familie nå	Psykisk syke har ikke større sosialt nettverk nå
Kommunens innsats er svært god (ref.)	2,8	2,5
Kommunens innsats er tilfredsstillende	2,5*	2,7
Kommunens innsats er for dårlig	2,3*	2,6
Totalt	2,6 <sup>2</sup>	2,6 <sup>3</sup>
<i>Standardavvik</i>	0,68	0,85
<i>N=</i>	194	194

\* Forskjellen i gjennomsnitt er signifikant forskjellig fra gjennomsnittet i referanse kategorien

<sup>1</sup> Estimated marginal means er benyttet fordi analyseverktøyet på en enkel måte muliggjør sammenlikning av gjennomsnittet for alle kategorier av den uavhengige variabelen. Det er ikke kontrollert for andre variabler i analysen

<sup>2</sup>F=6,9 (Sig. ,00) <sup>3</sup>F=1,2 (Sig. ,30)

Analysene av betydningen av kommunens innsats innenfor det psykiske helsearbeidet tyder på at innsatsen har en viss betydning for psykisk sykes kontakt med nær familie, men at den har liten effekt på de sykes sosiale nettverk for øvrig. Her igjen må vi minne om at det i stor grad vil være samme person som har besvart de to spørsmålene, slik at de observerte sammenhengene kan skyldes kjennetegn ved respondenten.

Vi finner imidlertid ingen forskjeller i vurderingen av om de syke har fått større nettverk mellom kommuner som har dagsenter og kommuner som ikke har dagsenter.

Tabell 4.22 *Vurdering av psykiske sykes sosiale nettverk, etter om kommunens dekningsgrad av dagsentertilbud og støttekontakt. Gjennomsnitt (1=Helt uenig, 4=Helt enig). Estimated marginal means<sup>1</sup>*

Dekningsgrad av dagsentertilbud/ støttekontakt for innbyggere med psykiske lidelser	Ingen tendens til større sosialt nettverk nå, etter <b>dekningsgrad dagsenter</b>	Ingen tendens til større sosialt nettverk nå, etter <b>dekningsgrad støttekontakt</b>
0-25 prosent (ref.)	2,6	2,8
26-50 prosent	2,7	3,0
51-75 prosent	2,6	2,6
76-100 prosent	2,6	2,5
Totalt	2,6	2,6
<i>Standardavvik</i>	0,82 <sup>2</sup>	0,85 <sup>3</sup>
<i>N=</i>	170	163

<sup>1</sup> Estimated marginal means er benyttet fordi analyseverktøyet på en enkel måte muliggjør sammenlikning av gjennomsnittet for alle kategorier av den uavhengige variabelen. Det er ikke kontrollert for andre variabler i analysen

<sup>2</sup>F=0,1 (Sig. ,94) <sup>3</sup>F=1,8 (Sig. ,15)

Dekningsgraden av dagsentertilbud og støttekontakt ser ut til å ha svært liten betydning for hvordan respondentene vurderer utviklingen i det sosiale nettverket for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. De kommunene med høyest dekningsgrad av støttekontakter mener i litt større grad enn kommuner med en dekningsgrad på under 50 prosent at de syke har et større nettverk nå.<sup>14</sup>

### Observasjoner fra intervjumaterialet

Hovedobservasjonen fra intervjuene er at brukere har sosial kontakt. Først og fremst har brukere kontakt med andre brukere i den organiserte virksomheten som pågår der de bor eller i dagsentra. I hvilken grad brukere oppfattes som å ha sosial kontakt ser ut til å avhenge av om deres personlige relasjoner i ekteskap og

<sup>14</sup> Forskjellen mellom de med høyest dekningsgrad på den ene side og de med nest lavest på den annen er signifikant på 0,05-nivå. Fordi referansekategorien i tabeller er "0-25%", fremgår ikke denne signifikansene av tabellen.

samboerskap er intakt, eventuelt om de har barn eller foreldre. Observasjonene støtter dermed funn fra surveyundersøkelsen som viser at psykisk syke har mer kontakt med familie, og noe mindre kontakt med et sosialt nettverk generelt. Surveyundersøkelsen knytter disse funnene til kommunestørrelse: sosialt nettverk er størst i store kommuner, mens kontakten med familie er størst i de små kommunene. Dette støttes delvis i intervjuundersøkelsen, og det blir tydeligere hvis vi ser sosialt nettverk i sammenheng med dagsenter og bruk av kulturaktiviteter: Det er langt større muligheter til å ha sosial kontakt i større kommuner enn i små, fordi det er dagsenter og gjerne flere dagsentra i de større kommunene og de arbeider aktivt opp mot kommunenes generelle kulturliv.

Det pekes i intervjuundersøkelsen på at mange brukere ”brenner broer” eller at de sprenger sine nettverk. Det vil si at de trekker seg unna kontakt med familie og venner eller de sliter dem ut slik at nettverk slutter å fungere. ”Mange har få masker i nettverket sitt”, påpekes det, og de trenger hjelp til å bygge nye. Det er tidkrevende: ”Man kan ikke tenke: Jeg vil ha et nytt nettverk. Ja, ta deg en tur på Rema, der har de det”. Det kan tenkes at arbeidet med å bygge nettverk tar utgangspunkt i familien og pårørende, mens nettverk mot venner etc. kommer i andre rekke i det psykiske helsearbeidets bestrebelser for å hjelpe brukere med nettverk.

På den annen side har dagsentra blitt viktige, de utgjør bærebjelken i mange menneskers sosiale nettverk. Enhetene og tjenestene vi har vært i kontakt med strekker seg også langt med hensyn på å sikre åpningstider etc. ved dagsentra, og for å sikre brukere noen opplevelser. Det observeres at opplevelser oppfattes som å være prioritert (intervjuer 10.03.08, 06.05.08, 01.10.08, 03.10.08).

I intervjuene observeres det at den organiserte aktiviteten ved dagsentra og kursvirksomheten tas i bruk for at brukere skal ha mulighet til å utvide sine nettverk. Det er en målsetting at brukere skal bli kjent med hverandre og også kunne tilbringe tid sammen utenfor den organiserte aktiviteten. Med hensyn på litt større opplevelser, som egne reiser for brukere av psykisk helsetjeneste og beboere i omsorgsboliger og bofellesskap, er situasjonen avhengig av brukeres personlige økonomi og dels av nettverk. Medarbeidere vi intervjuet hadde ikke oversikt over hvor mange av brukerne de har kontakt med som har mulighet til å reise bort,

men det oppgis at noen har den muligheten også i de tilfeller de er avhengige av ledsagere (intervju 14.03.08, 02.10.08).

## 4.6 Oppsummering

### **Økonomiske og materielle levekår**

Surveyen viser at et flertall av respondentene i kommunene er uenig i at psykisk syke har fått høyere kjøpekraft de siste fem årene. Dette gjelder særlig i de mellomstore og store kommunene. I intervjuundersøkelsen understrekes det at det er store forskjeller i økonomisk situasjon mellom grupper av psykisk syke, som det også er blant folk som ikke er syke. Vanskeligst er det for enslige og for unge psykisk syke som aldri har fått etablert seg på boligmarkedet. Dette er særlig problematisk i kommuner som befinner seg i pressområder.

Ved etableringen av NAV opplever noen at regelstyringen blir mer fremtredende, og at skjønnsutøvelsen svekkes. Dette kan innebære både lavere satser for sosialhjelp og at det gis mindre støtte til aktiviteter for psykisk syke innbyggere.

Et lite flertall av respondentene i surveyen mener at bostandarden for alvorlig psykisk syke er noe høyere nå enn for fem år siden. Kommuner med mange innbyggere mener i større grad enn andre at bostandarden er bedret i perioden. Dette støttes av informantintervjuene. Store kommuner kan ha et mer differensiert botilbud enn småkommunene, som opplever særlige problemer knyttet til å bosette folk med dobbeltdiagnose rus/psykiatri.

Intervjuene peker dessuten på at boligsituasjonen for psykisk syke varierer i forhold til generasjon, diagnose og stadium i sykdommen. Vanskeligst er situasjonen for unge, nysyke som ikke allerede er etablert i boligmarkedet, og for folk med rusproblemer.

### **Arbeid, utdanning og annen aktivitet**

To tredel av respondentene mener at det ikke er noe enklere for psykisk syke å skaffe seg arbeid nå sammenliknet med i 2003. Analysene tyder på at det kan være en fordel å være en stor kommune når det gjelder muligheten for å få syke ut i arbeid eller i utdanning. En mulig årsak til dette er at de største kommunene

gjørne har et mer differensiert tilbud av arbeidsplasser, og ofte også lavere arbeidsløshet enn de minste kommunene.

Kommuner som selv, eller i samarbeid med NAV Arbeid, har mulighet for å tilby en stor andel av sine psykisk syke arbeid eller annen sysselsetting, mener i større grad enn andre kommuner at det er blitt lettere for de syke å få arbeid. Nært samarbeid mellom kommunen og NAV ser dessuten ut til å være gunstig for å få folk med psykiske lidelser ut i arbeid.

Intervjuene med ansatte i case-kommunene tyder imidlertid på at alvorlig psykisk syke i svært liten grad er i fast arbeid, selv om mange ønsker seg et arbeid å gå til. Heller ikke arbeid som burde vært tilrettelagt for folk med spesielle behov fungerer for alvorlig psykisk syke.

Det ser ut til å være større endringer i psykisk sykes mulighet til å være med på ulike aktiviteter. Tre av fire respondenter mener at det er flere psykisk syke som deltar i ulike fritidsaktiviteter nå sammenliknet med for fem år siden. Det er særlig i de mest folkerike kommunene de vurderer deltakelsen høyere nå. Dette støttes av intervjuene i case-kommunene. De store kommunene i undersøkelsen, som har et mer differensiert kulturtilbud, satser i større grad både på fritidsaktiviteter og støttekontakter. De har også et gjennomgående et betydelig bedre dagsentertilbud enn de små kommunene.

Informanter som vurderer egen kommunes innsats i det psykiske helsearbeidet generelt som for dårlig, melder i fra om mindre økning i psykisk sykes deltakelse i fritidsaktiviteter enn informanter i andre kommuner. Tilbud om dagsenter bidrar også til å øke aktivitetsnivået.

### **Sosial kontakt**

Våre data tyder på at det kan ha skjedd en bedring i psykisk sykes kontakt med nær familie de siste fem år, mens det fortsatt gjenstår en del når det gjelder psykisk sykes sosiale nettverk ellers. Likevel mener nesten halvparten av respondentene at de syke har et noe større nettverk nå enn for fem år siden.

I de største kommunene synes det å ha skjedd minst når det gjelder kontakt med nær familie. Særlig stor bedring når det gjelder



kontakten med familien opplever kommuner som synes egen innsats i det psykiske helsearbeidet er svært god.

I intervjumaterialet understrekes det at psykisk syke har sosial kontakt, først og fremst med andre brukere av de tilrettelagte aktivitetene for psykisk syke. Dette innebærer at store kommuner, med mer utbygde dagsentertilbud, gir større muligheter for sosial kontakt for mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

## 5 Konklusjoner

### 5.1 Innledning

Hensikten med de analysene som er foretatt i denne rapporten er å undersøke *hvorvidt Opptrappingsplanen for psykisk helse synes å ha bidratt til å bedre levekårene til mennesker med psykiske problemer og lidelser*. Vi har nærmet oss denne hovedproblemstillingen ved å belyse følgende spørsmål:

- Hvordan er levekårene for psykisk syke sammenliknet med levekårene for psykisk friske mennesker?
- Hvordan har levekårene for psykisk syke utviklet seg i løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode?
- Hvordan er levekårene for psykisk syke sammenliknet med levekårene for mennesker med somatiske sykdommer og funksjonshemminger?
- Hvordan er levekårene for mennesker med alvorligere psykiske plager sammenliknet med levekårene for mennesker med lettere psykiske problemer?

Til grunn for analysene ligger tre ulike datatilfang:

- Statistisk sentralbyrås Helse- og levekårsundersøkelser 1998, 2002 og 2005
- Survey sendt til samtlige norske kommuner v/ansvarlig for psykisk helsearbeid
- Intervjuer med ansatte i psykisk helsearbeid i seks case-kommuner

## 5.2 Konklusjoner

Formålet med prosjektet var å undersøke hvorvidt Opptrappingsplanen for psykisk helse synes å ha bidratt til å bedre levekårene til mennesker med psykiske problemer og lidelser. Før vi drøfter våre konklusjoner på dette overordnede spørsmålet, vil vi trekke fram våre funn og observasjoner på de fire spørsmålene stilt innledningsvis:

### **Hvordan er levekårene for psykisk syke sammenliknet med for psykisk friske mennesker?**

Psykisk syke mennesker har gjennomgående dårligere levekår enn psykisk friske, slik vi her har målt levekår. Folk med symptomer på psykisk sykdom skårer lavere enn andre på sysselsetting, helse, utdanning og inntekt, og på tendensen til å leve i ekteskap/samboerskap.

I intervjuer med ansatte i det kommunale psykiske helsearbeidet poengteres det at psykisk sykes levekår varierer, avhengig av om de syke lever i intakte parforhold, om de var etablert på boligmarkedet før de ble syke, og om de har tilleggsproblemer i form av rus.

### **Hvordan har levekårene for psykisk syke utviklet seg i løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode?**

Våre analyser tyder på at det ikke er skjedd vesentlige bedringer i levekårene for psykisk syke i løpet av Opptrappingsperioden, slik en kanskje kunne forvente ut fra Opptrappingsplanens satsinger. Noen psykisk syke er selvsagt hjulpet av de tiltakene som er iverksatt, men det generelle bildet er at det fremdeles gjenstår mye arbeid. Samtidig har situasjonen på arbeids- og boligmarkedet ikke bidratt til å bedre situasjonen for psykisk syke, og det er vanskelig å anslå hvordan forholdene ville vært under andre betingelser.

Vi finner indikasjoner på en viss bedring når det gjelder psykisk sykes mulighet for sosial kontakt, med egen familie eller med andre gjennom ulike tilrettelagte tilbud. Kommunenes satsing på dagsentre, støttekontakter og kultur- og fritidstilbud kan ha bidratt til å gi psykisk syke større kontaktflate.

---

### **Hvordan er levekårene for psykisk syke sammenliknet med mennesker med somatiske sykdommer og funksjonshemminger?**

Levekårsmessig er det mange likhetstrekk mellom fysisk og psykisk sykdom. Særlig gjelder dette de sosioøkonomiske indikatorene på levekår. Samtidig kommer de som *både* har psykiske og fysiske plager spesielt dårlig ut på de sosioøkonomiske levekårene.

På ett område kommer psykisk syke klart dårligere ut enn de som har kroniske somatiske sykdommer: Psykisk syke skårer jevnt over klart lavere enn folk med somatiske sykdommer på indikatorene på sosial kontakt. Psykisk sykdom ser ut til å være et betydelig sosialt handikap. I intervjuene med kommunalt ansatte understrekes dette. De ansatte opplever at alvorlig psykisk syke som har sosial kontakt først og fremst har kontakt med andre psykisk syke gjennom tilrettelagte kommunale tilbud, i tillegg til eventuell kontakt med familien.

### **Hvordan er levekårene for mennesker med alvorligere psykiske plager sammenliknet med levekårene for mennesker med lettere psykiske problemer?**

Det synes å være klare forskjeller mellom levekårene til mennesker med tyngre symptomer på psykiske problemer og mennesker med lettere plager. De dårligste kommer jevnt over dårligst ut også når det gjelder levekår. De dårligste har størst problemer på arbeids- og boligmarkedet, og har også størst problemer med å skaffe seg eller opprettholde sosial omgang med andre mennesker. Samtidig er det noen av de dårligste som får hjelp fra kommunen gjennom Opptrappingsplanen for psykisk syke. Ansatte i kommunene peker på at det er særlig store utfordringer knyttet til å hjelpe psykisk syke med rusproblemer.

Til slutt vil vi reflektere over hovedspørsmålet for analysene i rapporten:

### **Har Opptrappingsplanen bidratt til å bedre levekårene til mennesker med psykiske problemer og lidelser?**

Alt i alt viser analysene i denne rapporten at mennesker med psykiske plager og lidelser gjennomgående har dårligere levekår enn psykisk friske mennesker. Vi finner stort sett relativt små

endringer i levekår for psykisk syke fra 1998 til 2005. Opptrappingsplanen for psykisk syke ser ikke ut til å ha ført til en vesentlig bedring i levekårene. Denne generelle konklusjonen fordrer imidlertid noen ytterligere kommentarer.

For det første er det viktig å ha in mente at flere av de levekårsforholdene vi ser på i våre analyser endres langsomt, og de påvirkes av grunnleggende holdninger og markedsforhold i samfunnet som er utenfor Opptrappingsplanens kontroll.

For det andre er det grunn til å påpeke at Opptrappingsplanens virkemidler for å bedre psykisk sykes levekår i stor grad implementeres gjennom kommunene. Kommunene har, med noen viktige unntak, rettet inn sine virkemidler for å hjelpe de mest alvorlig psykisk syke. Da de alvorligst syke med stor sannsynlighet i mindre grad deltar i undersøkelser som Helse- og levekårsundersøkelsen, er det lite trolig at eventuelle endringer i deres levekår som følge av satsingene i Opptrappingsplanen vil kunne gi tilstrekkelig utslag i datamaterialet. Dette er en av grunnene til at vi i tillegg til Helse- og levekårsundersøkelsene har valgt å spørre ansatte i kommunene om deres oppfatninger om endringer i levekår for de mest alvorlig psykisk syke.

Opptrappingsplanen har som mål å hjelpe mennesker med psykiske plager tilbake til, eller inn i, arbeidsmarkedet. Samtidig er svake gruppers stilling i arbeidsmarkedet svært sårbar i forhold til situasjonen på arbeidsmarkedet. I løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode har arbeidsløsheten svingt en del i Norge. I denne perioden var det flest arbeidsløse omkring 2005. Når vi ikke finner at folk med psykiske problemer rammes sterkere enn andre av økt arbeidsløshet i 2005, kan dette være et tegn på at tiltakene for å sikre sysselsetting til denne gruppen virker. Det er imidlertid vanskelig å si om det er tiltakene gjennom Opptrappingsplanen, eller for eksempel satsingen Inkluderende Arbeidsliv som bidrar til å holde sysselsettingen blant folk med psykiske plager – relativt sett – oppe.

Boliger for psykisk syke er en viktig del av tiltakene innenfor Opptrappingsplanen. Folk med psykiske plager og lidelser skal i større grad få bo i en "vanlig" bolig, evt. med hjelp i hjemmet for de som trenger slik oppfølging. En del psykisk syke er blitt hjulpet ved at kommunene har fått midler til å bygge – eller tilpasse – slike omsorgsboliger. Likevel rapporterer kommunene om problemer

med å bosette psykisk syke. Spesielt oppleves det vanskelig å bosette folk med både psykisk sykdom og rusproblemer. Særlig ser dette ut til å være problematisk i små, landlege kommuner, der det er en svært homogen boligmasse i form av eneboliger. Kommunene satser gjerne på innleie av sokkelleiligheter el.l. til innbyggere som trenger kommunal hjelp til å skaffe bolig, men det er ofte vanskelig å få leid husvære til folk med dobbeltdiagnoser.

Kommuner i pressområder opplever også problemer med å bosette psykisk syke. I disse kommunene eksisterer det for så vidt en differensiert boligmasse, og med et stort befolkningsgrunnlag kan kommunen lage løsninger for innbyggere med helt spesielle behov. Problemet i disse områdene er snarere at presset på boligmarkedet er så stort at unge med psykiske plager har altfor dårlig økonomi til å komme inn på boligmarkedet. Folk som nettopp er blitt psykisk syke er i stor grad i samme situasjon som de unge, hvis parforholdene de er i oppløses under sykdommens første forløp. For disse gruppene har kommunene få virkemidler ut over å tildele kommunal bolig. Etterspørselen etter de kommunale boligene blir derfor større enn kommunene klarer å håndtere.

En viktig del av kommunenes innsats innenfor Opptrappingsplanen dreier seg om virkemidler for å sørge for at psykisk syke får større sosial kontakt og en mer meningsfull hverdag. De kommunale virkemidlene er støttekontakt, dagsentre og tilrettelegging av kultur- og fritidstiltak. Dessuten er hele tanken bak Opptrappingsplanen, med bosetting av psykisk syke i hjemkommunen, blant annet et tiltak for å øke kontakten med familie, venner og nærmiljø.

I Helse- og levekårsanalysene finner vi – relativt sett – små endringer i psykisk sykes sosiale kontakt. Dette er kanskje ikke veldig oppsiktsvekkende, da den viktigste målgruppen for tiltakene trolig ikke vil delta i en så omfattende survey som Helse- og levekårsundersøkelsen. De kommunalt ansatte mener imidlertid at det har skjedd en del på dette området i løpet av de siste årene. Dette er dessuten et område der kommunen selv har ganske stor frihet til å utforme tilbudet overfor sine innbyggere. Mens de psykisk syke i de små kommunene oppleves å ha fått nærmere kontakt med egen familie, mener ansatte i de større kommunene at tilrettelegging for de psykisk syke i form av dagsentra og kultur- og fritidstiltak bidrar til økt sosial kontakt. I intervjuene presiseres det imidlertid at en

stor del av denne kontakten skjer med andre psykisk syke. Dette betyr at det er kommuner som har arenaer hvor psykisk syke kan møte andre i samme situasjon som særlig opplever at de sykes kontaktflate blir større. En egentlig integrering i lokalsamfunnet – slik Opptrappingsplanen setter som mål – synes betydelig vanskeligere å oppnå.

---

## Litteratur

- Allardt, E. (1975): *Att ha, att vara, att älska. Om välfärd i Norden*. Argos Förlag AB, Lund
- Dahle, K. Aa., O. Holmboe og J. Helgeland (2006): *Brukererfaringer med døgnenheter i psykisk helsevern. Resultater og vurderinger etter en nasjonal undersøkelse i 2005*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Rapport 9/2006
- Derogatis, L.R., R.S. Lipman, K. Rickels, E.H. Uhlenhuth, L. Covi (1974): "The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory." *Behavioural Science* 19 (1):1-15
- Elstad, J.I. (2008): *Utdanning og helseulikheter. Problemstillinger og forskningsfunn*. "Den gule serien". IS-1573. Helsedirektoratet, Oslo
- Fangen, K., A. Grønningsæter, T. Lorentzen og S. Øverås (2002): *Levekår og livskvalitet blant hivpositive*. Fafo-rapport 402
- Friestad, C. og L. Skog Hansen (2004): *Levekår blant innsatte*. Fafo-rapport 429
- Helsedirektoratet (2008): "Veiledes inn i arbeidslivet", *Psykisk* 03/08, pp. 22-23. Helsedirektoratet, Oslo
- Hougen, H. C. (2006): *Samlet levekårsundersøkelse 2005 – tverrsnittundersøkelsen. Dokumentasjonsrapport*. Notat 2006/39, Statistisk sentralbyrå, Oslo



- Hovik, S. og I.M. Stigen (2008): *Kommunal organisering 2002*. NIBR-rapport 2008:20. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo
- Johansen, R., M. Rognerud og J.M. Sundet (2008): *Levekårsundersøkelsene 1998, 2002 og 2005. Utvikling i psykisk helse*. Rapport 2008:4. Nasjonalt Folkehelseinstitutt, Oslo
- Mørk, E. (2006): Aleneboendes levekår. SSB, Statistiske analyser (SA 81)
- Myrvold, T.M. (2008): *Psykisk helse og psykisk sykdom. Innbyggernes kunnskaper og holdninger*. NIBR-rapport: 2008:16
- Myrvold, T.M. og M.K. Helgesen (2008) (kommer som NIBR-rapport 31/2008)
- NOU 1976:28: *Levekårsundersøkelsen. Sluttrapport*. Universitetsforlaget, Oslo, Bergen, Tromsø
- NOU 1993:17: *Levekår i Norge. Er graset grønt for alle?* Statens forvaltningstjeneste, Oslo
- Opedal, S., I.M. Stigen og T. Laudal (2002): *Flat struktur og resultatenheter. Utfordringer og strategier for kommunal ledelse*. NIBR-rapport 2002:21. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo
- Rognerud, M., B. H. Strand, O. S. Dalgard (2002): "Psykisk helse i Helse- og levekårsundersøkelsen i 1998. I Sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse og livsstil" i *Norsk Epidemiologi* 2002; 12 (3):239-248
- Sandanger, I., T. Moum, G. Ingebrigtsen, O.S. Dalgard, T. Sørensen, D. Brusgaard (1998). "Concordance between symptom screening and diagnostic procedure: The Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview", i *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 1998;33:345-354

- Sosial- og helsedepartementet (1999): *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. Utbygging av kommunale tiltak øremerket tilskudd til kommunene 1999. Rundskriv I-4/99
- Sosial- og helsedirektoratet (2005): *Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. IS-1229. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo
- St.prp. nr.63 (1997-98). *Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*. Endringer i statsbudsjettet for 1998. Sosial- og helsedepartementet
- St. meld. nr. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*
- St.meld. nr. 50 (1998-1999): *Utjammingsmeldinga. Om fordeling av inntekt og levekår i Noreg*. Sosial- og helsedepartementet, Oslo
- St.meld. nr. 35 (1994-95): *Velferdsmeldinga*
- St.meld. nr. 14 (1994-95): *Om levekår og boforhold i storbyene*. Kommunal- og arbeidsdepartementet, Oslo
- Strand, BH, OS Dalgard, K Tambs, M Rognerud: "Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36)". *Nordic Journal of Psychiatry*, vol 57: 113-118.
- Sund; E.R. og S. Krokstad (2005): *Sosiale ulikheter i helse i Norge. En kunnskapsoversikt*. IS-1304. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo
- Ugreinov, E. (2005): *Levekår blant alenemødre*. SSB, Rapporter 2005/7

# Vedlegg 1

## Frafallsanalyse

Tabell V.1 *Svarprosent blant kommunene, etter fylke*

	Har svart	Har ikke svart	Totalt (N=)
Østfold	56	44	100 (18)
Akershus	55	46	101 (22)
Hedmark	50	50	100 (22)
Oppland	92	8	100 (26)
Buskerud	33	67	100 (21)
Vestfold	64	36	100 (14)
Telemark	56	44	100 (18)
Aust-Agder	100	0	100 (15)
Vest-Agder	53	47	100 (15)
Rogaland	46	54	100 (26)
Hordaland	71	29	100 (34)
Sogn- og Fjordane	39	62	101 (26)
Møre- og Romsdal	35	65	100 (37)
Sør-Trøndelag	60	40	100 (25)
Nord-Trøndelag	58	42	100 (26)
Nordland	55	46	101 (44)
Troms	37	63	100 (27)
Finnmark	60	40	100 (20)
	55	45	100 (429)
(N=)	(241)	(188)	(429)

Det er til dels store forskjeller i svarprosent mellom kommuner i ulike fylker. Samtlige kommuner i Aust-Agder og over 90 prosent av kommunene i Oppland har svart på undersøkelsen, men bare 35 prosent i Møre og Romsdal og hhv 37 og 39 prosent i Troms og Sogn- og Fjordane.

Tabell V.2 *Svarprosent etter kommunenes innbyggertall*

	Har svart	Har ikke svart	Totalt (N=)
2000 eller færre innbyggere	53	47	100 (96)
2001-5000 innbyggere	54	46	100 (139)
5001-10000 innbyggere	55	45	100 (91)
10001-30000 innbyggere	62	38	100 (79)
Over 30000 innbyggere	67	33	100 (24)
Totalt	56	44	100 (429)
(N=)	(241)	(188)	(429)

De større kommunene (over 10000 innbyggere er noe overrepresentert i materialet (se neste tabell for snitt).

Tabell V.3 *Gjennomsnittlig folketall, kommunale utgifter, antall ansatte med videreutdanning og antall helsestasjoner for ungdom i kommuner som deltar i undersøkelsen og kommuner som ikke deltar i undersøkelsen*

	Folketall pr. 01.01.08	Brutto kommunale utgifter pr. innbygger	Antall ansatte med videreutd. psykisk helse pr. 1000 innb	Antall helsest. for ungdom pr. 1000 innb
Har svart	11182	47222	0,32	0,20
Har ikke svart	7882	47415	0,37	0,24
Totalt	9736	47307	0,34	0,22
(N)	(429)	(421)	(425)	(425)

Det er ganske store forskjeller i gjennomsnittlig folketall mellom kommuner som har svart og kommuner som ikke har svart. I snitt har kommunene som ikke er med i undersøkelsen knapt 8000 innbyggere, mens tilsvarende for kommuner som deltar i undersøkelsen er over 11000.

Det er små forskjeller mellom kommunene mht brutto kommunale utgifter pr. innbygger.

Det er et litt høyere antall ansatte sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid (eller psykiatriske sykepleiere) i kommunene som ikke har svart sammenliknet med i kommuner som har svart. Det er også litt flere helsestasjoner for ungdom i kommunene som ikke har svart. De to siste resultatene skyldes sannsynligvis at folketallet i kommunene som ikke deltar i undersøkelsen stort sett er lavere enn i kommunene som har svart. I mindre kommuner som for eksempel har et tilbud om helsestasjon for ungdom, blir gjerne dekningsgraden av tilbudet relativt høy.

Tabell V.4 *Levekårsindeks, samlet og enkeltindikatorer, i kommuner som deltar i undersøkelsen og i kommuner som ikke deltar. Indeksen går fra 1 (kommunens skåre er blant de 10 prosent beste) og 10 (kommunen skåre er blant de 10 prosent dårligste).*

	Levekårsindeks				
	Samlet	Sosialhjelp	Uføretrygd	Arbeidsledige	Utdanningsnivå
Har svart	5,5	5,5	6,0	5,1	5,4
Har ikke svart	5,4	5,4	5,6	5,2	5,8
Totalt	5,5	5,4	5,8	5,1	5,6
(N)	(425)	(425)	(425)	(427)	(425)

I snitt er samlet levekårsindeks omtrent den samme i kommunene som har svart og i kommunene som ikke har svart. Også indeksen for sosialhjelp og arbeidsledighet er nesten lik for de to gruppene av kommuner. Det er større forskjeller når det gjelder uføretrygd og utdanningsnivå. Kommunene som deltar i undersøkelsen har flere på uføretrygd, men et høyere utdanningsnivå enn kommunene som ikke deltar i undersøkelsen.

## Vedlegg 2

# The Hopkins Symptom Checklist (HSCL)

Av Frode Berglund

The Hopkins Symptom Checklist (HSCL) er et av flere mål som tar mål av seg til å fange opp psykisk lidelse i befolkningen. Symptomene som inngår og dimensjonene disse er uttrykk for er utviklet i samråd med klinikere som har bred erfaring med psykisk syke pasienter, og er testet ut på innkomne svar fra utvalg av pasienter og befolkning (Derogatis mfl. 1974).

I SSBs undersøkelse er symptomene målt som vist i tabellen under.

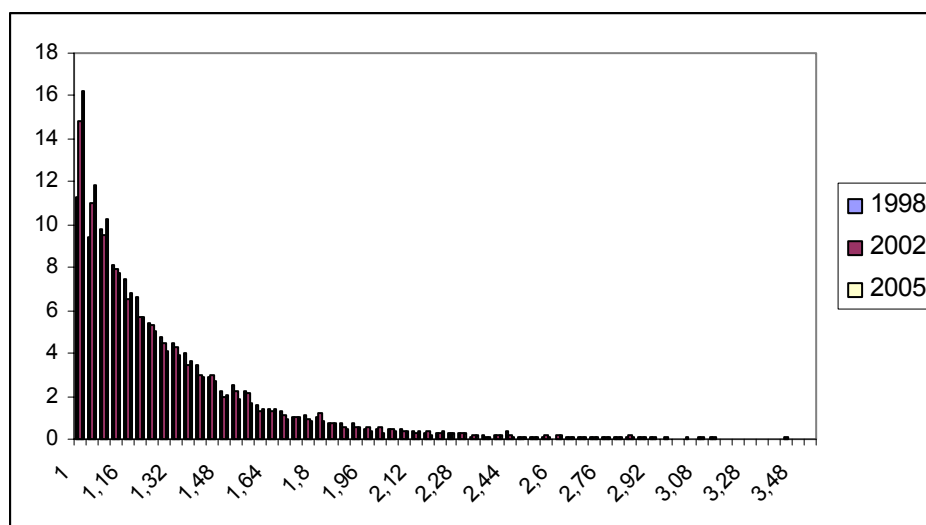
Tabell V.5 *Nedenfor finner du en oppstilling av plager og problemer som man av og til har. Angi hvor mye hvert enkelt problem har plaget deg eller vært til besvær i løpet av de siste 14 dagene.*

	<b>Ikke i det hele tatt</b>	<b>Litt</b>	<b>En god del</b>	<b>Svært mye</b>
1. Hodepine?	1	2	3	4
2. Skjelving?	1	2	3	4
3. Matthet eller svimmelhet?	1	2	3	4
4. Nervøsitet, indre uro?	1	2	3	4
5. Plutselig frykt uten grunn?	1	2	3	4
6. Stadig redd eller engstelig?	1	2	3	4
7. Hjertebank, hjerteslag som løper av gårde?	1	2	3	4
8. Følelse av å være anspent, oppjaget?	1	2	3	4
9. Anfall av angst eller panikk?	1	2	3	4
10. Så rastløs at det er vanskelig å sitte stille?	1	2	3	4
11. Mangel på energi, alt går langsommere enn vanlig?	1	2	3	4
12. Lett for å klandre deg selv?	1	2	3	4
13. Lett for å gråte?	1	2	3	4
14. Tanker om å ta ditt liv?	1	2	3	4
15. Dårlig matlyst?	1	2	3	4
16. Søvnproblemer?	1	2	3	4
17. Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden?	1	2	3	4
18. Nedtrykt, tungsindig?	1	2	3	4
19. Følelse av ensomhet?	1	2	3	4
20. Tap av seksuell lyst og interesse?	1	2	3	4
21. Følelse av å være lur i en felle eller fanget?	1	2	3	4
22. Mye bekymret eller urolig?	1	2	3	4
23. Uten interesse for noe?	1	2	3	4
24. Følelse av at alt er et slit?	1	2	3	4
25. Følelse av å være unyttig?	1	2	3	4

Under gjengis fordelingen for gjennomsnittlig plager av 25 symptomer for årene 1998, 2002 og 2005.



Tabell V.6 *Fordeling av HSCL-25 over tid. Søylen angir prosentandel med gitt snittverdi for det respektive år.*



I litteraturen foreligger HSCL i mange varianter. Jo bredere spekter av lidelser, dess lengre blir lista av symptomer det spørres etter. Derogatis mfl (1974) gir en kort innføring i den historiske utviklingen bak HSCL. Basismodellen, som inneholder 58 symptomer, ble utviklet på midten av sekstitallet.

De 58 symptomene kan tilbakeføres til fem underliggende dimensjoner – somatisk, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, angst og depresjon. Dimensjonene er identifisert via to distinkte metoder. Man ba for det første erfarne klinikere om å fortelle hvilke symptomer som hørte til hvilke sykdomsbilder ut fra deres erfaring fra kliniske eksperimenter. For det andre ble det foretatt empiriske analyser av spørreskjemaer. De underliggende dimensjonene i analysene stemte godt overens med de dimensjonene klinikerne hadde forelagt på bakgrunn av sine eksperimenter.

Spørreskjemaet ble i første omgang testet på pasienter – både innlagte og polikliniske. Tidlig på syttitallet ble skjemaet testet ut på et tilfeldig befolkningsutvalg (Oakland, California). Dette utvalget inneholdt en stor ansamling ”normale”. HSCL-skalaen viste seg å ha de samme egenskaper i dette utvalget som i pasient-

utvalgene. Dermed hadde man utviklet et instrument som kan måle omfanget av psykisk lidelse i normalbefolkningen.

Derogatis mfl nevner dessuten at det er utviklet en kortere versjon; HSCL-35. I tillegg kommenterer de en utvidet versjon som var under utvikling på tidlig syttitaltall – SCL-90. Denne inkorporerer ytterligere fire dimensjoner – hostilty, phobic anxiety, paranoid ideation og psychotism. Dette innebærer en signifikant utvidelse av skalaens kliniske rekkevidde.

Det bør også nevnes at vurderingen av sjekklista som Derogatis og kollegaene hans foretar, har som utgangspunkt at symptomene måler flere underliggende dimensjoner. Som mål på psykisk helse tar vurderingene utgangspunkt i nevnte underdimensjoner, og man vurderer i liten grad om alle symptomer måler et felles fenomen; som for eksempel psykisk helse.

## Vedlegg 3

### Tabeller

Tabell V.7 ”De alvorlig psykisk syke har stort sett bedre kjøpekraft nå enn for 5 år siden”, i forhold til vurderingen av kommunens innsats. Prosent

<i>Bedret kjøpekraft</i>	<i>Hvordan vurderer du din kommunes innsats innenfor det psykiske helsearbeidet</i>			
	<i>Svært godt</i>	<i>Tilfredsstillende</i>	<i>For dårlig</i>	<i>Totalt</i>
Helt uenig	29	25	25	26
Delvis uenig	33	38	25	35
Delvis enig	27	34	50	34
Helt enig	11	2	0	4
Totalt	100	99	100	99
(N=)	(45)	(126)	(24)	(195)

Kji-kvadrat: 11,0 (Sig. 0.09)

Tabell V.8 ”De alvorlig psykisk syke har ikke høyere bostandard nå enn for 5 år siden”, i forhold til vurderingen av kommunens innsats. Prosent

	Hvordan vurderer du din kommunes innsats innenfor det psykiske helsearbeidet			
	Svært godt	Tilfredsstillende	For dårlig	Totalt
Helt uenig	29	14	13	17
Delvis uenig	29	41	38	38
Delvis enig	33	35	29	34
Helt enig	9	10	21	11
Totalt (N=)	100 (45)	100 (126)	101 (24)	100 (195)

Kji-kvadrat: 8,6 (Sig. 0.20)

Tabell V.9 ”Det er flere alvorlig psykisk syke som har god kontakt med nær familie nå enn for 5 år siden”, i forhold til vurderingen av kommunens innsats. Prosent

	Hvordan vurderer du din kommunes innsats innenfor det psykiske helsearbeidet			
	Svært godt	Tilfredsstillende	For dårlig	Totalt
Helt uenig	7	5	8	6
Delvis uenig	20	38	58	37
Delvis enig	56	55	33	53
Helt enig	18	2	0	5
Totalt (N=)	100 (45)	100 (125)	99 (24)	101 (194)

Kji-kvadrat: 27,3 (Sig. 0.00)

Tabell V.10 "Det er ikke noe enklere for alvorlig psykisk syke å skaffe seg arbeid nå enn for 5 år siden", i forhold til vurderingen av kommunens innsats. Prosent

	Hvordan vurderer du din kommunes innsats innenfor det psykiske helsearbeidet			
	Svært godt	Tilfredsstillende	For dårlig	Totalt
Helt uenig	4	6	4	6
Delvis uenig	27	30	17	28
Delvis enig	49	30	38	35
Helt enig	20	33	42	31
Totalt (N=)	100 (45)	99 (126)	101 (24)	100 (195)

Kji-kvadrat: 7,8 (Sig. 0.25)

Tabell V.11 "Det er flere alvorlig psykisk syke med videregående utdanning nå enn for 5 år siden", i forhold til vurderingen av kommunens innsats. Prosent

	Hvordan vurderer du din kommunes innsats innenfor det psykiske helsearbeidet			
	Svært godt	Tilfredsstillende	For dårlig	Totalt
Helt uenig	20	13	35	18
Delvis uenig	24	42	22	35
Delvis enig	53	39	39	42
Helt enig	2	6	4	5
Totalt (N=)	99 (45)	100 (121)	100 (23)	100 (189)

Kji-kvadrat: 12,2 (Sig. 0.06)

Tabell V.12 "Det er flere alvorlig psykisk syke som deltar i (fritids)-aktiviteter nå enn for 5 år siden", i forhold til vurderingen av kommunens innsats. Prosent

	Hvordan vurderer du din kommunes innsats innenfor det psykiske helsearbeidet			
	Svært godt	Tilfredsstillende	For dårlig	Totalt
Helt uenig	2	2	23	5
Delvis uenig	20	21	32	22
Delvis enig	51	50	23	47
Helt enig	27	27	23	26
Totalt (N=)	100 (45)	100 (124)	101 (22)	100 (191)

Kji-kvadrat: 21,5 (Sig. 0.00)

Tabell V.13 "Det er ingen tendens til at alvorlig psykisk syke har større sosialt nettverk nå enn for 5 år siden", i forhold til vurderingen av kommunens innsats. Prosent

	Hvordan vurderer du din kommunes innsats innenfor det psykiske helsearbeidet			
	Svært godt	Tilfredsstillende	For dårlig	Totalt
Helt uenig	9	6	8	7
Delvis uenig	47	38	46	41
Delvis enig	33	38	21	35
Helt enig	11	18	25	18
Totalt (N=)	100 (45)	100 (125)	100 (24)	101 (194)

Kji-kvadrat: 5,2 (Sig. 0.52)

Tabell V.14 *Vurderingen av utviklingen i psykisk sykes levekår siste 5 år, i forhold til vurderingen av kommunens innsats*

	<i>Hvordan vurderer du din kommunes innsats innenfor det psykiske helsearbeidet</i>		
	<i>Svært godt</i>	<i>Tilfredsstillende</i>	<i>For dårlig</i>
Bedre kjøpekraft nå	2,2	2,1	2,3
Ikke høyere bostandard nå	2,2	2,4	2,6
Ikke enklere å skaffe arbeid nå	2,8	2,9	3,2
Det er flere m videregående utdanning	2,4	2,4	2,1
Ikke større sosialt nettverk nå	2,5	2,7	2,6
Flere deltar i (fritids)aktiviteter nå	3,0	3,0	2,5*
Flere har god kontakt med familien nå	2,8	2,5*	2,3*

\* Signifikant forskjellig fra kategorien "Svært godt" på 0,01-nivå

## Vedlegg 4

### Survey til kommunene (del IV)






---

 OPPTRAPPINGSPLAN FOR PSYKISK HELSE
 

---

Evaluering av psykisk helsearbeid i kommunene

**Del IV – Vurdering av tjenester og samarbeidsrelasjoner**

---

Kommune: _____		Kommunenr:				
Bydel/distrikt: _____		Bydel/distriktnr:				
<b>Bakgrunnsopplysninger</b>						
<input type="checkbox"/> Kvinne	<input type="checkbox"/> Mann	Alder:		Stilling:		
Antall år i stillingen i den kommunen du er ansatt i nå:						
Antall år i tilsvarende stilling i andre kommuner (hvis aktuelt):						
Antall år som ansatt i kommunesektoren totalt:						

**Vi ønsker at du gir uttrykk for *dine egne* vurderinger av tjenestene og samarbeidsrelasjonene innenfor det psykiske helsearbeidet i den kommunen du jobber i.**

1. Hvordan vil du karakterisere det tverrfaglige samarbeidet knyttet til det psykiske helsearbeidet i din kommune? Vi ber deg svare ut fra dine egne erfaringer med de ulike tjenestenes vilje til samarbeid. *Sett ett kryss på hver linje.*

	Lite/ikke noe samarbeid	Sam- arbeidet er mindre bra	Samarbeidet er ganske godt	Sam- arbeidet er svært godt
Enhet for psykisk helsearbeid* .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleie og omsorg .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosialtjenesten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barneverntjenesten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PPT .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnehager/grunnskole .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsestasjon/skolehelsetjenesten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legetjenesten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapi/ergoterapi/rehabiliteringstjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kultur .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre, spesifiser: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

For kommuner som har en slik enhet.

- 2a. Har du erfaring fra arbeid med individuelle planer for mennesker med problemer relatert til psykisk helse? *Sett gjerne flere kryss*
- Ja, erfaring fra arbeid med å utvikle verktøyet
- Ja, erfaring fra utarbeidelse av individuelle planer for enkeltbrukere
- Nei, har ikke erfaring knyttet til individuelle planer → Gå til spørsmål 3

- 2b. Nedenfor presenteres noen påstander om individuelle planer som verktøy. Vi ber deg krysse av om du er uenig eller enig i påstandene. Sett ett kryss på hver linje.

	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig
Individuelle planer er et ressurskrevende verktøy	<input type="checkbox"/> ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Den sentralt gitte malen for individuelle planer er vanskelig å tilpasse de lokale behov i kommunen	<input type="checkbox"/> ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Gitt kommunens ressursituasjon, er det vanskelig å prioritere iverksettingen av individuelle planer	<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Det er vanskelig å få involvert samtlige aktuelle tjenester i utarbeidelsen av individuelle planer	<input type="checkbox"/> ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Individuelle planer bidrar sterkt til å samordne tjenester for den enkelte bruker.....	<input type="checkbox"/> ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Det er vanskelig å følge opp individuelle planer	<input type="checkbox"/> ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Den enkelte bruker vil ofte reservere seg mot å få en individuell plan.....	<input type="checkbox"/> ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Den enkelte bruker deltar som oftest sterkt i utformingen av egen individuell plan.....	<input type="checkbox"/> ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Individuelle planer bidrar i liten grad til å avklare ansvarsforhold mellom tjenester.....	<input type="checkbox"/> ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Individuelle planer innebærer at tjenestene blir tilpasset den enkeltes behov.....	<input type="checkbox"/> ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Det er bedre å bruke ressursene til å yte tjenester enn på å utarbeide individuelle planer.....	<input type="checkbox"/> ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>

3. Hvordan vil du karakterisere samarbeidet med brukerorganisasjonene?  
Sett ett kryss.

- Lite/ikke noe samarbeid
- Samarbeidet er ofte vanskelig
- Samarbeidet er stort sett bra
- Samarbeidet er svært godt

4. Nedenfor presenteres noen påstander om fagmiljøet for ansatte innenfor det psykiske helsearbeidet. Vi ber deg krysse av om du er uenig eller enig i påstandene ut fra de erfaringene du har gjort i den kommunen du nå arbeider. *Sett ett kryss på hver linje.*

	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig
Fagmiljøet blir for lite til at det kan fungere godt	<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samarbeidet med andre fag og tjenester er nært, og dette bidrar til å gi nye impulser i arbeidet	<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mulighetene for å oppdatere kunnskapen gjennom kurs, veiledning o.l. er gode . . . . .	<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folk med kompetanse innenfor psykiatri spres for tynt utover i kommuneorganisasjonen.....	<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personell- og ressursmangel bidrar til å svekke fagmiljøet .....	<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opptappingsplanen for psykisk helse styrker fagmiljøet i kommunen.....	<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samarbeid og kontakt med fagfolk i andre kommuner styrker fagmiljøet .....	<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ustabilitet i personalet bidrar til å svekke fagmiljøet	<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Hvor viktig mener du følgende faktorer er som *hindringer* for det psykiske helsearbeidet i din kommune? *Sett ett kryss på hver linje.*

	Ikke viktig/ ikke relevant	Litt viktig	Ganske viktig	Svært viktig
Problemer med å rekruttere fagfolk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunens generelle økonomiske situasjon .	<input type="checkbox"/> ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samarbeidsproblemer internt i kommunen ...	<input type="checkbox"/> ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samarbeidsproblemer i forhold til 2. linjen.....	<input type="checkbox"/> ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øremerking av midler hindrer fleksibilitet	<input type="checkbox"/> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For få ansatte som jobber i forhold til psykisk helse	<input type="checkbox"/> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For få ansatte som jobber med psykisk helsearbeid på systemnivå .....	<input type="checkbox"/> ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manglende lokal politisk prioritering av området	<input type="checkbox"/> ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organiseringen av arbeidet med psykisk helse	<input type="checkbox"/> ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dårlig sammenheng mellom mål og midler i det psykiske helsearbeidet .....  ..   ...

For liten kunnskap om psykisk helsearbeid i politisk ledelse .....  .   .....

Kompetansemangel i det ordinære tjenesteapparatet    .....

6. Hvordan vil du vurdere din kommunes innsats innenfor det psykiske helsearbeidet? *Sett ett kryss.*

- Kommunen innsats innenfor psykisk helsearbeid er svært god i forhold til innbyggernes behov
- Kommunen innsats innenfor psykisk helsearbeid er tilfredsstillende i forhold til innbyggernes behov
- Kommunen innsats innenfor psykisk helsearbeid er for dårlig i forhold til innbyggernes behov

7. Mener du at satsingen på psykisk helsearbeid innenfor Opptappingsplanen har ført til bedre tjenester for følgende aktuelle brukergrupper i din kommune? *Sett ett kryss på hver linje.*

	Forverret tilbud	Små endringer	Moderat bedre tilbud	Vesentlig bedre tilbud
Tjenestene for voksne med alvorlige psykiske lidelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Tjenestene for voksne med lette og moderate psykiske lidelser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Tjenestene for barn og unge med alvorlige psykiske lidelser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Tjenestene for barn og unge med lette og moderate psykiske problemer/lidelser, eller som har forhøyet risiko for å utvikle psykiske problemer/lidelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Forebyggende tjenester rettet mot lokalsamfunnet generelt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>

8.a Hvordan vurderer du voksne innbyggers (i din kommune) tilgang på tjenester fra 2. linjetjenesten innenfor psykisk helsevern? Sett ett kryss.

- Innbyggernes tilgang på 2. linjetjenester er langt mindre enn behovet for slike tjenester
- Innbyggerne har rimelig god tilgang på 2. linjetjenester
- Innbyggerne har svært god tilgang på 2. linjetjenester

8.b Hvordan vurderer du barn og unge innbyggers (i din kommune) tilgang på tjenester fra 2. linjetjenesten innenfor psykisk helsevern? Sett ett kryss.

- Innbyggernes tilgang på 2. linjetjenester er langt mindre enn behovet for slike tjenester
- Innbyggerne har rimelig god tilgang på 2. linjetjenester
- Innbyggerne har svært god tilgang på 2. linjetjenester

9. Nedenfor presenteres noen påstander om hvordan levekårene for folk med psykiske lidelser har utviklet seg de siste årene. Vi ønsker at du skal gi din vurdering av utviklingen i levekårene for folk med alvorlige psykiske lidelser (de sykeste brukerne) i din kommune de siste fem årene. Sett ett kryss på hver linje.

	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig
De alvorlig psykisk syke har stort sett bedre råd (høyere kjøpekraft) nå enn for 5 år siden.....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
De alvorlig psykisk syke har ikke høyere bostandard nå enn for 5 år siden .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Det er flere alvorlig psykisk syke som har god kontakt med nær familie nå .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Det er ikke noe enklere for alvorlig psykisk syke å skaffe seg arbeid nå .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Det er flere alvorlig psykisk syke med videregående utdanning nå enn tidligere .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Det er flere alvorlig psykisk syke som deltar i (fritids)aktiviteter nå enn for 5 år siden .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
Det er ingen tendens til at alvorlig psykisk syke har større sosialt nettverk nå enn tidligere.....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>

10. Opptappingsplanen avsluttes i 2008. Fra 2009 går disse midlene til psykisk helsearbeid inn i den økonomiske rammen for kommunene. Hvordan tror du det psykiske helsearbeidet i din kommune vil utvikles seg de neste fem årene? Sett ett kryss på hver linje.

	Arbeidet vil bli vesentlig svekket	Arbeidet vil bli noe svekket	Arbeidet vil prioriteres omtrent som nå	Arbeidet vil bli noe styrket	Arbeidet vil bli vesentlig styrket
Det psykiske helsearbeidet for voksne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ....	<input type="checkbox"/>
Det psykiske helsearbeidet for barn/unge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ....	<input type="checkbox"/>

**Tusen takk for hjelpen!**

## Vedlegg 5

### Kort sammendrag

Rapporten omhandler levekårene for psykisk syke i Norge. Hovedspørsmålet for analysene er

*Har Opptrappingsplanen for psykisk helse bidratt til å bedre levekårene til mennesker med psykiske problemer og lidelser?*

Spørsmålet belyses ved analyse av tre datasett:

- Data fra tre runder med Helse- og levekårsundersøkelser, gjennomført av Statistisk Sentralbyrå i 1998, 2002 og 2005. En viktig begrensning ved datamaterialet er at de mest alvorlig psykisk syke trolig i liten grad inngår i undersøkelsen
- Data fra en survey til ansvarlig for psykisk helsearbeid i samtlige norske kommuner.
- Intervjuer med ansatte i det psykiske helsearbeidet i seks case-kommuner.

Både surveyen og case-studien er gjennomført i tilknytning til et annet prosjekt innenfor evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse, ”Opptrappingsplanens effekter på kommunenes organisering av psykisk helsearbeid”.

Det er mange av satsingene i Opptrappingsplanen som er rettet mot å bedre levekårene for psykisk syke: utbygging av omsorgsboliger og dagsentra, økt tilgang på hjemmetjenester, økt bruk av støttekontakt og kultur- og fritidstiltak, og styrkingen av sysselsettingstiltak. De fleste av disse tiltakene er det kommunene som implementerer.



Analysene i rapporten viser at mennesker med psykiske plager og lidelser gjennomgående har dårligere levekår enn psykisk friske mennesker. Vi finner stort sett relativt små endringer i levekår for psykisk syke fra 1998 til 2005. Opptrappingsplanen for psykisk syke ser ikke ut til å ha ført til en vesentlig bedring i levekårene. Denne generelle konklusjonen fordrer imidlertid noen ytterligere kommentarer.

Vi vil først og fremst påpeke at det på bakgrunn av analysene i rapporten kan være nødvendig å ta noen forbehold i konklusjonene omkring Opptrappingsplanens betydning for levekårene for psykisk syke. Flere av de levekårsforholdene vi ser på i våre analyser endres langsomt, og de påvirkes av grunnleggende holdninger og markedsforhold i samfunnet som er utenfor Opptrappingsplanens kontroll.

Utviklingen av levekårene for folk med psykiske plager og sykdommer påvirkes av forholdene på de arenaene der individuelle ressurser ”omgjøres” til levekår. For eksempel vil forholdene på arbeidsmarkedet være viktig for hvilke muligheter psykisk syke har til å få seg (eller komme tilbake i) arbeid. I løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode har arbeidsløsheten svingt en del i Norge, med flest arbeidsløse omkring 2005. vanligvis vil marginale grupper slite mer enn andre i situasjoner med arbeidsløshet. Når vi ikke finner at folk med psykiske problemer rammes sterkere enn andre av økt arbeidsløshet i 2005, kan dette være et tegn på at tiltakene for å sikre sysselsetting til denne gruppen virker. Det er imidlertid vanskelig å si om det er tiltakene gjennom Opptrappingsplanen, eller for eksempel satsingen Inkluderende Arbeidsliv som bidrar til at å holde sysselsettingen blant folk med psykiske plager, relativt sett, oppe.

Boliger for psykisk syke er en viktig del av satsingene innenfor Opptrappingsplanen. En del psykisk syke er blitt hjulpet ved at kommunene har fått midler til å bygge – eller tilpasse – slike omsorgsboliger. Likevel rapporterer kommunene om problemer med å bosette psykisk syke. Spesielt oppleves det vanskelig å bosette folk med både psykisk sykdom og rusproblemer. Særlig ser dette ut til å være problematisk i små, landlege kommuner, der det er en svært homogen boligmasse i form av eneboliger. Kommuner i pressområder opplever også problemer med å bosette psykisk syke. Problemet i disse områdene er snarere at presset på

---

boligmarkedet er så stort at unge med psykiske plager har altfor dårlig økonomi til å komme inn på boligmarkedet. Etterspørselen etter de kommunale boligene blir derfor større enn kommunene klarer å håndtere.

Av de forholdene knyttet til levekår som vi har analysert kan det ut som om de største bedringene har kommet i form av at psykisk syke er blitt trukket mer med i ulike aktiviteter, og at de har fått økt sosial kontakt. Dette er områder der kommunen selv har ganske stor frihet til å utforme tilbudet overfor sine innbyggere. Tilrettelegging for de psykisk syke i form av dagsentra og kultur- og fritidstiltak bidrar til økt sosial kontakt. En stor del av denne kontakten skjer med andre psykisk syke. En egentlig integrering i lokalsamfunnet – slik Opptrappingsplanen setter som mål – synes betydelig vanskeligere å oppnå.