



International Research Institute of Stavanger

www.irisresearch.no


Sverre Nesvåg og Barclay Stevenson


## BrukerPlan


### Utvikling og utprøving av et planleggingsverktøy for rusfeltet

Rapport IRIS - 2006/202

Prosjektnummer: 7201992  
Prosjektets tittel: BrukerPlan  
Oppdragsgiver(e): Helse Fonna HF  
Forskningsprogram:  
ISBN: 82-490-0466-3  
Gradering: Åpen

  
Sverre Nesvåg 06.11.06  
Prosjektleder

  
Terje Lie 06.11.06  
Kvalitetssikrer

  
Gottfried Heinzlering 06.11.06  
Senterleder  
(Samfunns- og næringsutvikling)

## **Forord**

I denne rapporten presenteres et nytt kartleggings- og planleggingsverktøy for rusfeltet, og resultatene fra en utprøving av verktøyet i åtte kommuner i Helse Fonnas område.

Vi vil takke Tove Gimre fra Sandnes kommune, Bernt Netland fra Helse Fonna og ledere og ansatte ved sosialtjenesten i de åtte kommunene, for deres viktige bidrag i utvikling og utprøving av verktøyet.

Vi vil også takke ledelse og ansatte ved PUT Haugesund for deres bidrag til å teste validiteten til deler av verktøyet.

Stavanger 07. desember 2006

Sverre Nesvåg, prosjektleder

## Innhold

1	INNLEDNING .....	4
1.1	Formål og oppbygging .....	4
1.2	Validitetstest - funksjonsskåre .....	5
2	RESULTATER FRA KARTLEGGINGEN - SEPTEMBER 2006 .....	8
2.1	Beskrivelse av brukerne .....	8
2.2	Funksjonsvurdering .....	13
2.3	Tjenestetilbud .....	16
3	VIDERE UTVIKLINGSARBEID OG UTPRØVING.....	23
	APPENDIX 1. PRESENTASJON AV BRUKERPLAN .....	24

# 1 Innledning

I denne rapporten presenteres resultatene fra utviklingen og utprøvingen av et kartleggings- og planleggingsverktøy for rusfeltet, kalt BrukerPlan. For en presentasjon av verktøyet med skjermbilder og hjelpetekster, se Appendix 1.

Den første ideen til verktøyet ble utviklet i et samarbeid mellom IRIS og Sandnes kommune. Sandnes kommune, representert ved Tove Gimre, har også vært med i hele prosessen fram til nå, inkludert utviklingsarbeid, utprøvinger og bruk av verktøyet i en full kartlegging av rusmiddelmissbrukere i kommunen. Resultatene fra denne kartleggingen er også lagt fram og drøftet av kommunens administrative og politiske ledelse.

Da Helse Fonna, representert ved Bernt Netland, henvendte seg til IRIS med spørsmål om bistand til å kartlegge behov for behandlingstjenester innen rusfeltet, ble det mulig å videreføre ideen om et eget planleggingsverktøy. Helse Fonna HF tok kontakt med kommunene i sin region for å få disse med i et videre utviklingsarbeid. Kommunene Karmøy, Haugesund, Stord, Kvinnherad og Odda ble med fra starten i den første utviklings-/utprøvingsfasen. I den neste fasen kom også Tysvær, Vindafjord og Sauda med.

## 1.1 Formål og oppbygging

Det primære formålet med BrukerPlan er å være et praktisk og effektivt verktøy for kommuner og helseforetak i deres kartleggings- og planleggingsarbeid. Det er kommunens fagpersonell som foretar registreringen. Så langt har vi konsentrert oss om sosialtjenestene i kommunene, men alt ligger til rette for at også fagpersoner og instanser innen den kommunale helsetjenesten skal kunne bruke verktøyet. Når materialet fra kommunene gjøres tilgjengelig for de aktuelle helseforetakene, vil BrukerPlan også være et kartleggings- og planleggingsverktøy for spesialisthelsetjenesten. Meningen er at det foretas nye registreringer på gitte tidspunkt, for eksempel halvårlig, og dermed vil en også kunne se utvikling over tid.

BrukerPlan gir informasjon på tre områder:

- Informasjon om alder, kjønn og omsorgsansvar for barn.
- Informasjon om funksjonsnivå, målt på åtte områder knyttet til alvorligheten av selve rusmiddelmissbruket, fysisk og psykisk helse, økonomi, bolig, atferd, nettverk og i hvilken grad personen er engasjert i noen form for meningsfylt aktivitet (inkl. arbeid).
- Informasjon om det tjenestetilbudet personen på kartleggingstidspunktet mottar fra kommune, spesialisthelsetjeneste og andre tjenesteytere, og om det er sannsynlig at personen vil etterspørre slike tjenester de nærmeste 12 månedene.

Slik BrukerPlan nå er utviklet, vil verktøyet kunne ha mange anvendelsesområder:

- Gi tjenestene, kommunenes/helseforetakenes administrative og politiske ledelse og media/ befolkningen et realistisk bilde av omfanget og arten av rusmiddelproblemer blant kommunenes innbyggere.
- Gi både den enkelte tjeneste og kommunene/helseforetakene et bedre grunnlag for å kunne dimensjonere og prioritere ved planlegging av framtidig tjenestetilbud.
- Kunne følge med på utviklingen over tid, og dermed også kunne vurdere effektene av endringer i tjenestetilbudet.
- Ved at kommunene kan definere og følge opp grupper av brukere, kan en både rette inn spesiell innsats overfor disse, og vurdere effektene av slik innsats.
- I forhold til forskningsformål, vil et slikt kartleggingsmateriale kunne være svært nyttig både i epidemiologisk forskning, i helse- og sosialtjenesteforskning og som grunnlag for behandlingsforskning på rusfeltet.

Vi er nå kommet så langt at BrukerPlan synes å fungere godt som et kartleggings- og planleggingsverktøy, både for kommunene og helseforetaket. Fremdeles er det behov for forbedringer og flere utprøvinger. Det er også mulig å utvikle og utnytte BrukerPlan som et verktøy for forsknings- og utviklingsarbeid. Dette er et arbeid som vi nå vil ta fatt på.

## 1.2 Validitetstest - funksjonsskåre

I BrukerPlan er brukernes funksjonsnivå vurdert på åtte dimensjoner.

For å foreta en første test av validiteten (gyldigheten) av denne måten å vurdere funksjonsnivå på, vurdert mot andre etablerte måleinstrumenter, ble PUT Haugesund bedt om å foreta en funksjonsvurdering av 20 pasienter, gjennom en parallell bruk av BrukerPlan, GAF-F, GAF-S (Global Assessment of Functioning) og HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales).

**GAF-F** gir en vurdering av allment funksjonsnivå på en skala fra 0 til 100, og **GAF-S** gir en tilsvarende vurdering av psykiatriske symptomer. GAF er innført som obligatorisk vurderingsinstrument i spesialisthelsetjenesten. Typisk blir pasientene vurdert ved inntak og ved utskriving.

**HoNOS** brukes mest i forbindelse med evaluering og behandlingsforskning i psykiatrien. Instrumentet inneholder 12 vurderingsområder som skal skåres fra 0 til 4. Videre er de 12 områdene gruppert i 4 subskalaer: atferd, fysisk/kognitiv fungering, symptomer og sosiale problem.

Materialet i denne første testen er svært begrenset men kan allikevel gi oss noen indikasjoner på validiteten av **funksjonsvurderingsdelen** av BrukerPlan. De første analyseresultatene viser en sterk, statistisk signifikant korrelasjon mellom sum-skårene i BrukerPlan og sumskårene i hver av de to andre instrumentene. Korrelasjon oppgis som

liten  $r$ , og en tall mindre enn 1. Desto høyere tall desto mer overlapp mellom variasjonen på de to variablene som analyseres mot hverandre.

Korrelasjonene på sumskårene for de tre instrumentene, er som følger:

Brukerplan samlet funksjonsskåre korrelert med skåre for GAF-S:  $r = -0,577^{**}$

Brukerplan samlet funksjonsskåre korrelert med skåre for GAF-F:  $r = -0,726^{**}$

Brukerplan samlet funksjonsskåre korrelert med sumskåren for alle 12 dimensjoner i HoNOS:  $r = 0,658^{**}$

Minustegnet på de to første får vi fordi mens BrukerPlan gir et høyere tall desto dårligere funksjonsnivå, så er motsatt for GAF S og F.  $^{**}$  betyr at korrelasjonen er statistisk signifikant på 0,01 nivå.

Allerede på dette nivået, ser vi at de tre instrumentene i stor grad ser ut til å måle det samme. En mer detaljert oppdeling av delskårer i hvert instrument, gir følgende korrelasjoner:

Tabell 3.1 Korrelasjoner mellom skårer på de enkelte funksjonsområdene i Brukerplan, skårene i GAF og delskårene på de fire subskalaene i HoNOS.

	Rusing	Økonomi	Psyk	Fysh	Bolig	Atferd	Nettverk	Aktivitet
GAF-S	-	-	-	-	-	-	-	-
GAF-F	-	-	-	-	-,445(*)	-	-	-,600(**)
HoNOS atferd	,498(*)	-	-	-	-	-	-	,626(**)
HoNOS fungering	-	-	-	,618(**)	,572(**)	-	-	,478(*)
HoNOS Symptom	-	-	-	-	-	-	-	-
HoNOS Sosialt	-	,608(**)	-	-	,734(**)	-	-	-
HoNOS totalt	-	-	-	-	,659(**)	-	-	,539(*)

\* signifikant på 0.05 nivå, \*\* signifikant på 0.01 nivå

- Vi ser at ingen enkelt delskåre i BrukerPlan korrelerer signifikant med GAF-S. Vi ville ha forventet at Psykisk helse burde korrelere med GAF-S. I det videre utviklingsarbeidet må vi se nærmere på hvordan vi kan oppnå dette, gjennom en mer presis beskrivelse av fargekodene for dette funksjonsområde.

- For GAF-F er den samlede korrelasjonen med BrukerPlan meget høy. Dette tyder på at den scorecard (veid sum av enkeltskårer) som vi har lagt inn i verktøyet, gir et godt bilde av funksjonsnivå, holdt opp mot kriteriene for funksjonsvurdering i GAF-F.
- For HoNOS er det både samlet og på delskårer, sterke korrelasjoner med flere relevante funksjonsområder i BrukerPlan. Igjen er det i forhold til psykiatriske symptomer, at BrukerPlan kommer til kort.

Alt disse første analyseresultatene på et svært begrenset materiale, gir oss grunnlag for å ytterligere forbedre instrumentet. Samtidig viser testen at BrukerPlan gir et gyldig bilde av funksjonsnivå, sammenlignet med andre etablerte instrument.

I det videre utviklingsarbeidet, vil vi teste validiteten på et større materiale, forbedre veiledningen for funksjonsvurdering i BrukerPlan, og analysere oss fram til hvilke skåringsverdier i BrukerPlan som tilsvarer hvilke skåringsverdier i GAF og HoNOS. Får vi til dette, vil BrukerPlan kunne fungere enda bedre som et kommunikasjonsgrunnlag mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, for eksempel i forbindelse med henvisninger.

## 2 Resultater fra kartleggingen - september 2006

I september 2006 gjennomførte åtte kommuner i Nord-Rogaland og Sunn-Hordaland en total kartlegging av alle rusmiddelmissbrukere som sosialtjenestene i de åtte kommunene hadde kjennskap til på dette tidspunktet.

De åtte kommunene er alle innenfor det geografiske område som de aller fleste pasientene til Helse Fonna HF henvises fra. I hele dette geografiske området bor det 163.000 innbyggere, og de åtte kommunene representerer 75 % av denne befolkningen.

I presentasjonen nedenfor vil vi veksle mellom å presentere resultatene samlet for hele materialet, fordelt på kommune og fordelt på såkalt DPS-område (DistriktsPsykiatrisk Senter). Den siste fordelingen er viktig for Helse Fonna, fordi deres organisering av tjenestene i stor grad følger av inndelingen i slike DPS-områder. De åtte kommunene er fordelt på alle de fire DPS-områdene i helseregionen:

Karmøy DPS = Karmøy kommune

Haugaland DPS = Haugesund, Tysvær, Vindafjord og Sauda kommuner

Stord DPS = Stord kommune

Folgefonn DPS = Kvinnherad og Odda kommuner

Resultatene som presenteres, gjelder for det første, en beskrivelse av demografiske kjennetegn ved brukerne. Deretter følger resultatene i forhold til brukernes funksjonsnivå/problembelastning. I den siste delen presenteres kartleggingen av hvilke tilbud brukerne har i dag og hvilke tilbud fagpersonene, som har stått for kartleggingene, mener brukerne vil komme til å etterspørre i løpet av de neste 12 månedene.

### 2.1 Beskrivelse av brukerne

I alt ble det kartlagt 669 brukere som sosialtjenesten vurderte å ha et rusmisbruksproblem på kartleggingstidspunktet. Tabell 2.1 viser hvordan disse er fordelt på de åtte kommunene. Tabellen gir også prevalensen, dvs. antall rusmiddelmissbrukere (som sosialtjenesten kjenner) i forhold til antall innbyggere i hver av kommunene. Gjennomsnittlig er 0,54% av innbyggerne i de åtte kommunene, rusmiddelmissbrukere kjent av sosialtjenesten i kommunen, men tallene varierer fra 0,26% til 0,86% av kommunens innbyggere.



Tabell 2.1 Kartlagte brukere (totale tall) og prevalens (antall brukere i forhold til antall innbyggere i kommunen i prosent)

Kommune	Antall brukere	Prevalens
Haugesund	173	0,55
Kvinnherad	45	0,34
Odda	55	0,74
Sauda	42	0,86
Tysvær	37	0,40
Vindafjord	21	0,26
Stord	119	0,73
Karmøy	177	0,47
<b>Totalt</b>	<b>669</b>	<b>0,54</b>

Det er viktig å huske på at det er mange forhold som kan forklare den store variasjonen i prevalens. Faktorer som alderssammensetning og andre faktorer knyttet til sammensetningen av befolkningen, kan være ett sett av faktorer. En annen faktor kan være i hvor stor grad sosialtjenesten blir kjent med rusmiddelmissbrukerne i kommunen.

Tabell 2.2 Kartlagte brukere fordelt på DPS-område. Totale tall

DPS-område	Antall brukere
Karmøy	177
Haugaland	273
Stord	119
Folgefonn	100
<b>Total</b>	<b>669</b>

Siden de åtte kommunene ikke er jevnt fordelt på DPS-områdene, har vi ikke beregnet prevalensen for hvert område. Vi ser imidlertid at det er et rimelig stort antall brukere i hvert DPS-område.

Tabell 2.3 Brukere fordelt på kjønn. Prosent

<b>Kommune</b>	<b>Mann %</b>	<b>Kvinne %</b>
Haugesund	72	28
Kvinnherad	71	29
Odda	76	24
Sauda	64	36
Tysvær	73	27
Vindafjord	62	38
Stord	82	18
Karmøy	76	24
<b>Totalt</b>	<b>74</b>	<b>26</b>

En fjerdedel av de kartlagte brukerne er kvinner. Dette er en noe lavere andel enn i det vi kjenner fra pasientpopulasjonen i behandlingstilstand på spesialistnivå, der det er vanlig at ca. en tredjedel er kvinner. Vi har ikke data som kan si oss noe eksakt om hvordan rusmiddelbruk i samfunnet totalt, fordeler seg på kjønn. Vi kan derfor ikke si med sikkerhet om kvinner er over- eller underrepresentert blant de rusmiddelbrukerne sosialtjenesten kjenner, men mye kan tyde på at de er underrepresentert.

Vi ser også at kvinneandelen varierer en god del mellom kommunene, fra 18% til 36%. Igjen er det vanskelig å vurdere om dette er et korrekt bilde av den faktiske kjønnsforskjellen i forhold til rusmiddelbrukere i kommunene, eller om det skyldes en skjevhet i forhold til hvem sosialtjenesten er kjent med.

Også når det gjelder aldersfordeling, varierer tallene relativt mye mellom kommunene. Siden det er stor oppmerksomhet rettet mot de yngste rusmiddelbrukerne, velger vi her å vise hvor stor andel av brukerne i de ulike kommunene som er under 25 år.

Tabell 2.4 Andel brukere under 25 år. Prosentandel

<b>Kommune</b>	<b>Andel brukere under 25 år - %</b>
Haugesund	10
Kvinnherad	18
Odda	13
Sauda	24
Tysvær	14
Vindafjord	5
Stord	16
Karmøy	13
<b>Totalt</b>	<b>14</b>

En annen gruppe som statlige myndigheter nå ber kommunene og det øvrige hjelpeapparatet om å gi større oppmerksomhet, er barn som vokser opp i familier med misbruk. Dette er ikke en kartlegging av antallet slike barn eller situasjonen til disse barna. Men vi har utnyttet muligheten til å få fram informasjon om hvor mange av de kartlagte rusmiddelmissbrukerne som har egne barn, og hvilken sammenheng det er mellom funksjonsnivå, tjenestetilbud og det at rusmiddelmissbrukerne har egne barn.

Først ser vi av tabell 2.5 hvor stor andel av de kartlagte rusmiddelmissbrukerne som har egne barn (summen av de tre kolonnene), og hvilken kontakt disse har med egne barn.

Tabellen viser at 46% av brukerne i de åtte kommunene har egne barn, men at "bare" 8% har omsorgsansvar for egne barn. 31% har samvær med egne barn uten å ha omsorgsansvar for dem, og 7% har ikke kontakt med egne barn. Også her er det relativt stor variasjon mellom kommunene, uten at vi har grunnlag for å si noe om hva forskjellene skyldes.

Tabell 2.5 Brukere fordelt på form for kontakt med egne barn. Prosent

Kommune	Ikke kontakt %	Samvær %	Omsorg %
Haugesund	13	25	5
Kvinnherad	4	33	9
Odda	15	24	9
Sauda	2	26	7
Tysvær	0	35	19
Vindafjord	0	29	10
Stord	7	31	8
Karmøy	3	37	9
<b>Totalt</b>	<b>7</b>	<b>31</b>	<b>8</b>

Det betyr at det til sammen var 304 brukere som har egne barn og av disse var det 258 som har samvær med eller omsorgsansvar for egne barn. Av disse 258 var det 68 brukere (26%) som på kartleggingstidspunktet hadde tjenester fra barnevernstjenesten. Av de som **ikke** hadde tjenester fra barnevernstjenesten, var det 155 som hadde samvær med og 36 som hadde omsorgsansvar for egne barn.

Det er en svak, men statistisk signifikant sammenheng mellom funksjonsnivået til brukerne og om de har egne barn/hvor sterk kontakt de har med egne barn; desto dårligere funksjonsnivå desto mindre sannsynlighet for å ha egne barn ( $r = -,106^{**}$ ).

For en forklaring på dette med funksjonsnivå, se kap 2.2.

Tabell 2.6 viser hvordan brukere uten barn eller med ulike kontakt med egne barn, fordeler seg på samlet funksjonsnivå. Vi ser at det er rusmisbrukere som har egne barn, men som ikke har kontakt med disse, som har det dårligste funksjonsnivået.

Tabell 2.6. Brukere fordelt på funksjonsnivå og kontakt med egne barn. Prosentandeler.

<b>Egne barn</b>	<b>Grønt %</b>	<b>Gult %</b>	<b>Rødt %</b>	<b>Blodrødt %</b>
Ikke barn	9	44	40	8
Ingen kont	0	33	48	20
Samvær	12	37	45	5
Omsorg	28	48	24	0
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>7</b>

Av de som hadde samvær med eller omsorgsansvar for egne barn og som **ikke** hadde kontakt med barnevernet, var det 72 på funksjonsnivå rødt og 8 på blodrødt.

## 2.2 Funksjonsvurdering

Som beskrevet i kapittel 1, er alle brukerne vurdert på åtte funksjonsområder. Tabell 2.7 viser hvordan hele utvalget er fordelt på funksjonsnivåene grønt, gult og rødt, på hver av de åtte områdene.

Tabell 2.7 Brukere fordelt på funksjonsnivå – ulike funksjonsområder. Prosentandeler.

<b>Dimensjon</b>	<b>Grønt %</b>	<b>Gult %</b>	<b>Rødt %</b>
Rusing	39	46	14
Økonomi	64	32	5
Psykisk helse	28	55	18
Fysisk helse	63	32	5
Bolig	82	11	8
Atferd	43	51	6
Nettverk	38	59	3
Aktivitet	31	30	38

Gjennom flere utviklings- og utprøvningsrunder i Sandnes kommune og i de åtte kommuner i Helse Fonnas område, er det utviklet en såkalt scorecard som gir en samlet fire-nivåsfunksjonsvurdering. Det betyr at de ulike områdene er gitt en ulik vektning, alt etter hvor sterkt de bidrar til å forklare hvor omfattende selve rusmiddelproblemet er.

På grunnlag materialet fra de åtte kommunene har vi foretatt en såkalt multivariat regresjonsanalyse. Denne viser både hvor stor del av variasjonen i rusing som kan forklares med variasjonen på de syv andre områdene, og hvor stor del av denne variasjonen som kan forklares med variasjonen på hvert enkelt område. Denne analysen har bekreftet at vektningen i det scorecardet som gir den samlede firedelte skåren på funksjonsnivå, er rimelig god

Den multivariate regresjonsanalysen ga følgende resultater:

Samlet forklart varians:  $r^2 = 0,243^{**}$  dvs. at variasjonen på variablene nedenfor forklarer 24% av variasjonen i rusing. Dette regnes som rimelig høy grad av forklart varians i denne typen undersøkelser.

Hver av de syv faktorene bidrar slik i forklaringen av variasjonen i rusing:

- Økonomi:  $r^2 = ,094^{**}$
- Psykisk helse:  $r^2 = ,127^{**}$
- Fysisk helse:  $r^2 = ,145^{**}$
- Bolig:  $r^2 = ,076^*$
- Atferd:  $r^2 = ,073$
- Nettverk:  $r^2 = ,080$
- Aktivitet:  $r^2 = ,192^{**}$

\* = 0,05, \*\* = 0.01

Vi ser at det er økonomi, fysisk og psykiske helse og aktivitet som hver for seg sterkest bidrar til å forklare variasjonen i rusing. I den scorecarden som ligger til grunn for å beregne samlet funksjonsnivå, er de enkelte funksjonsområdene vektet i samsvar med dette.

I neste tabell har vi fordelt brukerne i hver av de åtte kommunene etter samlet funksjonsnivå, på en firedelt skala:

Tabell 2.8 Brukere fordelt på samlet funksjonsnivå. Prosentandeler

<b>Kommune</b>	<b>Grønt %</b>	<b>Gult %</b>	<b>Rødt %</b>	<b>Blodrødt %</b>
Haugesund	21	34	38	8
Kvinnherad	0	20	60	20
Odda	0	46	47	7
Sauda	0	29	52	19
Tysvær	3	41	54	3
Vindafjord	0	29	71	0
Stord	12	61	27	0
Karmøy	11	45	36	7
<b>Totalt</b>	<b>11</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>7</b>

To kommuner skiller seg ut med en svært høy andel på ”blodrødt” og to kommuner har ingen med så dårlig funksjonsnivå. Vi er usikre på i hvor stor grad variasjonen skyldes faktiske forskjeller mellom kommunene, eller om det skyldes ulik fortolkning av skåringskriteriene på ett eller flere funksjonsområdet. Uansett viser det igjen behovet for å forbedre hjelpetekstene slik at fortolkningsrommet blir mindre.

Det er også kartlagt rusprofiler for brukerne, det vil si hvor omfattende bruken er av ulike typer rusmidler. Tabellen nedenfor gir resultatene i forhold til hvor stor andel av brukerne som er registrert å ha et svært omfattende misbruk av de ulike typene rusmidler:

Tabell 2.9 Andel brukere som skårer 3 på bruk av ulike rusmidler. Prosentandeler

Kommune	Alkohol	Cannabis	Opiater	Sentral-stimulerende	Vanedannende medikamenter
Haugesund	11	6	7	6	8
Kvinnherad	22	2	4	7	9
Odda	13	6	15	11	7
Sauda	14	10	2	5	5
Tysvær	16	3	16	14	19
Vindafjord	14	5	5	5	0
Stord	27	9	13	10	13
Karmøy	5	3	7	5	7
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>9</b>

Vi ser at rusprofilen er noe ulik mellom kommunene, uten at vi kan si noe sikkert om hva forskjellene skyldes. Det ville krevd en mer detaljert kunnskap om forholdene i den enkelte kommune

## 2.3 Tjenestetilbud

Vi starter gjennomgangen av hvilke tjenestetilbud brukerne har og vil etterspørre, med informasjonen om hvor mange brukere det er etablert planer og/eller ansvarsgrupper for. Dette er en god indikator på hvor store andeler av brukerne som den enkelte kommune har prioritert i sitt arbeid.



Tabell 2.10 Brukere med ulike typer planer og ansvarsgruppe. Prosentandeler

<b>Kommune</b>	<b>Individuell plan</b>	<b>Tiltaksplan</b>	<b>Ansvarsgruppe</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Haugesund	1	31	16
Kvinnherad	11	33	38
Odda	2	22	46
Sauda	2	0	2
Tysvær	0	11	8
Vindafjord	0	0	0
Stord	3	36	40
Karmøy	4	36	23
<b>Totalt</b>	<b>3</b>	<b>29</b>	<b>24</b>

To kommuner, Sauda og Vindafjord, har få eller ingen brukere som de arbeider med ut fra særskilte planer eller ansvarsgrupper. Det betyr ikke at de ikke kan arbeide godt med rusmiddelmisbrukerne i kommunen, uten bruk av slike hjelpemidler.

I Kvinnherad har en tatt i bruk Individuell plan som virkemiddel for relativt mange brukere. I de største kommunene jobbes det etter planer og/eller ansvarsgrupper for ca. en tredjedel av brukerne.

Vi har sett på de tre prioriterte gruppene fra sentrale myndigheters side; de yngste, de tyngste og de med barn, for å se i hvilken grad kommunene synes å prioritere disse ved hjelp av ansvarsgrupper. Korrelasjonsanalyser ga følgende resultat:

- Alder:  $r = -0,122^{**}$ , det vil si noe høyere sannsynlighet for ansvarsgruppe for de yngste.
- Funksjonsnivå:  $r = -,137^{**}$ , det vil si noe lavere sannsynlighet for ansvarsgruppe for de tyngste. Det forklares med at mange av de tyngste er over i LAR med ansvarsgruppe, og disse nå har et mye bedre funksjonsnivå.
- Barn:  $r = ,019$ , det vil si ingen høyere sannsynlighet for ansvarsgruppe for de med barn. Dette er en stor utfordring å ta fatt i, om ønsket prioritering fra statlig hold skal realiseres.

Dersom vi bruker det at en arbeider med brukere ut fra plan og/eller ansvarsgruppe som en indikator på hvor mange en arbeider mest aktivt med av den totale brukergruppen, får vi følgende tall:

De fleste av de som er i LAR har en plan og/eller gruppe og er derfor blant de en prioriterer. Ut over dette arbeider en med utgangspunkt i plan og/eller gruppe med 14% av den totale brukengruppen.

I BrukerPlan registreres også hvor mange som er utskrevet fra institusjon eller løslatt fra fengsel, og som kommunen har et oppfølgingsansvar for. I denne kartleggingen gjelder det antall utskrevet/løslatt etter 01.01.06.

Tabell 2.11 Brukere utskrevet fra institusjon eller løslatt fra fengsel. Totale tall

<b>Kommune</b>	<b>Institusjon Antall</b>	<b>Fengsel Antall</b>	<b>Ikke varslet/ Planlagt Antall</b>
Haugesund	2	0	1
Kvinnherad	7	6	3
Odda	5	4	2
Sauda	0	1	0
Tysvær	1	3	1
Vindafjord	0	0	0
Stord	17	3	6
Karmøy	23	15	6
<b>Totalt</b>	<b>55</b>	<b>32</b>	<b>19</b>

Vi ser at antallet varierer mye mellom kommunene. Lokale prioriteringer og svingninger fra år til år, kan være med å forklare denne variasjonen. Videre er det opplyst hvor mange som er utskrevet/løslatt uten at dette var planlagt eller varslet. Slike saker gir nemlig kommunene store utfordringer i forhold til å kunne planlegge sin oppfølging. Vi ser at dette gjelder 19 brukere, 22% av alle utskrevne/løslatte.

Vi går så over til å presentere resultatene av kartleggingen av hvilke tjenester brukerne har i dag og hvilke tjenester de vil komme til å etterspørre de neste 12 månedene. I forhold til det siste har vi valgt å oppgi hvor mange prosentpoeng netto økning i etterspørsel etter tjenester som kan forventes. Med netto økt etterspørsel menes de som har tjenestene i dag og fortsatt vil etterspørre dem, pluss de som i dag ikke har tjenesten men vil komme til å etterspørre den de neste 12 månedene, minus de som i dag har tjenestene men ikke vil komme til å etterspørre dem videre.

Vi presenterer resultatene for hele utvalget på 669 brukere i de åtte kommunene, samlet. Hver kommune har fått direkte formidlet informasjon om situasjonen i sin kommune.

Vi har delt presentasjonen opp i tre tabeller. Den første tabellen gjelder de tjenestene som kommunene er ansvarlig for. Den neste gjelder de tjenestene som helseforetakene er ansvarlig for. Den siste tabellen gjelder tjenester som ulike andre instanser er ansvarlig for.

Tabell 2.12 Brukere som har ulike typer kommunale tjenester på kartleggingstidspunktet: prosentandeler, og forventet økt etterspørsel neste 12 mndr, prosentpoeng

Tjeneste	Har tjenesten %	Prosentpoeng økt etterspørsel
Sosialtjeneste	87	3
Midlertidig bolig	1	4
Boligtjenester	32	19
Helsetjenester	79	3
Barnev.tjenester	10	2
Omsorgstjenester	4	5
Kommunal underv	3	1
Kommunal LAR	26	10

Vi ser at det særlig vil bli en kraftig økt etterspørsel etter kommunale boligtjenester til denne gruppen av kommunens innbyggere. Vi har sett på hvilke sammenhenger det er mellom funksjonsnivået til brukerne og etterspørselen etter kommunale tjenester. Vi fant statistisk signifikante sammenhenger mellom et dårlig funksjonsnivå og etterspørsel etter følgende tjenester:

- Midlertidig bolig:  $r = ,268^{**}$
- Boligtjenester:  $r = ,122^{**}$
- Omsorgstjenester:  $r = ,260^{**}$
- LAR kommune:  $r = ,455^{**}$

Igjen er bolig sentralt. Omsorgstjenester er også viktige, men gjelder relativt få. Vi ser også at videre satsing på LAR er nært knyttet til brukerne med det dårligste funksjonsnivået.

De neste to tabellene gjelder tilbud på spesialistnivå:

Tabell 2.13 Brukere som har ulike typer spesialisttjenester på kartleggingstidspunktet, prosentandeler, og forventet økt etterspørsel neste 12 mndr., prosentpoeng.

Tjeneste	Har tjenesten %	Prosentpoeng økt etterspørsel
Akutt rus	1	6
Polikl rus	14	33
Døgn rus	5	23
Korttid/langtid	4/7	
LAR – spesialist	25	11
Tvang – rus	0	2
Akutt psyk	1	5
Polikl psyk	10	25
Døgn psyk	2	8
Tvang psyk	1	1
Somatikk	4	8

Tabellen viser at en kan forvente en kraftig økt netto etterspørsel av tjenester både innen rustiltak (poliklinisk og døgntilbud), og etter polikliniske psykiatritilbud. Mange brukere etterspør tjenester fra både rus og psykiatri:

Tabell 2.14 Brukere som har/vil etterspør tjenester fra både rus og psykiatri. Totale tall

	Totalt	Akutt	Poliklinikk	Døgn
Har tilbudet	30	0	29	1
Vil etterspørre	214	16	154	44
Økt behov	184	16	125	43

Korrelasjonsanalyser viser at det er en signifikant sammenheng mellom et dårlig funksjonsnivå og alle typer spesialisttjenester. For de tjenestene som er mest etterspurt, er det signifikante sammenhenger mellom kjønn (flere kvinner) og alder (de yngste). Det er ikke noen signifikant sammenheng mellom etterspørsel etter spesialisttjenester

og om brukeren har egne barn, unntatt en svak sammenheng med etterspørsel etter LAR. Vi mener dette igjen viser en manglende prioritering av brukere med barn.

For å få et bilde av netto økning i antall brukere som vil etterspørre ulike spesialisttjenester innenfor de ulike DPS-områdene, se tabell 4.15. Denne tabellen viser (justert for oppholdslengder i hvert tilbud), hvor stor økning i kapasitet som vil kreves om etterspørselen blir reell og skal kunne etterkommes.

Tabell 2.15 Netto økt etterspørsel etter ulike spesialisttjenester fordelt på DPS-område  
Totale tall

<b>Tjeneste</b>	<b>Karmøy</b>	<b>Haugaland</b>	<b>Stord</b>	<b>Folgefonn</b>
Akutt rus	6	21	1	9
Polikl rus	45	122	12	36
Døgn rus	21	74	25	31
LAR	17	33	12	11
Tvang rus	3	4	0	5
Akutt psyk	11	13	3	1
Polikl psyk	33	89	19	23
Døgn psyk	7	38	3	6
Tvang psy	3	3	0	1
Somatikk	23	24	2	4

Til sist presenteres hvor stor andel brukere som har og vil etterspørre andre typer tjenester.

Tabell 2.16. Andel brukere som har ulike typer andre tjenester på kartleggingstidspunktet, prosentandeler og forventet økt etterspørsel neste 12 mndr. Prosentpoeng.

<b>Tjeneste</b>	<b>Har tjenesten</b> %	<b>Prosentpoeng økt etterspørsel</b>
Aetat	10	22
Trygd	46	30
Fylkeskom. underv	1	1
KIF/Fengsel	3	1
Omsorgsinst.	1	4
Tannlege	8	47
Frivillig org	4	1

Den store etterspørselen etter tannlegetjenester er både et uttrykk for et stort oppdemmet behov, og en mulighet for å få tilgang til slike tjenester gjennom nye statlige finansieringsordninger.

Ellers merker vi oss den store økte etterspørselen etter tjenester fra A-etat og Trygdeetat. Dette kommer til å bli en stor utfordring for den nye Arbeids- og velferdsetaten, NAV, som nå er under etablering.

### 3 Videre utviklingsarbeid og utprøving

BrukerPlan har nå vært igjennom flere runder med utvikling og utprøving. Verktøyet synes å fungere tilfredsstillende både i forhold til å kartlegge rusmiddelmissbrukeres funksjonsnivå og tjenestetilbud.

I det videre arbeidet med å utvikle verktøyet er det særlig viktig å styrke reliabiliteten og validiteten av verktøyet, dvs. at det måler det samme uavhengig hvem som foretar registreringen og at det måler det det gir seg ut for å måle. Det vil vi først å fremst kunne få til ved å arbeide videre med å lage gode og presise hjelpetekster. I tillegg vil vi foreta større tester av BrukerPlan opp mot etablerte vurderingsverktøy som GAF og HoNos.

Vi vil også være interessert i å få prøvd ut verktøyet i et større antall kommuner. Det er både nødvendig for å ytterligere teste brukervennligheten til verktøyet og for å prøve ut nye og forbedrede versjoner. Til nå er det bare sosialtjenesten som har testet verktøyet. Det vil også være viktig å teste hvordan andre deler av kommunens helse- og sosialtjeneste kan bruke verktøyet. Dersom flere instanser i samme kommune skal bruke verktøyet, vil vi stå overfor en ny utfordring i forhold til å hindre dobbeltregistreringer i systemet. Her kan vi trekke på viktige metodiske og datatekniske erfaringer fra et tidligere prosjekt der vi (den gang Rogalandsforskning) undersøkte legers forskrivning av vanedannende medikamenter.

Det siste formålet med det et videre utviklingsarbeid, gjelder anvendelsen av de data som kartleggingene gir. Slik verktøyet brukes i dag, ser vi at det fungerer godt i forhold som grunnlag for diskusjoner rundt prioriteringer i budsjett og planarbeid. Videre vil vi, sammen med samarbeidende kommuner og helseforetak, teste ut hvordan verktøyet kan fungere i forhold til å definere prioriterte innsats-områder og -målgrupper, og som verktøy for å overvåke og evaluere slike innsatser.

Et annet viktig anvendelsesområde er i forhold til forskning. BrukerPlan gir et unikt materiale som kan brukes både i forhold til epidemiologisk forskning og forskning på forholdet mellom problembelastning/ funksjonsnivå og etterspørsel etter tjenester. Det kan også tenkes mange andre forskningstema der verktøyet og materialet det produserer, kan anvendes.

## Appendix 1. Presentasjon av BrukerPlan

BrukerPlan er utviklet i Excel med sikte på maksimal brukervennlighet og kontinuerlig oppdatering og presentasjon av det samlede kartleggingsmaterialet. Gjennom å velge Excel som grunnlags-program vil implementering av verktøyet ikke innebære noen ekstra programvare-investeringer for de aller fleste brukere. Vi presenterer her hovedtrekkene i verktøyet, gjennom å gå igjennom de ulike skjermbildene som brukere vil møte.

Oppstartsbildet:

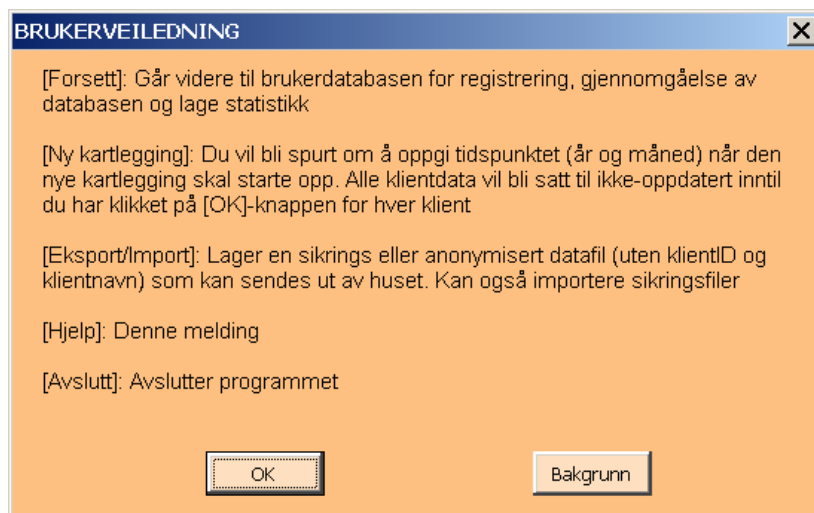


Verktøyet i siste versjon distribueres elektronisk til den enkelte kommune. I eksempelet ovenfor står det "Helse Fonna kommune", men hver kommune vil få verktøyet med sitt kommunenavn i første skjermbilde.

Hver kommune vil måtte avgjøre hvordan de ønsker å organisere arbeidet, både fra praktiske hensyn og tilpasset de sikkerhetsrutiner kommunen har lagt opp for sine datasystemer. I den aktuelle utprøvingen var det en eller flere ansatte i sosialtjenesten i hver kommune som selv kunne gå inn i verktøyet å legge inn sine brukere.



[Hjelp]-knappen viser følgende forklaringer, på hva som ”skjuler seg” bak hver av knappene i første skjermbilde:



Systemet med å lagre kartleggingsfiler med klientidentifiserbare opplysninger i hver kommune, og så lage en eksportfil uten slike opplysninger for oversending til andre (helseforetaket, forskningsinstitutt, andre samarbeidspartnere), er laget ut fra tre hensyn:

1. Ved å kun lagre klientidentifiserbare opplysninger innenfor datasystemet til de aktuelle brukernes hjemkommuner, ivaretas de kravene Datatilsynet stilte til verktøyet.
2. Ved å beholde kartleggingsfiler med klientid.nr., kan kommunen selv identifisere enkeltklienter eller grupper som en kan sette inn spesifikke tiltak overfor, og/eller kunne se utviklingen til.
3. Ved å kunne eksportere kartleggingsfiler med ikke-klientidentifiserbare opplysninger, kan også helseforetak og andre samarbeidspartnere bruke kartleggingene i sin planlegging, og dataene kan brukes som informasjon og til forskning (slik som vi presenterer det i denne rapporten).

[Bakgrunn] - knappen i hjelp-bildet gir en kort beskrivelse av hvem som har deltatt i utviklingen av verktøyet.

[Fortsett]-knappen fører til selve registreringsbildet:

**BRUKERPLANLEGGING - KARTLEGGING 200605**

Avdeling      Underavdeling      Fagperson

Totalt = -148      ←      →

Klient ID      Fødselsår

Klientnavn (valgfritt)

Har barn under 18 år

Kjønn

Mann

Kvinne

Kontakt med barn

Daglig/delt omsorg

Avtalt samvær/ noe kontakt

Ingen kontakt

Deaktivisert

Områder

Rusing.....

Økonomi.....

Psykisk helse.....

Fysisk helse.....

Bolig.....

Sosial adferd.....

Nettverk.....

Aktivitet.....

Hjelp

Samlet vurdering

Kommentar

Planer, fengsel/institusjon

1.linje tjenester      Spesialist tjenester      Andre tjenester

Har	Vil etterspør (inkl. vil fortsatt ha)	Totalt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sosialtjenester	583/605
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Midlertidig bolig	8/31
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Boligtjenester	216/343
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Helsetjenester	531/551
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Barnevernstjenester	69/79
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Omsorgstjenester	28/59
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kommunalt undervisningstilbud	2/7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> LAR	175/238

Hjelp

Ny klient      Søk      Lagre      Slett      Statistikk      Avslutt

Vi går ikke her igjennom alle detaljer i registreringsbildet, men vil peke på de viktigste områdene og funksjonene i bildet:

- I eksempelet ovenfor er det alt lagt inn et stort antall brukere i verktøyet. Tallene i skjermbildet gir oppdatert informasjon for hver bruker som registreres.
- Hver kommune kan selv velge hvordan de vil organisere oppdelingen i avdelinger og fagpersoner.
- Fødselsår, kjønn og egne barn er de demografiske opplysningene i verktøyet.

- [Planer, fengsel/institusjon]-knappen gir muligheten til å registrere følgende opplysninger:

PLANER, FENGSEL/INSTITUSJON

Planer

	Totalt
<input type="checkbox"/> Individuell plan (ferdig/iverksatt)	19
<input type="checkbox"/> Tiltaks- eller andre planer	191
<input type="checkbox"/> Ansvarsgruppe (opprettet)	163

Fengsel/institusjon

Løslatt fra fengsel

Utskrevet fra institusjon

Antall måneder siden løslatelse/utskrivelse

OK

- Nede til venstre i skjermbildet (se registreringsbildet ovenfor) legges funksjonsvurderingen inn. Ved å flytte markøren over fargekodene for hvert funksjonsområde eller ved å bruke [Hjelp]-knappen, gis det hjelpetekster til hver av fargekodene, grønt, gult og rødt:

BRUKERVEILEDNING

Område	Grønt	Gult	Rødt
<b>Rusing</b>	Noenlunde under kontroll	Omfattende, men forutsigbart	Helt vilt/grenseløst
<b>Økonomi</b>	Fast inntekt/stønad orden	Inntekt/stønad innimellom delvis orden	Ingen kontroll, inntekt/stønad uorden
<b>Psykisk helse</b>	"Vanlig" god	Behov for noe spesialisttjenester halvdårlig	Omfattende problem
<b>Fysisk helse</b>	"Vanlig" god	Behov for noe spesialisttjenester halvdårlig	Omfattende problem
<b>Bolig</b>	Leier/eier bolig	Tilrettelagt boligløsning/institusjon	Tilfeldige løsninger (hospits, venner)
<b>Sosial adferd</b>	"Vanlig" sosial kompetanse	Rus sosial kompetanse	Marginal sosial kompetanse
<b>Nettverk</b>	God kontakt	Litt/noe kontakt	Ingen kontakt
<b>Aktivitet</b>	Fast tilbud	Innom av og til	Ingen benyttelse

For å slå av lysene, klikk på områdetekst til venstre for lysene f.eks. "Rusing....."

OK

- Rusing.....[O] gir mulighet til å lage en rusprofil. Også her gir det å flytte markøren eller bruke [Hjelp] – knappen hjelpetekster for hver fargekode:

**Vi flytter oss så over i tjenesteregistreringsbildene i nedre høyre del av hovedregistreringsbildet.**

- [1.linje tjenester]: Den enkelte kommune kan selv spesifisere hvordan hver av 1.linje tjenestene skal oppdeles i underkategorier. Dersom det er gjort en oppdeling, vil en knapp vises slik at det kan registreres i hver av underkategoriene.
- Skjermbildet gir tre ”avkryssningsmuligheter” for hver tjeneste:
  - Avkryssing i både første og andre boks: Har tjenesten nå og vil fortsette å etterspørre den de neste 12 mndr.
  - Avkryssing bare i første boks: Har tjenesten nå men vil ikke komme til å etterspørre den videre.
  - Avkryssing bare i andre boks: Har ikke tjenesten nå, men vil komme til å etterspørre den i løpet av de neste 12 mndr.
- ”Vil komme til å etterspørre”, betyr at fagpersonen ut fra sin kunnskap om brukerens situasjon/planer/ønsker og sine egne planer for brukeren, vurderer at tjenesten faktisk vil bli etterspurt. For at verktøyet skal fungere som planleggingsverktøy, er det en slik nøktern faglig vurdering som må legges til grunn.

- Ved å klikke på [spesialist tjenester] – knappen, vil en få opp tre typer tjenester: rus, psykiatri og somatikk, slik:

The image shows two side-by-side screenshots of a web interface for selecting specialist services. Both screenshots have a top navigation bar with '1.linje tjenester', 'Spesialist tjenester', and 'Andre tjenester'. The left screenshot is for the 'Rus' category, and the right is for 'Psykiatri/Somatikk'.

**Rus**

Har	Vil etterspør (inkl. vil fortsatt ha)	Totalt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Akutt	5/42
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Poliklinisk	94/309
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Døgntilbud	37/188
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> LAR	168/241

**Tvangstiltak**

Har	Vil etterspør (inkl. vil fortsatt ha)	Totalt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6-2	0/9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6-2.A	0/2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6-3	1/1

**Psykiatri**

Har	Vil etterspør (inkl. vil fortsatt ha)	Totalt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Akutt	4/32
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Poliklinisk	64/228
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Døgntilbud	13/67
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tvangstiltak	9/16

**Somatikk**

Har	Vil etterspør (inkl. vil fortsatt ha)	Totalt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Akutt	1/18
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Poliklinisk	26/57
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Døgntilbud	1/5

- Ved å klikke på [Andre tjenester] får en opp dette skjermbildet:

The screenshot shows the 'Andre tjenester' selection screen. It has a top navigation bar with '1.linje tjenester', 'Spesialist tjenester', and 'Andre tjenester'. Below the navigation bar is a table of services with checkboxes and total counts.

Har	Vil etterspør (inkl. vil fortsatt ha)	Totalt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aetat	65/208
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trygdeetat	308/510
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fylkeskommunalt undervisningstilbud	4/12
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Friomsorgen/Fengsel	23/31
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Omsorgsinstitusjon	9/33
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tannlegetjenester	54/368
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Frivillige organisasjoner	28/36
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Annet. Skriv:	7/4

Below the table is a text input field.

- Tallene under ”Totalt” er antall som har tjenesten i dag/antall som vil etterspørre tjenesten. Differansen mellom de to gir altså kontinuerlig oppdatert informasjon om nedgang/økning i netto etterspørsel de neste 12 mndr.

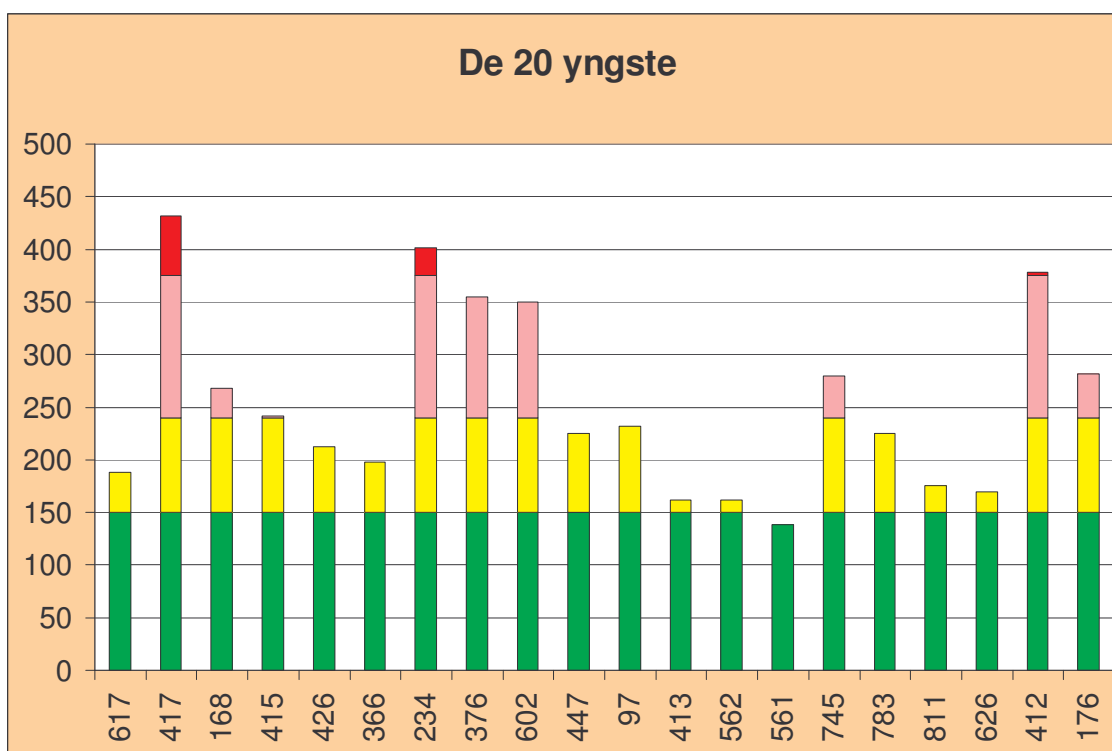
- [Statistikk]-knappen gir mulighet til å ta ut ulike plott og en rapport med statistikk over hele databasen:

The screenshot shows a window titled 'STATISTIKK' with a close button (X) in the top right corner. It contains two main filter sections:

- Tyngste:** Includes checkboxes for 'Menn' and 'Kvinner', and a 'Plott' button.
- De tyngste som har barn:** Includes checkboxes for 'Daglig/delt omsorg', 'Avtalt samvær/noe kontakt', and 'Ingen kontakt', and a 'Plott' button.

On the right side of the window, there are two buttons: 'De yngste' and 'Rapport'. At the bottom center, there is a 'Lukk' button.

- Eksempel på plott av de yngste:



- X-aksen er score på samlet vurdering av de åtte funksjonsområdene, etter en balansert scorecard, som er utviklet etter å ha analysert den relative betydning av de ulike funksjonsområdene (se neste kapittel). Y-aksen er bruker id i den anonymiserte filen. Ved å sammenholde disse med sin egen fil, vil den enkelte kommune så kunne finne fram til hvilke brukere dette er, og eventuelt sette inn tiltak og/eller følge med på utviklingen til disse.

På flere av funksjonene er det behov og muligheter for videre utvikling av verktøyet, både for å styrke påliteligheten og gyldigheten av kartleggingen, for å ytterligere bedre brukervennligheten og for å legge inn flere funksjoner for å kunne ”lese” resultatene på en rask og relevant måte i forhold til ulike bruksområder.

Samtidig har den siste utprøvingen som ble foretatt, vist oss at verktøyet alt fungerer tilfredsstillende, både i forhold til brukevennlighet og i forhold til å gi et godt bilde av livssituasjon og bruk av tjenester.