

St.meld. nr. 47

(1989-90)

Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming

St.meld. nr. 47

(1989-90)

Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming



Nasjonalbiblioteket
Depobiblioteket

[Oslo, 1990]





362.3: 352(481): 34 (St. meld. 47
11989-90ⁿ)

INNHOLDSFORTEGNELSE

	Side		Side
Kap. 1 Innledning og sammendrag	3	5.1.3 Behov for utbygging av	
1.1 Bakgrunnen for meldingen	3	sysselsettingstiltak for psykisk	
1.2 Stortingets behandling av reformen	4	utviklingshemmede	51
1.3 Sammendrag av meldingen	5	5.2 Bolig	51
Kap. 2 Gjennomføringen av reformen hittil	10	5.2.1 Boligens rolle i lys av målsettingene	51
2.1 Hovedlinjer for planarbeidet	10	5.2.2 Ulike boligbegreper	52
2.2 Tilskudd til kommunene	12	5.2.3 Det offentlige ansvar for boliger i	
2.3 Om planleggingen i kommunene	13	ansvarsreformen	52
Kap. 3 Omlegging fra institusjonsomsorg til åpen		5.2.4 Boligbehov, boformer og boligtyper	53
omsorg	14	5.2.5 Eierform, nybygging og bruk av	
3.1 Om institusjonene	14	eksisterende boliger	55
3.1.1 Tidligere behandling av saken	14	5.2.6 Boligfinansiering	56
3.1.2 Om institusjonene, personalet og		5.2.7 Husbankens erfaringer med finansiering	
brukere	15	av boliger i tilknytning til	
3.1.3 Retningslinjer for omleggingen	16	ansvarsreformen	58
3.1.4 Overføring av ansvar til kommunene -		5.2.8 Boutgifter	58
inngåelse av avtaler	17	5.2.9 Forholdet mellom kommunenes utgifter	
3.1.5 Overdragelse av HVPU-eiendom til		og statlig finansieringsbidrag	61
kommunene	18	5.2.10 Budsjett- og rammemessige	
3.1.6 Forhold ved institusjonsavvikling som		konsekvenser	61
spesielt angår beboere, pårørende og		5.3 Opplæring	61
personalet	19	5.4 Kultur og fritid	63
3.2 Vertskommunene	22	5.4.1 Målsetting	63
3.2.1 Om kommunene	22	5.4.2 Strategi	63
3.2.2 Gjeldende ordninger	23	5.4.3 Offentlige oppgaver	65
3.2.3 Spesielt om arbeidstakernes situasjon ..	24	5.4.4 Aktuelle tilbud og aktiviteter	65
Kap. 4 Helse- og sosialtjenester	25	Kap. 6 Rettigheter og rettsikkerhetsspørsmål	68
4.1 Kommunale tjenester	25	6.1 Innledning	68
4.1.1 Hjemmetjenester	25	6.2 Rettslig handleevne	68
4.1.2 Kommunehelsetjenesten	29	6.3 Umyndiggjøring	68
4.2 Spesialisthelsetjenester	30	6.4 Hjelpevergeordningen	69
4.2.1 Generelle retningslinjer	30	6.5 Forskrift om klage	69
4.2.2 Synspunkter fra kommuner på behov		6.6 Institusjoner i avviklingsfasen - tilsyn og	
for fylkeskommunale spesialisttjenester		tvangsmidler	70
etter reformen	31	6.7 Kommunenes ansvar	70
4.2.3 Somatiske spesialisttjenester	32	6.8 Barnevernloven og HVPU-reformen	71
4.2.4 Oppgaver innenfor psykisk helsevern ..	33	6.9 Kommunehelsetjenesten	72
4.2.5 Utbygging av spesialisttjenester og		6.10 Rettssikkerhetsutvalg	72
institusjonstilbud til personer med		6.11 Utbetaling av ureduserte trygdeytelser ..	73
psykiske lidelser og/eller betydelige		6.12 Fylkesmennenes oppgaver	73
atferdsavvik	35	Kap. 7 Kompetanse og utviklingsarbeid	75
4.2.6 Landsdekkende funksjoner innenfor		7.1 Behov for personell og kompetanse i	
tidlig diagnostikk	36	kommunene	75
4.3 Tiltak for spesielle grupper	36	7.2 Forskning, forsøk og utvikling	78
4.3.1 Autister og andre mennesker med		7.2.1 FOU knyttet til gjennomføring av	
omfattende utviklingsforstyrrelser og		reformen	78
alvorlige adferdsvansker	36	7.2.2 FOU innen ulike fagmiljøer ellers	78
4.3.2 Tiltak for døvblindfødte - ansvar,		7.2.3 Framtidige behov for FOU-virksomhet ..	79
organisering og finansiering	43	7.3 Informasjon	80
4.3.3 Små og mindre kjente grupper med		Kap. 8 Økonomiske spørsmål	81
psykiske utviklingshemming	47	8.1 Disponeringen av HVPU-rammen	81
Kap. 5 Arbeid, bolig, opplæring og fritid	49	8.2 Kostnader ved et fullt utbygget tilbud til	
5.1 Arbeid	49	mennesker med psykisk	
5.1.1 Arbeidsmarkedsetatens oppgaver	49	utviklingshemming	81
5.1.2 Overføring av produksjonsrettede tiltak		8.3 Forslag til økte bevilgninger i 1991	83
under HVPU til kommuner og		8.4 Overføringsordninger	84
arbeidsmarkedsmyndighetene	49		

PgEd

St.meld. nr. 47

(1989–90)

Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming

*Tilråding fra Sosialdepartementet av 4. mai 1990,
godkjent i statsråd samme dag.*

KAPITTEL 1.

Innledning og sammendrag

1.1 BAKGRUNNEN FOR MELDINGEN.

Sosialdepartementet legger med dette fram en melding til Stortinget om gjennomføringen av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming. Det dreier seg om et omfattende reformarbeid. Det angår både brukerne av HVPU-tjenester, hjemmeboende, deres nærmeste, personell, kommuner, fylkeskommuner og staten. Tiltak skal planlegges og settes i verk over flere år. Betydelige faglige og økonomiske spørsmål må avklares og løses. Departementet finner det derfor riktig å gi en oversikt og vurdering av hvordan reformen utvikler seg.

Siktemålet er derfor å gi en oversikt over framdriften av reformen og å ta opp spørsmål som trenger videre drøfting og avklaring. En har behandlet enkelte faglige spørsmål mer inngående enn hva som kanskje er vanlig i forbindelse med meldinger til Stortinget.

Grunnen til dette er at erfaringene med reformen hittil har vist at det er stort behov for nærmere avklaring av nettopp disse spørsmålene.

Dette er også nødvendig av hensyn til den debatt som er oppstått om hvor restriktiv den midlertidige lov om avvikling av institusjoner og kontrakter om privatpleie under det fylkeskommunale helsevern for psykisk utviklingshemmede skal tolkes.

Forutsetningen for en vellykket gjennomføring er at det utvises en tilstrekkelig grad av fleksibilitet, der den enkelte står sentralt. Det er også avgjørende at reformen gjennomføres i nær forståelse og kontakt med foreldre og pårørende.

Overføring av ansvaret for de psykisk utviklingshemmede fra fylkeskommunen til kommunen har skapt engstelse og uro hos en del av beboerne som har vært lenge i institusjon og har liten tilknytning til sin hjemstedskommune. Departementet finner derfor å ville understreke i meldingen at personer som ønsker det, vil etter de regler som er gitt, kunne bli boende i vertskommunen fortsatt.

Tilstrekkelig grad av fleksibilitet kan sikres ved å la egnede deler av nåværende sentralinstitusjoner bli omgjort til alders-/sykehjem for de eldste beboerne. Videre ved å benytte mindre boenheter som allerede idag ligger egnet til. Ved eventuell ombygging av mindre institusjoner kan det skapes varige gode boliger eller bofellesskap.

Departementet har merket seg Sosialkomiteens understreking av at selv om ansvaret for den enkelte psykisk utviklingshemmede overføres til kommunen fra 1. januar 1991 innebærer dette likevel ikke at HVPU-institusjonen skal legges ned fra dette tidspunkt. Avviklingen må skje over flere år og departementet har satt endelig tidspunkt for nedlegging av de deler som skal nedlegges senest 31. desember 1995.

I tråd med Sosialkomiteens uttalelse tror også departementet at flere av de mindre og nyere institusjonene vil bli drevet for kommunenes regning i mange år fremover. Derfor understrekes behovet for interkommunalt samarbeid sterkt.

Rettsikkerhetsaspektet ved utflytting til egen bolig har vært lite omtalt i tidligere dokumenter om gjennomføring av reformen. De-

partementet har derfor nedsatt et utvalg som skal utrede spørsmål vedrørende etiske retningslinjer, bruk av tvang og kontrollordning m.v. for mennesker med psykisk utviklingshemming under kommunalt ansvar.

Heller ikke de økonomiske konsekvenser av gjennomføring av reformen har tidligere vært utredet. Det foreligger nå en rapport fra en arbeidsgruppe. Vi har bedt om virksomhetsplaner fra alle kommuner og det er i tillegg bedt om materiale fra et representativt utvalg av kommuner (88).

Tallene er imidlertid beheftet med stor usikkerhet, bl.a. fordi det er meget store avvik mellom ønskene/planene fra den ene kommune til den annen. I mange tilfelle er tallene også utarbeidet uten den normale, brede administrative eller politiske prosess i den enkelte kommune. Det trengs derfor et betydelig mer grundig arbeid for å finne mer sikre og objektive kostnadstall for reformen.

De økonomiske virkningene av reformen blir svært omfattende og betydelig høyere enn forutsatt i St.meld. nr. 67 (1986-87) og Ot.prp. nr. 49 (1987-88). Det vil kreve større fleksibilitet også med hensyn til tempo og programmering av gjennomføringen.

Hvorfor reformen kom.

Reformen kom som resultatet av en lang utvikling. Det er tre hovedtrekk som en vil vise til.

Det har foregått og foregår en betydelig utvikling i synet på hva utviklingshemming er og hva som er best for den som har utviklingshemming. Normaliseringsprinsippet er sentralt i denne sammenheng. Dette ble tatt opp allerede i St.meld.nr.88(1966-67)Om utviklingen av omsorgen for funksjonshemmede. Sentralt i denne tankegangen er at vi alle har rett til samme levekår og samme valgfrihet så langt dette er mulig. Samfunnet har plikt til gi hjelp til den enkelte funksjonshemmede og dennes familie slik at vedkommende kan få en tilværelse så lik andres som mulig. Hjelp skal gis av det ordinære apparat i kommuner, fylkeskommuner og statlige organer. Det skal ikke opprettes særorganer til å gi tjenester til spesielle grupper.

I tillegg til dette har forskning og erfaring vist at langtidsinstitusjoner ikke er egnet til å gi levekår som er i samsvar med normaliseringsprinsippet. Det vil si de levekår som vi ellers ønsker å ha for våre borgere. Det var da også erfaringene fra HVPU-institusjonene og rapporter om alvorlige overgrep, som fikk det såkalte Lossiusutvalget (NOU 1985:34) til å foreslå full avvikling av Helsevernet for psykisk utviklingshemmede. En videre utbygging og oppgradering av institusjonene ville ikke føre

til ønsket resultat. Reformen bygger i hovedsak på forslagene til dette utvalg.

Det var videre avgjørende at kommunene i dag på en helt annen måte enn for 10 år siden er i stand til å gi mennesker med psykisk utviklingshemming og andre med funksjonshemminger gode, helhetlige og normaliserte tilbud i nærmiljøet. En del pionerkommuner har også vist at selv overfor sterkt hjelpetrenende, er det mulig å gi bedre tilbud utenfor institusjon. Denne hjelpen blir gitt av det ordinære apparatet og er organisert slik at de ulike etater gir de tjenester de har ansvar for.

1.2 STORTINGETS BEHANDLING AV REFORMEN.

Regjeringen Harlem Brundtland la 5. juni 1987 fram St.meld. nr. 67 (1986-87)Ansvar for tiltak og tenester for psykisk utviklingshemma. I stortingsmeldingen redegjorde en for det faglige grunnlag for reformen. En klarla ansvarsdelingen mellom kommuner, fylkeskommuner og staten.

Meldingen tok også opp praktiske problemer som en så omfattende reform fører med seg. F.eks. slike som knytter seg til beboerne i HVPU-institusjonene, hva en skal gjøre med institusjonene, bruk av personellressurser osv.

Vedrørende økonomi, foreslo en at de midler som overføres til kommunene fra fylkeskommunene skal følge med dem som var brukere av HVPU-tiltak. Dvs. at det er den kommunen som faktisk tar over ansvaret for den enkelte HVPU-bruker som skal få pengene. Fylkeskommunene skal beholde midler til spesialisttjenester. Ordningen må tilpasses det nye inntektssystemet for kommunene.

På grunnlag av Stortingets behandling, Jf. Innst. S. nr. 18 (1987-88), la så Regjeringen fram Ot.prp. nr. 49 (1987-88)Midlertidig lov om avvikling av institusjoner og kontrakter om privat pleie under det fylkeskommunale helsevern for psykisk utviklingshemmede m.v. Lovforslaget ble behandlet i Stortinget våren 1988, jf. Innst.O.nr.78(1987-88). Loven ble sanksjonert 10.juni 1988.

Med dette var lovgrunnlaget for reformen lagt. Stortinget sluttet seg i hovedtrekk til departementets forslag. Ett unntak var at Sosialkomiteen understreket at kommunene har et basisansvar for tjenester til autister på samme måte som overfor andre. Tidspunktet for overføring av ansvaret til kommunene ble dessuten i samråd med departementet utsatt ett år i forhold til departementets opprinnelige forslag.

Det vil si at fra 1.1.1991 skal kommunene ha det fulle ansvar for alminnelige tjenester i

samsvar med ansvarsdelingen mellom fylkeskommuner og kommuner. *Fylkeskommunene* skal yte spesialisttjenester og sykehusbehandling på samme måte som overfor befolkningen ellers. Spesialisttjenesten skal gi råd og veiledning til det kommunale hjelpeapparatet. HVPU skal avvikles. Tjenestene skal gis av det ordinære hjelpeapparatet og samordnes av kommunen.

På grunn av den spesielle situasjon som oppstår ved avviklingen av HVPU, ble det innført en spesiell klageadgang for vedtak om utskrivning fra og nekting av opptak i institusjon under HVPU og flytting fra en institusjon til en annen. Det ble forutsatt at flyttinger begrenses mest mulig.

1.3 SAMMENDRAG AV MELDINGEN.

Stortingsmeldingen tar sikte på å gi en statusrapport for reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming. På viktige tiltaksområder som f.eks. organisering av de spesialiserte tjenester og omsorgen for autister legges fram forslag til vedtak og avklaringer. Det legges fram en oversikt over kostnadene ved reformen bygget på materiale fra kommunene. Det foreslås økonomiske ordninger som skal sikre gjennomføringen av reformen.

I Kapittel 1 gis en kort orientering om bakgrunnen for meldingen og for reformen. Det gis videre en oversikt over Stortingets tidligere behandling av saken.

I Kapittel 2 gjennomgår en retningslinjene for reformen slik de er gitt fra Sosialdepartementet både under denne og den forrige Regjering. Det gis også oversikt over de spesielle tilskuddene som er gitt til kommunene i 1988, 1989 og 1990, og planleggingen i kommunene.

Disse retningslinjene er hovedsaklig gitt i Rundskrivene I-31/88 og I-28/89 og I-17/90. I det siste rundskriv er det lagt vekt på en større fleksibilitet i den praktiske gjennomføring av reformen.

I årene 1988-90 er det gitt spesielle statstilskudd til planlegging og utvikling av tiltak i kommunene. I 1990 gis det også tilskudd på 10 000 kroner pr. måned for personer som flytter ut fra HVPU til kommunale tiltak. Kommunen har laget tiltaksplaner for alle med psykisk utviklingshemming, også de hjemmeboende. På grunnlag av de behov som er registrert i tiltaksplanene, har kommunene laget virksomhetsplan for sine samlede tiltak i de ulike sektorer. Kommunene har nedlagt et stort arbeid i disse planene. Så langt er de fleste ferdige med virksomhetsplanen.

Kapittel 3 tar opp omleggingen fra institusjonsomsorg til åpen omsorg. Det gis en be-

skrivelse av institusjoner, personale og brukere. Flere sider ved avvikling, omdisponering eller overføring av institusjoner tas opp (3.1). Vertskommunenenes situasjon er spesielt omtalt (3.2).

Det er ca. 5 000 med døgntilbud i HVPU og ca. 2 000 med dagtilbud. I perioden 1977-87 har det vært gjennomsnittlig ca. 60 utskrivninger og 60 inntak pr.år. Maksimalt 10 % av brukerne er blitt skiftet ut i løpet av 10-årsperioden. Halvdelen av dem med døgntilbud er over 40 år, mot bare 20 % av dem som bor hjemme. 1/3 del av institusjonene har under 7 brukere. Bare 8 % av døgninstitusjonene har over 50 brukere, til gjengjeld er nærmere halvdelen av brukerne i de største institusjonene mot 7 % i de minste. Det var 9303 ansatte omregnet til heltidsansatte i institusjonene i 1987. Hjelpepleiere/miljøpersonell uten utdanning og teknisk/administrativt personell utgjorde ca. 80 % av alle årsverk i institusjonene.

Det blir understreket at en under omleggingen av tiltakene ikke må bygge opp en ny kommunal særomsorg. En må satse på fleksible ordninger tilpasset den enkelte innen det vanlige hjelpeapparatet i kommunene. Det er viktig å gi den enkelte en bolig som ikke har institusjonskarakter og at bofellesskap blir slik organisert at de funksjonerer som et hjem. Det tallfestes ikke noe maksimalt antall beboere i et bofellesskap, men dette må vurderes nøye ut fra beboernes ønsker og behov. Mange av de minste og mest hensiktsmessige institusjonene kan omdannes til varige boliger. Det må finnes løsninger slik at eldre mennesker slipper flytting som kan være uheldig.

Mange HVPU-institusjoner vil bli drevet midlertidig etter 1990. Departementet har gitt retningslinjer for inngåelse av driftsavtaler m.v. Det er mulig å velge flere løsninger. Felles er imidlertid at kommunene har det økonomiske ansvar. Det understrekes at avviklingsplanene må tilpasses planene for beboerne. Ingen skal flyttes ut fra en institusjon før de har fått ett kvalitativt bedre tilbud. For en del av beboerne, pårørende og personalet er avvikling av døgninstitusjoner en krevende prosess. I Kap. 3.1.6 er det beskrevet en del tiltak som kan forebygges og motvirke uheldige forhold.

Små vertskommuner vil bli særlig berørt av reformen. Der hvor institusjonsbeboerne blir boende i kommunen, vil imidlertid omstillingsprosessen strekke seg over mange år. Departementets vurdering er at en del vertskommuner vil stå overfor omstillinger hvor statlige virkemidler bør settes inn for å bidra til utvikling av nye arbeidsplasser.

Kapittel 4 omtaler helse- og sosialtjenester.

I 4.1 utdyper en innhold og organisering av hjemmetjenester. En går også inn på utøvelsen av tjenestene. For å møte utfordringene som kommunene står overfor, er det mange steder nødvendig å øke personalressursene i hjemmetjenestene samtidig som de tradisjonelle tjenestene må utvides med annet innhold og andre faggrupper. Retningslinjer for organisering er:

- hjemmetjenestene for psykisk utviklingshemmede skal innlemmes i den øvrige hjemmetjeneste i kommunen.
- tjenestene skal knyttes til den enkelte person og yrkesutøverne skal ansettes i kommunen, ikke boligen.
- tjenestene bør organiseres slik at det er fast og stabilt personale som yter ulike former for hjelp med utgangspunkt i den enkeltes behov.

Kommunehelsetjenesten, jf. Kap.4.1.2, står overfor faglige og kapasitetsmessige utfordringer. Psykisk utviklingshemmede har ofte sammensatte behov som krever tverrfaglig tilnærming og nye samarbeids- og oppfølgingsrutiner.

Kapittel 4.2 omtaler spesialisthelsetjenesten. Mennesker med psykisk utviklingshemming skal gis tilbud om nødvendige spesialisthelsetjenester innenfor fylkeshelsetjenesten på lik linje med befolkningen for øvrig. I all hovedsak dreier dette seg om vanlige sykehusinnleggelse og behandling/konsultasjon ved somatiske og psykiatriske poliklinikker. Eksisterende fylkeskommunale tjenester må imidlertid videreutvikles og tilrettelegges slik at de imøtekommer gruppens særlige behov. Psykisk utviklingshemmede har gjennomgående høyere forekomst av somatiske og psykiatriske helseproblemer enn befolkningen for øvrig. Særlig hyppig forekommende er epilepsi, sansedefekter, psykiatriske sykdommer/atferdsvansker og lidelser i muskel-skjelettsystemet. Psykisk utviklingshemmede har derfor et større behov for spesialisttjenester som nevrologi, pediatri, øyelege, øre-nese-halslege, psykiatri, psykologi og ortopedi.

Mange har understreket at behovet for bistand fra fylkeskommunen er særlig stort for personer med store atferdsvansker og/eller psykoselignende tilstander. Sosialdepartementet går inn for at personer med særlige atferdsproblemer må tilbys tilrettelagt behandling på døgnbasis uten at dette fører til at fylkeskommunen overtar et permanent ansvar. Nordiske erfaringer og anslag fra Helsedirektoratet antyder et behov for slike behandlingsplasser tilsvarende 5 pr. 100 000 innbyggere. I denne sammenhengen må psykiatrien styrkes.

I Kap.4.3 omtales tiltak for spesielle grupper. Størst omtale får autister og andre med omfattende utviklingsforstyrrelser og alvorlige atferdsvansker, jf.4.3.1. Dette skyldes at gjennomgangen er basert på NOU 1989:17 Tjenestetilbud til autister. Dette utvalgs forslag til finansieringsordning er behandlet i Kap.8. I 4.3.2 går en inn på tiltak for døvblinde og i 4.3.3 omtales en del små og mindre kjente grupper med psykisk utviklingshemming.

Sosialdepartementet er enig i Autistutvalgets konklusjon om at basisansvaret bør legges til kommunene. Reformens intensjoner oppfylles best ved at det alminnelige prinsipp om ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene gjelder for alle personer med utviklingsforstyrrelser. Tilstandens art og forekomst er likevel slik at det må vurderes bruk av ulike virkemidler til hjelp særlig overfor små kommuner. Det gis retningslinjer for tiltaksjeder i forhold til den enkelte. Departementet understreker at det er den enkeltes behov som skal legges til grunn, ikke diagnose. En går også inn på tiltaksområder som opplæring, bolig og arbeid. Departementet har hatt meget knapp tid til behandling av utredningen. Det vil derfor bli arbeidet videre med saken.

Det er registrert 248 døvblinde, derav 73 døvblindfødte. Døvblindfødte har i stor grad mottatt tilbud i HVPU. Sosialdepartementet mener at ansvars- og oppgavefordelingen for døvblindfødte bør samsvare med den vedtatte oppgavefordeling som ellers gjelder. En ser da også at de fleste yngre døvblindfødte nå bor i sine hjemkommuner. Dette er i samsvar med sosialpolitiske og familiepolitiske mål. Departementet legger følgende prinsipper til grunn:

- tjenestetilbudet bør utformes i samsvar med den alminnelige ansvars- og oppgavefordeling mellom kommuner, fylkeskommuner og stat.
- den enkelte må sikres et godt kvalitativt tilbud uavhengig av oppholdskommunens økonomi og kompetanse.
- tiltakene må utformes ut fra den enkeltes særskilte behov, bl.a. slik at den enkelte i størst mulig grad får de tilbud og opplevelser som er vanlig for alle mennesker i livets ulike faser.
- tiltakene bør være helhetlig utformet p.gr.a. de store kommunikasjons- og orienteringsvansker døvblindfødte har.

Hjemmet for døv i Andebu og Hunstad skole ved Bergen videreføres. I tillegg foreslås et regionalt senter for Nord-Norge. Det må arbeides videre med plassering av drifts-

ansvar og finansieringsordninger. Sosialdepartementet vil komme tilbake til dette i samarbeid med Utdannings- og forskningsdepartementet.

Små og mindre kjente diagnosegrupper med psykisk utviklingshemming og deres behov vil bli vurdert nærmere av Sosialdepartementet i sammenheng med smågruppeproblematikken generelt. Det understrekes at også disse gruppene må få dekket sine daglige behov i kommunene, ev. i samarbeid med ett eller flere kompetansesentra.

I Kapittel 5 tar en opp arbeid, bolig, opplæring og fritid. Arbeidsmarkedsetaten har hovedansvaret for sysselsettingspolitikken i forhold til mennesker med psykisk utviklingshemming som for andre arbeidssøkere. Psykisk utviklingshemmede har varierte og til dels sammensatte behov. Arbeidsmarkedsetaten må innrette seg etter dette. I de senere år har etaten styrket innsatsen faglig, med nye stillinger og innsatsplasser.

HVPU-verkstedene skal overføres til kommunene. Disse verksteder vil bli organisert på samme måte som øvrige arbeidsmarkedstiltak for svake grupper, med kommunalt eide aksjeselskap som hovedmønster. Ca. 60 HVPU-verksteder fyller kravene til overføring. Disse verkstedene har ca. 2000 psykisk utviklingshemmede i arbeid. For de fleste verkstedene legges til grunn at virksomheten skal videreføres i omtrent samme omfang som tidligere. Unntatt er verksteder i tilknytning til de store institusjonene. Der er det aktuelt med en gradvis nedtrapping. Arbeidsmarkedsetaten vil arbeide videre med å utvikle sine tilbud.

I Kap. 5.2 gis det en forholdsvis omfattende omtale av betydningen av hensiktsmessige boliger, boligbehov og finansieringsordninger. Siktemålet er at mennesker med psykisk utviklingshemming skal sikres en nøktern og god bolig etter de samme normer som offentlig boligpolitikk legger opp til. Erfaringene viser at det ikke finnes noen enkelt boform eller boligtype som kan sies å være særlig egnet for psykisk utviklingshemmede. Alle mennesker har krav på et hjem der de kan ha et privatliv og være seg selv uavhengig av grad av funksjonshemming og behov for hjelp. I hvert tilfelle må en vurdere hvilken boform som kan gi de beste levekår. Boliger for psykisk utviklingshemmede kan derfor omfatte alle typer boliger. Det gjelder også i spørsmålet om eierform og om det skal satses på nybygging eller bruk av eksisterende boligressurser. Det legges opp til større fleksibilitet vedr. tilpassning til Husbankens normer når det gjelder eksisterende boliger og ombygging av institusjoner. Staten har gjennom

Husbanken ansvaret for å legge til rette for finansiering av boliganskaffelse i forbindelse med gjennomføringen av reformen. Husbankens eksisterende låne- og støtteordninger vil bli anvendt. Rammene for lån, tilskudd og bostøtte vil bli løpende vurdert for å gi rom for denne gruppens boligbehov. Bl.a. vil det bli tatt hensyn til utflyttingen fra institusjonene. Meldingen gir også en oversikt over finansieringsordninger m.v.

I Kap. 5.3 vises det til at ansvaret for opplæring for personer med behov for spesialundervisning/spesielt tilrettelagt opplæring er hjemlet i henholdsvis lov om grunnskolen, lov om videregående opplæring og lov om voksenopplæring. I og med at de fleste beboere ved HVPU-institusjoner er voksne, vil det bli en utfordring til kommunene å organisere hensiktsmessig opplæring for disse. Mange har tidligere ikke fått fullstendig grunnskole. Mange har også stort behov for spesialundervisning. Finansieringsordninger m.v. vil bli tatt opp i egen melding fra Undervisnings- og forskningsdepartementet.

I Kap. 5.4 omtales kultur og fritid. Mangel på meningsfylt fritid vil kunne føre til mistrivsel og sosial isolasjon selv om kvaliteten på andre tilbud som bolig og arbeid er god. Kommunene får nå et ansvar for at mennesker med psykisk utviklingshemming gis et godt tilrettelagt kultur- og fritidstilbud, både i offentlig regi og i frivillig lag og organisasjoner. Det er gjort en hel del på dette området, men mye må videreutvikles og organiseres med tanke på de utfordringer en nå står overfor. Det er i kapitlet gitt flere eksempler på tiltak og organisering.

Kapittel 6 tar utgangspunkt i at psykisk utviklingshemmede mer enn de fleste er avhengige av at andre ivaretar deres rettssikkerhet og at de får hjelp til å gjøre sine rettigheter gjeldende. Det gjøres deretter rede for en del sentrale regler og ordninger av betydning for psykisk utviklingshemmede:

Kap. 6.2 - 6.4 omhandler den rettslige handleevne, umyndiggjøring og hjelpevergeordningen. Utgangspunktet er at den myndige psykisk utviklingshemmede har sin rettslige disposisjonsevne i behold. For de fleste vil det imidlertid være behov for bistand i større eller mindre grad. I Ot.prp. nr. 45 (1989-90) Om lov om endringer i vergemålsloven m.m. fremmes det forslag for å styrke rettssikkerheten bl.a. for de psykisk utviklingshemmede. Behovet for hjelpeverger vil øke, og kriteriene for oppnevning foreslås utvidet. Det bygges på at umyndiggjøring ikke skal foretas dersom f. eks. oppnevning av hjelpeverge gir tilstrekkelig vern. Gjeldende rett er beskrevet i rundskriv I-57/89.

Det er adgang til å klage bl.a. over avslag på søknad om hjelp til å etablere seg i en annen kommune enn den formelle bostedskommune og over utskrivning fra HVPU dersom tilbudet som er etablert ikke er minst like godt som det tilbudet man hadde tidligere. Klageinstans er fylkesmannen. Reglene om slik klage er beskrevet i Kap. 6.5 og i rundskriv I-30/89.

Tilsynsutvalgene vil fortsette sin virksomhet for de institusjoner som drives midlertidig etter 1.1.-91. Det vil bli utarbeidet ny forskrift om begrenset adgang til bruk av tvangsmidler.

Under Kap. 6.7 reises spørsmålet om lov om sosial omsorg fanger opp de særlige behov mange psykisk utviklingshemmede har, og om reglene sikrer at disse behovene blir dekket. Det vil være aktuelt å vurdere spørsmålet om rettigheter nærmere i forbindelse med fremleggelse av forslag til ny lov om sosiale tjenester.

Barnevernloven gjelder alle barn. Det kan imidlertid tenkes at bruk av denne loven i en situasjon der et psykisk utviklingshemmet barn ikke får tilstrekkelig omsorg hjemme mer vil være en slags juridisk likestilling enn den sosiale normaliseringen som er hensikten med reformen. Trenger et barn døgkontinuerlig omsorg vil nødvendig hjelp kunne gis etter kommunehelsetjenesteloven, se Kap. 6.8 - 6.9. og 4.1.2.

Det opprettes et bredt sammensatt «retts-sikkerhetsutvalg» som skal utrede spørsmål om etiske retningslinjer, bruk av tvang i nødsituasjoner og i forbindelse med trening/behandling og om kontrollordning el.l. Det er redegjort nærmere for bakgrunnen og mandatet i Kap. 6.10.

Fylkesmennene er tillagt oppgaver i forbindelse med klageordningen som er beskrevet i Kap. 6.5, og vil få oppgaver knyttet til fordeling av ekstra midler til enkelte kommuner og til råd og veiledning om tiltak og tjenester. Samlet representerer dette arbeidsoppgaver som gjør det nødvendig med en midlertidig styrking av fylkesmannsembetene.

Kapitel 7 tar opp behov for personell og kompetanse i kommunene, forskning og forskningsvirksomhet på feltet og informasjon knyttet til gjennomføringen av reformen.

I Kap. 7.1 understrekes behovet for kvalifisert personell i kommunene, en tar opp utdanningen bl.a. for faggruppene vernepleiere, psykologer, ergoterapeuter, fysioterapeuter, hjelpepleiere og spesialpedagoger. Det bør raskt iverksettes utdanningstiltak også for de ufaglærte som i dag arbeider innen HVPU og andre ufaglærte innen de hjemmebaserte tjenestene. Sosialdepartementet har utarbeidet

en spesiell opplæringspakke for dette formål. Det er behov for etter- og videreutdanning av både faglærte og ufaglærte for å møte utfordringer med et større antall personer med psykisk utviklingshemmede som bor i eget hjem. Personalet som i dag er ansatt i HVPU vil bli en viktig ressurs i dette arbeidet i kommunen.

Kap. 7.2 - 7.4 gir en skissemessig oversikt over forskning, forsøk og utviklingsarbeid for mennesker med psykisk utviklingshemming, både den FOU-virksomheten som er direkte knyttet til reformen og forskning og forsøk ellers innen noen fagområder. I Kap. 7.5 tas opp behov for en bedre oversikt over den samlede FOU-virksomheten på feltet før det utarbeides en mer samlet FOU-plan der en ser ulike fagmiljøer i sammenheng. Forbindelsen til internasjonal forskning vektlegges.

Kap. 7.6 Informasjonen gir en oversikt over ulike informasjonstiltak knyttet til reformen og samarbeidet mellom Kommunenes Sentralforbund, Statens informasjonstjeneste og Sosialdepartementet i denne forbindelse.

I Kapittel 8 drøftes disponeringen av den fylkeskommunale rammen til drift av Helsevernet for psykisk utviklingshemmede, det gis anslag for samlede kostnader ved utbygging av et fullt utbygget tilbud til alle med psykisk utviklingshemming, og til slutt drøftes spørsmål vedrørende overføringsordningene til kommunesektoren.

Disponering av HVPU-rammen.

Basert på oppgaver fra fylkeskommunene utgjorde utgiftene til drift av HVPU i 1990-kroner vel tre milliarder kroner.

Dette beløpet foreslås disponert på følgende måte (kommunene er blitt orientert om dette): Alle kommuner får overført kr. 420.000 pr. person som hadde døgntilbud i HVPU. For personer som hadde dagtilbud blir det overført kr. 125.000.

100 millioner kroner avsettes til dekning av samarbeidstiltak og avlastning.

175 millioner kroner avsettes til små kommuner som kommer skjevt ut.

170 millioner kroner skal dekke fylkeskommunale spesialisttjenester.

Kostnader ved fullt utbygget tilbud til alle psykisk utviklingshemmede.

Det gjøres rede for en utvalgsundersøkelse som ble foretatt våren og sommeren 1989 og som er omtalt i St.prp. nr. 1 (1989-90), og for en ny og utvidet utvalgsundersøkelse som er foretatt i mars/april 1990, og som tar utgangspunkt i kommunenes virksomhetsplaner.

I begge undersøkelser gis det anslag for hva et fullverdig tilbud til alle psykisk utviklings-

Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming

hemmede (ca. 15.000 personer) vil koste. Det knytter seg betydelig usikkerhet til beregningene. Det er meget store variasjoner mellom kommunene, men i begge undersøkelser anslås totalkostnadene til 6 milliarder kroner.

I de to undersøkelsene gis også grove anslag for hva som i dag medgår til psykisk utviklingshemmede. Også disse beregningene knytter det seg betydelig usikkerhet til. Disse utgiftene anslås til ca. 3.7 milliarder kroner.

Det udekkete utgiftsbehov har hovedsaklig sammenheng med at hjemmeboende psykisk utviklingshemmede har et sterkt underforbruk av ulike typer tjenester.

Av hensyn til kommunenes planlegging vil departementet allerede nå antyde en økning i overføringene til kommunene på 700 millioner kroner for gjennomføringen av reformen i 1991.

Dersom det skulle vise seg å være ytterligere behov for midler, vil dette bli justert iforbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 1991. Den videre oppbygging vil en

komme tilbake til i forbindelse med den årlige budsjettbehandling etter hvert som en vinner erfaring med gjennomføringen.

Overføringer - Behovet for spesielle ordninger.

Departementets utvalgsundersøkelse viser at de kommunale kostnadene pr. person varierer kommunene imellom. Dette skyldes hovedsaklig at det er betydelige variasjoner i sammensetningen av sterkt ressurskrevende personer og personer med mindre ressursbehov. Det foreslås derfor at en del av de økte overføringene til helse- og sosialsektoren øremerkes til hjemmeboende psykisk utviklingshemmede. Disse midlene fordeles etter kriterier utenom inntektssystemet. Dette beløpet administreres i sammenheng med det beløp som er avsatt for å utjevne skjevfordelinger i utgifter for personer som skrives ut fra HVPU-institusjoner.

KAPITTEL 2

Gjennomføringen av reformen hittil.

2.1 HOVEDLINJER FOR PLANARBEIDET.

Etter at Stortinget vedtok avviklingsloven, var det av avgjørende betydning å få startet planlegging og andre forberedelser av reformen. Kommunene måtte forberede tilbakeflytting fra institusjonene og planlegge tilbud for hjemmeboende. Samtidig måtte fylkeskommunene forberede avvikling av institusjoner, organisering av overgangsordninger som f.eks. midlertidig drift av institusjoner etter 1990. Samordning av fylkeskommunal og kommunal planlegging ville bli helt nødvendig. Private institusjonseiere måtte innstille seg i forhold til reformen.

24.august 1988 sendte Sosialdepartementet ut Rundskriv I-31/88 Ansvar for tiltak og tjenester for mennesker med psykisk utviklingshemming.

I rundskrivet og vedlegget ble det gitt en mer utførlig tilråding til kommunene om hvordan en bør gjennomføre reformen. Tilrådingen baserte seg på erfaring fra kommuner som har etablert integrerte helhetstilbud for alle funksjonshemmede. Også dem med store tjenestebehov.

Det ble understreket at tiltaksplanen som skal lages for den enkelte skal inneholde en oversikt over de tiltak og tjenester som vedkommende trenger. Siden alle etater har ansvar i forhold til den konkrete person, bør alle etater delta under arbeidet med tiltaksplanene. Etatene har hver for seg ansvar for å sette i verk tiltak på eget område. Planarbeidet burde derfor foregå som et samarbeid mellom etatene og være politisk ledet. Representanter for brukerne burde være med.

Sentrale oppgaver for planleggingsgruppen var:

- Skaffe oversikt over brukere og tjenestebehov.
- Formidle tjenestebehov til etatene.
- Samordne planleggingen i samarbeid med etater og politiske organer.
- Samarbeide med brukere og pårørende om planer og tiltak.

Dette ble senere fulgt opp ved Rundskriv I-28/89. Her tok en opp bl.a. planleggingsarbeidet i kommunene; bruk/avvikling av institusjoner; klageforskriften; behov for spesialtjenester og fylkeskommunens engasje-

ment etter 1.1.1991; bolig og støttetjenester; arbeidsmarkedstiltak; en del økonomiske spørsmål; fylkeskommunens ansvar for tjenester fram til 1.1.1991; opplæring og informasjon.

Om klageordningen ble det vist til eget rundskriv. Det ble spesielt nevnt at valget av ny bostedskommune bør gjøres så tidlig at ny bostedskommune får rimelig tid til å utarbeide tiltaks- og virksomhetsplan.

Ut fra faglige tilrådingene anbefalte departementet at døgninstitusjoner bør være avviklet innen årsskiftet 93-94. Siste frist for avvikling skal være 1.1.1996. Denne tilrådingen ble gitt ut fra brukernes og de tilsattes interesser og av økonomiske hensyn. Beslutningene om hvilke institusjoner som skal gjøres om til boliger, hvilke som skal avvikles og tempoet i avviklingen skal i utgangspunktet treffes på lokalt nivå. Der hvor drøftinger ikke var kommet i gang, tilrådde departementet at fylkeskommunen tok initiativet til forhandlinger. Avgjørelsene om hva som skal skje med institusjonene må gjøres i samsvar med intensjonene for reformen.

Utflytting til bedre tilbud er en prosess som berører flere parter - brukere, pårørende, tilsatte, administrasjon og politiske organer. Det er derfor nødvendig med en planlagt avvikling gjennom et godt samarbeid mellom kommune, institusjon og fylkeskommune. Det er viktig å samordne utflyttingen slik at en tar rimelig hensyn til alle som bor i institusjonen/avdelingen, personalsituasjonen og økonomiske forhold. Det ble understreket at en ikke bør la dem med størst hjelpebehov vente til slutt.

Det ble videre påpekt at kommunene alene må bære utgiftene ved institusjonsdriften fra og med 1991.

I avsnittet om bolig og støttetjenester ble det lagt vekt på at de boliger som skal tas i bruk er praktiske, reduserer konflikter og sikrer privatliv. Departementet anbefalte at Husbankens krav til selvstendig bolig ble lagt til grunn.

Privatarealet, enten det er en vanlig bolig eller en del av et bofellesskap, burde omfatte stue, soverom, bad/toalett og kjøkken/kokemulighet. I tillegg til den egenverdi det har å bo slik, vil slike løsninger redusere konflikter og dermed behovet for personell. De som bor

slik vil kunne ta imot besøk av foreldre, søsken, venner og naboer uten å måtte gjøre dette på andres område. Boliger burde utformes for og ligge i vanlige boområder. Det vil gi fleksibilitet. Selv om det er en fordel at boligene til dem som trenger mest tjenester er nær kommunale servicesentre, ble det nevnt at en burde unngå unaturlige samlinger av boliger for personer med psykisk utviklingshemming.

Tjenestene som de ulike etater i kommunen skulle gi, må ta sikte på å gjøre den enkelte så selvhjulpne og aktive som mulig. Tjenestene burde gis etter den enkeltes skiftende behov. Det personalet som det vil være behov for, bør ikke ansettes i boligen, slik at automatiske institusjons- og klientforhold unngås. Alle bør se boliger som den enkeltes hjem.

Det må være klart hvem som er ansvarlig for å gi de enkelte tjenester. Det vil oftest være nyttig at personen eller familien har en kontaktperson å vende seg til.

Tjenester, også omsorgstjenester, skal gis den enkelte i boligen. For noen personer vil medisinsk og pleiefaglig innsikt og yrkesutøvelse være et hovedelement i det daglige tilbudet. Dersom dette er tilfellet, kan det være hensiktsmessig å knytte tilbudet til kommunehelseloven og regulere det etter sykehjemsforskriftene. Etter departementets vurdering burde en være varsom med slik godkjenning etter forskriftene for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. Det ble understreket at slik tilknytning burde være unntak.

Det ble opplyst at det ved alle fylkesarbeidskontor og enkelte arbeidskontor i 1989 ville bli ansatt tjenestemenn som skal samordne og utvikle arbeidsmarkedsetatens innsats overfor mennesker med psykisk utviklingshemming. Det ble videre gitt en oversikt over arbeidsmarkedsetatens ulike tiltaksformer.

I avsnittet om økonomiske spørsmål ble det bl.a. gjort oppmerksom på at departementet ville vurdere nærmere omfordelingsvirkningene av den overføringsmåten for HVPU-rammen som det var lagt opp til i Ot.prp.nr.49 (1987-88).

Tjenestebehovet til mennesker med psykisk utviklingshemming varierer sterkt. Enkelte små kommuner kan få ansvar for så ressurskrevende personer at utgiftene til tjenester vil utgjøre en urimelig økonomisk belastning for kommunen. I slike tilfeller ville fylkesmennene vurdere om det burde gis økonomisk kompensasjon for utgiftene gjennom den skjønsmessige del av inntektssystemet. Den endelige fordeling av disse midlene foretas av Kommunaldepartementet etter fylkesmennenes tilråding.

Departementet understreket at fylkeskommunenes plikt etter sykehusloven ikke endrer seg før 1.1.1991. Fylkeskommunene har ikke hjemmel for å kreve betaling fra kommunene for pasienters opphold i institusjon.

Vedrørende kriseinntak viste departementet til Ot.prp.nr.49(1987-88). Midlertidig lov om avvikling av institusjoner og kontrakter om privat pleie under det fylkeskommunale helservern for psykisk utviklingshemmede m.v. Der er det uttalt at som hovedregel bør det ikke tas inn nye beboere. Det bør imidlertid som en nødløsning være mulig å ta inn nye beboere for tidsbegrensede opphold hvis akutte behov oppstår.

Disse to rundskriv ga den viktigste faglige veiledning for utviklings- og utbyggingsarbeidet med reformen. Rundskrivene reflekterte den store vekt Sosialdepartementet har lagt på utvikling av kommunenes tiltaksapparat.

Det ble ikke lagt opp til et detaljert regelverk med standarder m.v. som i detalj binder kommunene. I systemet lå etter departementets mening en fleksibilitet som gjør det mulig å tilpasse reformen til lokale forhold.

Rundskrivene ble sendt ut før regjeringsskiftet høsten 1989. Etter dette skiftet er det lagt opp til en større fleksibilitet i den praktiske gjennomføringen av reformen. Dette kommer til uttrykk i Rundskriv I-17/90.

I dette rundskriv tar en opp flere forhold til avklaring som: organiseringen av kommunale tjenester, flytting fra institusjon/vertskommune, omlegging av institusjonssystemet til åpen omsorg, tempoet for avviklingen av institusjonssystemet, ulike sider ved det å bo, pensjonistene som bor i HVPU-institusjoner m.v.

Vedrørende utflytting fra institusjonene, ble det vist til at den fremstilling som var fremkommet i media om at HVPU-reformen innebar at psykisk utviklingshemmede skulle tvangsflyttes fra den vertskommune hvor de hadde bodd i lang tid, til sin opprinnelige hjemstedskommune. I loven er det bestemmelser som gjør at den enkelte kan slå seg ned og få tjenester fra den kommunen institusjonen ligger i, eller i en annen kommune. De økonomiske midler som overføres fra fylkeskommunene til kommunene vil følge den enkelte til den kommune hvor vedkommende slår seg ned. Dersom en kommune sier nei til en søknad, kan det klages til fylkesmannen. Dersom fylkesmannen finner at det er best for den enkelte, kan han pålegge kommunen å gi et passende tilbud.

I den praktiske gjennomføringen vil det bli lagt vekt på fleksible ordninger. En må unngå gruppetenkning som går ut på at alle psykisk utviklingshemmede trenger like tilbud. En

må ta utgangspunkt i den enkelte slik at alle får det tilbud som passer best. Det ble understreket at det strider mot reformens mål at noen skal flytte til et dårligere tilbud mot sin vilje.

En anbefalte at institusjonene ble avviklet innen en tidsramme fram til årsskiftet 1993-94 med en ramme fram til 1. januar 1996, men at tempoet for utviklingen i utgangspunktet avgjøres på lokalt nivå.

Den enkelte må få en bolig som ikke er en institusjon eller har institusjonskarakter, og som ligger i vanlige boområder. Boligene må ha en standard som tilsvarer det som er vanlig for andre mennesker. En bør følge Husbankens normer for selvstendig bolig, men Husbanken kan i tilfeller som gjelder ombygging gi dispensasjon fra normene. Man henviste til Sosialkomiteens merknader til Ot.prp. nr. 49 (1987-88) om at enkelte av de minste og mest hensiktsmessige institusjonene kunne omdannes til varige boliger. Dersom noen ønsker å bo sammen i bofellesskap er også det fullt mulig.

For noen personer med psykisk utviklingshemming vil medisinsk og pleiefaglig innsikt og yrkesutøvelse være et hovedelement i det daglige tilbudet. I slike tilfeller kan det være hensiktsmessig å knytte tilbudet til kommunehelseloven og regulere det etter forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg. Dog bør godkjenningsspraksis her være restriktiv. Departementet mente at det må finnes løsninger slik at eldre mennesker i pensjonsalderen slipper flytting som kan være uheldig for den enkelte, og anbefalte bruk av bygninger ved institusjonene til et alders/sykehjemstilbud.

Det ble opplyst at det i nær framtid vil bli satt ned et offentlig utvalg til å utrede rettssikkerhetsspørsmål. Det vil bl.a. si tilsyn, tvang, administrativ frihetsberøvelse og lovligheten av visse typer av behandlings- og treningsmetoder. Utvalget skal også klargjøre hvilke etiske retningslinjer som bør legges til grunn både i det daglige og i spesielle situasjoner.

Det ble også varslet om at man ville komme tilbake i Stortingsmeldingen til samarbeid mellom kommune/fylkeskommune om mennesker med store atferdsvansker der behandlingsdelen vil være en betydelig del av innholdet i vedkommendes livssituasjon i en lengre periode.

2.2 TILSKUDD TIL KOMMUNENE.

For å gjennomføre reformen har staten overført midler til planlegging i kommunene, tilskudd til styrking av tilbudene til de hjemmeboende mennesker med psykisk utviklingshemming og tilskudd til utskrivning av

personer i HVPU-institusjoner til nye tilbud i kommunene.

Planleggingstilskudd.

I perioden 1988-90 er det overført tilsammen 125 mill. kroner som tilskudd til kommunenes arbeid med å lage tiltaksplaner for nåværende brukere av HVPU-tjenester samt registrere og utarbeide tiltaksplaner for hjemmeboende personer med psykisk utviklingshemming. Planleggingsarbeidet har også bestått i å utarbeide kommunale virksomhetsplaner og inngå avtaler med fylkeskommuner eller private om overtakelse/leie og drift av institusjoner.

Planleggingstilskuddet har blitt fordelt slik at alle kommuner har mottatt et minimumstilskudd. Kommuner over 5000 innbyggere har fått et fast tillegg for hver nye 1000 innbyggere. De største kommunene har blitt vurdert særskilt. Ut fra en vurdering av forholdet mellom folketall og institusjonsstørrelse, er en del vertskommuner for HVPU-institusjoner tildelt tilskudd utover det beløp som fulgte av nøkkelen.

Styrkingstilskudd.

Det er Stortingets forutsetning at levekårene skal bedres for alle mennesker med psykisk utviklingshemming, også for dem som er hjemmeboende i kommunene uten tjenester fra HVPU. For å styrke/etablere nye tiltak til de hjemmeboende ble det i 1989 overført 86,7 mill. kroner til kommunene, øremerket til dette formålet. For 1990 vil det bli overført 136,5 mill. kroner. Tilskuddet er fordelt til kommunene dels etter folketall og dels etter antall hjemmeboende personer med psykisk utviklingshemming i den enkelte kommune.

Utskrivingstilskudd.

Det er vanskelig helt ut å samordne utflytting fra, og nedbygging av institusjoner. Det vil lett kunne oppstå en «pukkeffekt» fordi innsparinger i institusjonsdriften i en periode vil være mindre enn økningen i utgifter til lokale tiltak. I Ot.prp. nr. 49(1987-88) er det forutsatt at man skal søke å motvirke at denne effekten forsinker gjennomføringen av reformen. Det ble derfor i budsjettet for 1990 bevilget 45 mill. kroner som skulle fordeles til kommunene med kr. 10.000 pr. måned for hver utskrevet person.

Når denne stortingsmeldingen legges frem, er tallet på utskrevne og planlagte utskrivninger i 1990 kommet opp i ca. 1 000 personer.

2.3 OM PLANLEGGINGEN I KOMMUNENE.

Planleggingen har bestått i å registrere psykisk utviklingshemmede i kommunen, utarbeiding av tiltaksplan for den enkelte person og lage en kommunal virksomhetsplan som bygger på de behov som er registrert i tiltaksplanene.

De virksomhetsplanene departementet hittil har mottatt, viser at kommunene har lagt ned mye arbeid i planleggingen. Så langt departementet har oversikt, er de fleste kommuner nå ferdig med sine virksomhetsplaner. For en god del kommuner gjenstår den politiske behandling av planen i kommunestyret.

Departementet har gitt økonomisk støtte til en undersøkelse for å se på hvordan planarbeidet i kommunene har blitt utført og innhold/kvalitet på tiltaksplanene. Undersøkelsen utføres av forskningsavdelingen ved Diakonhjemmets sosialhøgskole i samarbeid med Sosialdepartementet. De endelige resultatene fra denne undersøkelsen, som omfatter ¼ del av landets kommuner, foreligger ennå ikke når denne stortingsmelding skrives.

Foreløpige resultater viser imidlertid at ca. ½ av kommunene har valgt å ansette egne planleggere som har stått for selve planarbei-

det. I et mindretall (ca. ¼) av kommunene har helse- og sosialsjef og pleie- og omsorgsleder stått mer sentralt i planleggingsarbeidet. I de sistnevnte kommunene kan det se ut som at man har lagt seg på en mer tverretattlig samarbeidsmodell. Materialet kan tyde på at kontakten mellom planleggere og pårørende/brukere i planleggingsfasen varierer endel. Det samme gjelder samarbeid med andre kommunale etater og kontakten med fagfolk/personale på institusjonene.

Mange av kommunene har støtt på problemer i planarbeidet. I tillegg til problemene med kommunens økonomi, er det vanligste problemet å få avklart fremtidig bostedskommune for de mest ressurskrevende personer som nå er på institusjon.

Et annet vanlig problem, som kommunene selv mener er av sentral betydning for en vellykket gjennomføring av reformen, er spørsmålet om kopling mellom planlegging og gjennomføring på områdene organisering og økonomi. Dette tilsier en viss forsiktighet med å forsere gjennomføringen, idet den praktiske erfaring som vinnes underveis kan komme hele reformen til nytte.

KAPITTEL 3.

Omlegging fra institusjonsomsorg til åpen omsorg.**3.1 OM INSTITUSJONENE****3.1.1 Tidligere behandling av saken**

NOU 1985:34. HVPU-utvalgets forslag.

HVPU-utvalget foreslo i 1985 at HVPU skulle avvikles i løpet av en 10-årsperiode. Det vil si at nedleggelsen skulle være avsluttet innen utgangen av 1995. Utvalget forutsatte at alle daværende HVPU-institusjoner skulle avvikles som tiltak for psykisk utviklingshemmede. Eksisterende boliger som tilfredsstilte Husbankens krav til selvstendig bolig burde kunne overtas vederlagsfritt av kommunene i den grad de passet inn i kommunenes planlegging. Utvalget mente at også dagaktivitetstiltak burde overføres vederlagsfritt til kommunene. De institusjoner som ikke tilfredsstilte de kvalitative normer, eller som ikke passet inn i kommunenes planer, burde fortsatt være fylkeskommunale, og avvikles på samme måte som sentralinstitusjonene.

Mange høringsinstanser var positive til at de mindre institusjonene ble overført til kommunene. Flere kommuner fryktet imidlertid at reformen ville bli hemmet av at kommunene fikk ansvaret for en institusjonsomsorg som en ønsker å avvikle.

Forslag i St.meld nr. 67(1986-87).

I St.meld.nr.67(1986-87) regnet Sosialdepartementet i 1987 med at mange av de mindre og nyere institusjoner sannsynligvis kunne overføres til kommunene uten store problemer. Institusjoner som var for store, for gamle eller så uhensiktsmessige at de ikke burde overføres til kommunene, burde avvikles, eventuelt etter en avviklingsperiode etter 1990. Kriteriene for overføring må være at institusjonene passer inn i kommunenes helse- og sosialplaner, og at de tilfredsstiller kravene til gode boliger.

Hovedutfordringen ble imidlertid å få til en raskest mulig nedbygging av de store institusjonene. Dette mente en best kunne gjøres ved at fylkeskommunene i samarbeid med kommunene konkret gjennomgikk institusjonene og utarbeidet planer med tidsbestemte frister for nedbyggingen. Departementet la således ikke opp til at staten normalt skulle bestemme hvilke institusjoner som skulle legges ned eller drives videre. Det avgjørende

måtte være hva som var best for beboerne. Dersom partene ikke kom fram til enighet om hva som skulle skje med en bestemt institusjon, måtte departementet ha fullmakt til å avgjøre saken.

Innst.S.nr.18(1987-88).Stortingets behandling av St.meld.nr.67(1986-87).

Sosialkomiteen sluttet seg i det vesentlige til departementets forslag. Kommunene skulle imidlertid overta ansvaret fra og med 1991, ikke 1990 som departementet hadde foreslått. Komiteen ba om en kostnadsanalyse. Komiteen understreket at HVPU-institusjonene ikke nødvendigvis skulle legges ned fra det tidspunkt kommunene overtok ansvaret. Det ble videre antatt at flere, særlig nyere og mindre, ville bli drevet for kommunenes regning i mange år framover.

Sosialkomiteen understreket viktigheten av prinsippet om at ingen skal flytte ut fra den institusjon før de har fått et kvalitativt bedre tilbud. Komiteen mente alle kan bo i en eller annen form for egen bolig/bofellesskap som bygges og organiseres slik at de fungerer som et hjem. Komiteen fant det ikke riktig å tallfeste noe maksimalt antall beboere i disse fellesskap, men understreket at dette måtte særdeles nøye vurderes ut fra beboernes ønske og behov.

Sosialkomiteen mente at kommunens plikter overfor psykisk utviklingshemmede ikke må avgrenses innenfor rammen av spesielt tilførte midler i forbindelse med reformen. Komiteen forutsatte også at kommunene etablerte et tilfredsstillende opplæringstilbud for elever med psykisk utviklingshemming og mente kommunene har et særlig ansvar for å tilrettelegge arbeidsplasser i egen virksomhet.

Ot.prp.nr.49(1987-88). Midlertidig lov om avvikling av HVPU.

Sosialdepartementet uttalte i proposisjonen at beslutningen om hvilke institusjoner som skulle gjøres om til boliger, hvilke som skulle avvikles og tempoet i avviklingen skulle treffes på lokalt nivå. Grunnlaget for beslutningene skulle være en konkret vurdering av hva som er best for den enkelte bruker. En skulle legge til grunn de samme krav til boligstandard som for andre mennesker. Boliger

som ikke hadde en standard som er vanlig i dag, måtte anses uaktuelle som varige boliger. Beslutninger om hva som skal skje med den enkelte institusjon må være tatt før ansvaret overføres til kommunene. Da vil det være klart om det tas sikte på varig drift, eller om det blir snakk om kommunalt ansvar i en avviklingsperiode.

Siden det kan oppstå uenighet mellom partene, ble det foreslått lovbestemmelser slik at departementet skal kunne gripe inn og bestemme at en institusjon skal legges ned. Det ble også foreslått bestemmelse som gir departementet adgang til beslutte nedleggelse på eget initiativ.

Departementet uttalte at det måtte finnes fram til praktiske løsninger for videre drift i avviklingsperioden etter 1991.

Innst.O.nr.78(1987-88).Stortingets behandling av lovforslaget.

Sosialkomiteen sluttet seg enstemmig til avviklingen av HVPU. Det ble uttalt at fylkeskommunene sammen med kommunene måtte følge opp arbeidet med utflytting av beboere fra institusjonene. Av hensyn til mennesker med psykisk utviklingshemming var det viktig at det pågående arbeid ikke ble forsinket.

Komiteen viste til at det skulle utarbeides en tiltaksplan for hver enkelt bruker. Etter komiteens mening ville dette planarbeidet være det sentrale for de avtaler som skulle etableres. Det ble vist til at flere av de nyere og mindre institusjonene var forutsatt drevet videre i flere år. Det ble understreket at en del av de minste og mest hensiktsmessige institusjonene kunne utvikles til gode varige boliger. I næringssvake kommuner med sentral-

institusjoner, måtte det bli satt inn virkemidler med tanke på alternative arbeidsplasser. Disse virkemidler skulle legges opp etter samme modell som overfor andre ensidige næringskommuner.

Komiteen understreket betydningen av at det etableres interkommunale samarbeidsordninger. Etter komiteens oppfatning fritar opprettelsen av habiliteringsteam i fylkeskommunen ikke kommunen for oppbygging av egen kompetanse. Komiteen ba også om en avklaring av de døvblinde psykisk utviklingshemmedes situasjon, som ikke var vurdert i proposisjonen.

Sosialkomiteen pekte på at de reelle kostnadene ved reformen ikke var kjent og ba om at departementet forserte arbeidet med å få klarlagt dette, inklusive et utvidet tilbud til de som nå bor hjemme.

3.1.2 Om institusjonene, personale og brukere.

I dette avsnittet er det brukt materiale både fra offisiell statistikk og oppgaver fra kommunene.

Materiale fra kommunene viser at det er vel 15.000 mennesker med psykisk utviklingshemming i Norge i dag. Av dette er vel 8000 hjemmeboende uten tilbud fra HVPU. HVPU-brukerne fordeler seg med ca. 5000 med døgntilbud og ca 2000 med dagtilbud. En finner ellers et betydelig avvik i alderssammensetning mellom døgnbrukere og de som er utenfor HVPU. F.eks. er halvparten av de med døgntilbud over 40 år mot bare ca. 20 pst. blant hjemmeboende. I perioden 1977-87 har det vært gjennomsnittlig ca. 60 utskrivninger og 60 inntak pr. år. Maksimalt 10 pst. av brukerne har blitt skiftet ut i løpet av 10-årsperioden.

Døgninstitusjoner fordelt etter antall brukere (pst.) og beboerne fordelt etter institusjonsstørrelse (pst.). Landsbasis.

Institusjonsstørrelse	1-6	7-24	25-50	50+
Andel institusjoner	32	50	11	8
Andel klienter	7	29	16	48

Av døgninstitusjonene (inkl. kombinerte institusjoner regnet etter antall døgnbrukere), så har nærmere 1/3 under 7 brukere. En betydelig andel av institusjonene vil derfor kunne egne seg for videreføring i kommunal regi som boliger, forutsatt at de bygningsmessige forhold er tilfredsstillende. Kun 8 pst. av døgninstitusjonene har over 50 klienter. Vi finner imidlertid nærmere halvparten av brukerne i de største institusjonene mot bare 7 pst. i de minste.

Eierforholdet for de største institusjonene fordeler seg med 70 pst. på fylkeskommunene og 30 pst. på private.

Personell i internatinstitusjoner i HVPU. Årsverk.

Det var ansatt 9303 personell omregnet til årsverk i institusjonene i 1987.

Fordelt på yrkeskategorier fordelte personalet seg slik:

Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming

Yrkeskategori	Antall	pst.
Psykiatere	2	0.02
Psykologer	56	0.6
Fysioterapeuter og mensendicksykegym- naster	54	0.6
Sosionomer	55	0.6
Leger	21	0.2
Ergoterapeuter	215	2.3
Pedagoger	259	2.8
Sykepleiere	378	4.1
Vernepleiere	878	9.4
Adm./teknisk	1780	19.1
Hjelpepleiere	2628	28.3
Miljøpersonale uten utdanning	2977	32.0
SUM	9303	100.0

Kilde: SSB, Helseinstitusjoner 1987.

Oversikten viser at hjelpepleiere/miljøpersonell uten utdanning og teknisk/administrativt personell utgjorde ca. 80 pst. av alle årsverk i internatinstitusjonene. I kategorien hjelpepleiere er en viss andel av disse godkjent uten formell kompetanse. I kategorien miljøpersonale vil det være enkelte ansatte som har aktivitørutdanning. Det går frem at miljøpersonell uten utdanning utgjorde den høyeste prosentandelen (32 pst.) av de totale årsverk. Personell med høyere utdanning utgjør kun 20 pst. av alle årsverk. Omlag halvparten av disse er vernepleiere.

Aldersfordeling og tilbud fra HVPU for personer det er laget tiltaksplaner for.

Den følgende framstilling bygger på data fra et representativt utvalg av landets kommuner. Omregnet til alle kommuner vil det gi den fordeling på alder og tiltak som går fram.

	Døgntilbud	Dagtilbud	Hjemme- boende	Sum pst.
	HVPU pst.	HVPU pst.	Uten HVPU pst.	
0-6 år	0.2	0.4	11.2	5.8
6-16 år	2.8	5.9	25.4	14.6
17-20 år	4.2	7.0	13.4	9.2
21-40 år	41.9	63.8	29.1	38.8
41-67 år	40.5	22.5	18.4	26.7
Over 67 år	10.3	0.4	2.4	4.9
SUM	99.9	100.0	99.9	100.0

Tabellen viser at aldersgruppen 0 - 20 år utgjør i underkant av 30 pst. av de registrerte. Disse personene benytter bare 7.2 pst. av plassene i døgningstusjonene i HVPU, mens halvparten av de hjemmeboende uten tilbud fra HVPU var i aldersgruppen 0-20 år. Dette viser utviklingen med at barn og unge i liten grad benytter døgningstusjoner i HVPU. Personer i alderen 21 - 67 år benytter hele 82.4 pst. av plassene i disse døgningstusjonene og 86.3 pst. av daginstusjonene i HVPU.

3.1.3 Retningslinjer for omleggingen.

Etter at Stortinget fattet vedtak om å avvikle HVPU og føre ansvaret over til kommunene, har departementet som nevnt i kap. 2 sendt ut flere rundskriv med retningslinjer for omleggingen.

I rundskriv I-17/90 av 15.03. d.å. tar sosialministeren opp en del sider av reformen som det var viktig å få belyst ut i fra det arbeidet som pågikk i kommunene og fylkeskommunene.

Det blir her bl.a. understreket at det er viktig at en ikke bygger opp en ny kommunal særomsorg. *En må satse på fleksible ordninger tilpasset den enkelte innen det vanlige hjelpeapparatet i kommunene.*

Det er viktig å gi den enkelte en bolig som ikke er en institusjon eller har institusjonskarakter, og som ligger i vanlige boligområder. Mange av de minste og mest hensiktsmessige institusjonene kan omdannes til varige boliger.

Det påpekes ellers at de som flytter fra institusjoner ikke alltid ønsker å flytte til en helt egen bolig. Noen ønsker av ulike årsaker å bo sammen i et tettere bofellesskap. De lever da som i en familie, og kravet til privat areal blir da annerledes enn om det var en egen leilighet. Enkelte institusjoner eller deler av disse kan egne seg for slike løsninger. Det samme kan tidligere personalboliger. Det er da viktig at de som bor der, får de nødvendige tilrettelagte tjenestene i hjemmet av det vanlige kommunale hjelpeapparatet.

Kommunene har ansvaret for de grunnleggende tjenestene for alle uansett grad eller type funksjonshemming.

I dette rundskrevet vises det også til at for noen personer med psykisk utviklingshemming vil medisinsk og pleiefaglig innsikt og yrkesutøvelse være et hovedmoment i det daglige tilbudet. Et lite antall psykisk utviklingshemmede kan ha så store adferdsvansker at det kreves inngripen og grensesetting i dagliglivet. Dersom dette er tilfelle, kan det være hensiktsmessig å knytte tilbudet til kommunehelseloven og regulere det etter forskriften for sykehjem og boform før heldøgns omsorg og pleie.

I flere tilfelle er institusjonsbeboerne gamle og føler en sterk tilknytning til stedet der de har bodd gjennom mange år.

Det gis derfor i rundskrevet uttrykk for at en må finne løsninger slik at eldre mennesker i pensjonsalderen slipper flytting som kan være uheldig for den enkelte. Slike løsninger kan være at bygninger ved institusjonen brukes til alders/sykehjemstilbud som kan drives videre for de aktuelle beboerne på institusjonen når den for øvrig er avviklet. Også her må en legge vekt på individuelt tilrettelagte tilbud og forebygging av funksjonstap, i tråd med det en prøver å oppnå innen moderne eldreomsorg.

En må imidlertid her være klar over at etter hvert som tallet på dem som bruker et slikt tiltak reduseres, vil en komme til et punkt der en må vurdere om det er menneskelig og økonomisk forsvarlig å opprettholde tiltaket. Det er kommunen som står økonomisk ansvarlig for driften, og en bør da ha som siktemål at personene kan bli overført til kommunenes ordinære alders- og sykehjemsopplegg.

3.1.4 Overføring av ansvar til kommunene - inngåelse av avtaler.

Loven forutsetter at det på flere områder blir inngått avtaler mellom kommunene, fylkeskommunene og eventuelle private institusjonseiere. Det gjelder drift av institusjonene i avviklingsfasen, avvikling av institusjoner og eventuell overtaking av bygninger og områder.

Til hjelp i arbeidet med å inngå avtaler, har departementet i rundskriv I 60/89 av 10.11.89 sendt ut forslag til standardavtaler som dekker følgende områder:

- Avtale om overdragelse av HVPU-eiendom fra fylkeskommune til kommune.
- Avtale om overføring av forpliktelser og rettigheter overfor privat institusjon fra fylkeskommune til kommune.

- Avtale om overdragelse av privat institusjonseiendom til kommune.
- Avtale om midlertidig drift av institusjon som skal avvikles etter 1. januar 1991.

Inngåelse av driftsavtaler.

Etter §§ 3 og 5 i midlertidig lov om avvikling av det fylkeskommunale helsevern skal fylkeskommunen, private institusjoner og kommunen innen 1. mars 1990 ha inngått de nødvendige avtaler vedkommende midlertidig drift av institusjoner som skal avvikles etter 1. januar 1991.

Driftsansvar.

Det er flere muligheter for organiseringen av driften fra 1991 i en avviklingsperiode. Den kan legges til fylkeskommunen, vertskommunen eller et interkommunalt samarbeid.

Etter loven er spørsmålet åpent, og det er opp til kommunene og fylkeskommunene å komme frem til avtaler.

Normalt vil det mest praktiske være at fylkeskommunen eller annen nåværende eier organiserer driften i avviklingsperioden. En har da større sikkerhet for at institusjonene blir avviklet med tilstrekkelig styring, og at kommunene kan bruke tid og krefter på å bygge ut tiltak i kommunene til erstatning for institusjonene.

Departementet har derfor i rundskrivene I-28/89 og I-60/89 tilrådd at institusjonseieren står for organiseringen av driften i avviklingsperioden med utgiftsdekning fra brukerkommunene.

Ut fra de opplysningene departementet har, viser det seg at det stort sett er denne modellen som blir fulgt i avtalene.

Institusjonene vil i avviklingsperioden være drevet etter Lov om kommunehelsestjenesten. Dette innebærer at kommunene også har det faglige ansvaret for opplegget på institusjonen så lenge den er i drift. Departementet vil ta opp til nærmere vurdering hvordan dette ansvaret skal utøves i praksis. En mulig løsning er at styret for institusjonen oppnevner et faglig råd som kan bistå styret i faglige spørsmål i avviklingsperioden.

En forutsetter imidlertid at den administrative ledelsen ved institusjonen også har faglig kompetanse, og kan bistå styret i faglige spørsmål i avviklingsperioden.

Tilsynsutvalgenes funksjon vil bestå til institusjonene er avviklet.

Enkelte mindre og nyere distriktshjem vil i tråd med Sosialkomiteens antagelse kunne drives i mange år fremover etter Lov om kommunehelsestjenesten, eventuelt som interkommunalt samarbeid.

Økonomisk ansvar.

Det har vært en del ulike tolkninger av hvilke kommuner som står økonomisk ansvarlig i avviklingsperioden.

Departementet har derfor funnet at en vil legge fram en proposisjon som klargjør dette forholdet. I henhold til dette lovforslaget vil det være den kommunen som har innvilget søknad fra en person om å få bosette seg der som skal betale for et eventuelt institusjonsopphold etter 01.01.91. De som ikke søker ny bostedskommune, beholder sin opprinnelige bostedskommune som vil være ansvarlig for oppholdsutgiftene.

Kommunene er økonomisk ansvarlig for alle driftsutgifter ved institusjonen. Ansvar er ikke avgrenset til det beløp kommunen får overført fra staten ved fordeling av HVPU-rammen.

Avtalen om dekning av utgiftene bør inneholde en oversikt over de beboere kommunen har i institusjonen.

Kommunene skal betale vederlag i avviklingsperioden på grunnlag av den avtalte fordeling av plassene.

Da kapitalutgiftene ikke er inkludert i overføringen av HVPU-rammen til kommunene, holdes renteutgifter utenom vederlagsberegningen.

Departementet har understreket at når kommunene har det økonomiske ansvaret, må de også ha reell innflytelse på driften og budsjettet. En har anbefalt at det fra 01.05.90 opprettes et styre for institusjonen i avviklingsperioden med følgende sammensetning: Brukerkommunene (3), institusjonseierne (2), de tilsatte (1) og Norsk Forbund for Psykisk Utviklingshemmede (1).

Det er brukerkommunene som må vedta budsjettet og godkjenne regnskapet. Departementet har foreslått at den myndigheten legges til et representantskap som består av representanter fra brukerkommunene i det fylket hvor institusjonen ligger.

Kommunalt ansvar for avviklingen.

I henhold til loven er det kommunene som i samråd med fylkeskommunene skal beslutte hvilke institusjoner som skal nedlegges, og planlegge avviklingen av dem. Tempoet for avviklingen av den enkelte institusjon som skal nedlegges, avgjøres på lokalt nivå.

Normalt vil det være best med en forholdsvis kort avviklingsperiode når prosessen først er i gang. Dette ut i fra både brukernes og de tilsattes interesser og økonomiske vurderinger. På den annen side må det gis tilstrekkelig tid til å bygge opp et godt alternativ utenfor institusjon.

Departementet har anbefalt en tidsramme fram til årsskiftet 93/94 med en formell ramme til 01.01.96.

I praksis vil utarbeiding av avviklingsplanene måtte være en prosess hvor planene for institusjonene tilpasses planene for beboerne. De bør få et varig tilbud utenfor institusjonene så snart dette er mulig. Av de opplysningsene departementet har fått når det gjelder planer for avvikling av institusjonene, går det fram at det på dette tidspunktet er store variasjoner fra institusjon til institusjon og fra fylke til fylke. For noen institusjoner er kommunene og fylkeskommunen blitt enige om en avviklingsplan. Ved andre institusjoner vil en først starte prosessen etter at tiltaksplanene for alle beboerne og virksomhetsplanene er ferdige.

3.1.5 Overdragelse av HVPU-eiendom til kommunene.

I de tilfeller fylkeskommunal institusjon eller bolig skal overdras til kommune(r) etter denne bestemmelsen, skal bygninger med utstyr overdras vederlagsfritt. Departementet har utarbeidet forslag til standardavtaler for hvordan denne overdragelsen kan reguleres. Avtalen skal bl.a. inneholde bestemmelser om hvordan det skal forholdes med grunnareal og gjeldsforpliktelse. Kommunen som overtar institusjonen, vil også måtte overta de gjeldsforpliktelser som påhviler eiendommen og som skriver seg fra oppføring eller ombygging av institusjonen, eller anskaffelse av utstyr. I en del tilfeller kan det være aktuelt å overta en del av eiendommen. Dette kan f.eks. gjelde tilfeller der det er større grunnarealer tilknyttet eiendommen, eller det er bygninger som er unaturlige å overføre til kommunen med tanke på boligtilbud. Det må tas hensyn til slike forhold ved fastsetting av de gjeldsforpliktelser kommunen skal overta i forbindelse med overføringen.

Ved to av sentralinstitusjonene har vertskommunen bygd, og stått som eier av, skolelokaler, med finansiell støtte dels fra fylkeskommunen dels fra staten. Disse lokalene utgjør en forholdsvis liten del av anlegget. I arbeidet med avtaler om overdragelse av eiendom bør disse lokalene tas med, innenfor den samlede disponeringsplanen.

Bygningsmasse som skal benyttes til andre formål f.eks. i helse- og sosialsektoren, kommer ikke inn under bestemmelsen om vederlagsfrihet. Kommunene og fylkeskommunene må da forhandle og gjøre avtaler på fritt grunnlag. Departementet har imidlertid i enkelte tilfeller gitt samtykke til at kommuner kan få overta en bygning og bruke den til andre formål etter en avviklingsperiode mot at de

nytter verdien til å bygge opp nye tiltak som er i samsvar med intensjonen i reformen.

I de tilfeller privateide institusjoner kan omgjøres til varige boliger eller andre tiltak for mennesker med psykisk utviklingshemming, kan kommunen eventuelt avtale med eieren å overta eiendommen til avtalt pris.

Fylkeskommunens utgifter til renter og avdrag på lån går ikke inn i det fordelingsbeløpet som den enkelte kommune mottar av HVPU-rammen for de beboerne som bosetter seg i kommunen.

De kommunene som overtar eiendomsretten til og gjeldsforpliktelsene ved institusjoner, vil få overført et beløp tilsvarende de utgiftene til renter og avdrag som fylkeskommunen ellers ville ha dekket. Dette vil skje ved en justering av rammetilskuddene til fylkeskommunen og kommunen, og gjelder ved overtakelse både av fylkeskommunal og privat institusjon. De kommunene som skal inngå driftsavtale med en privateid institusjon, vil på samme måte få overført fylkeskommunenes kapitalutgifter vedrørende institusjonen, og forutsettes å dekke renter og avdrag gjennom leien. Hvis fylkeskommunen har dekket kapitalutgiftene ved en privat institusjon som skal avvikles senere enn 1. januar 1991, skal institusjonseieren fortsatt avlastes for kapitalutgiftene i avviklingsperioden. Departementet legger opp til, om man ikke lokalt avtaler noe annet, at et beløp tilsvarende fylkeskommunens utgifter til renter og avdrag overføres til institusjonskommunen, som så får ansvaret for å dekke kapitalutgiftene i avviklingsperioden.

Mange fylkeskommuner har panterrett i institusjoner på grunnlag av betalte avdrag/avskrivninger (skadesløsbrev). Slik panterrett overtas av institusjonskommunen ved overtakelse av eiendom.

På grunnlag av inntektsmateriale fra fylkeskommuner om avtale-inngåelser antas at det totalt vil bli overført mellom 100 og 150 millioner til kommuner til dekning av kapitalutgifter.

Når ikke alle kommunene og fylkeskommunene har inngått de nødvendige avtalene innen fastsatt frist, har dette flere årsaker. Ved enkelte institusjoner er det uklare eierforhold der Staten f.eks. eier grunnen, stiftelser eller organisasjoner eier noen bygninger, og fylkeskommunen eier andre. Når det gjelder kapitalutgiftene til renter og avdrag, er de for det meste betalt av staten/fylkeskommunene. I enkelte tilfeller er det heller ikke klare avtaler for hvordan bygningsverdien skal utløses ved overdragelse. Dette har vært en kompliserende faktor i forhandlingene om overdragelse av bygninger.

I tillegg til fylkeskommuner og private eiere har foreldrelag og støttelag gitt betydelige midler til investeringer i varige verdier til beste for dem som har bodd på institusjonene. Det kan gjelde svømmebasseng, hytter, utstyr m.m. I forhandlingene om overdragelse av institusjonsbygningene fra private eiere har en i flere tilfelle gjort avtaler om at de private institusjonseierne får tilbakebetalt de investeringsmidlene de har satt inn.

Alternativ bruk av bygninger og område.

Institusjonsbygningene og tilstøtende arealer representerer store samfunnsverdier. Det er derfor viktig at disse verdiene kan nyttes til ulike tiltak og formål som kan gi nye arbeidsplasser til erstatning for de som måtte gå tapt ved avviklingen av institusjonene.

Gjennom de generelle virkemidlene som Kommunaldepartementet administrerer, kan det søkes støtte til alternativ virksomhet i kommunene. Da vil institusjonsbygningene være en ressurs.

Fylkeskommunene må vurdere om bygningene kan brukes til tiltak innenfor fylkeskommunens ansvarsområde.

Også staten driver en del tiltak lokalisert til ulike steder i landet. Det vil bli vurdert om bygninger ved enkelte institusjoner kan brukes til statlig virksomhet. Dersom det faglig og miljømessig ikke er noe til hinder for å legge en statlig virksomhet til et institusjonsområde, vil en prioritere det framfor å bygge nye bygninger andre steder.

3.1.6 Forhold ved institusjonsavvikling som spesielt angår beboere, pårørende og personalet.

Avvikling av heldøgnsinstitusjoner er krevende prosess for alle involverte. Erfaringer fra avvikling av institusjoner er dokumentert fra psykiatriske sykehus blant annet i Sverige og Norge. Videre er det grunnlag for å trekke visse erfaringer fra det arbeidet som er gjort så langt i avvikling av institusjoner i HVPU.

Det ser her ut til å være vanlig at:

- Institusjonens arbeidsmiljø utsettes for store påkjenninger.
- Beboere flyttes mellom avdelinger på institusjonen.
- De ansatte omplasseres på institusjonen og får nye arbeidsoppgaver.
- Antall vikarer øker under avviklingsperioden, mens utdannede og erfarent personell søker nytt arbeid.

Ved kunnskap om disse virkninger kan en søke å forebygge uheldige effekter mest mulig.

Nedenfor pekes på enkelte av de problemer og vansker beboere, pårørende og personalet kan møte på ved institusjonsavvikling. Da disse spørsmålene er viktige for den praktiske gjennomføringen av reformen, har departementet i det følgende gitt en forholdsvis inngående drøfting av dem.

Om beboerene

Beboere som tidligere har flyttet til institusjon som avvikles skal som følge av reformen flytte ut. Hvordan avviklingen oppleves av den enkelte vil være avhengig av flere forhold:

- Den enkeltes muligheter til å forstå at han/hun skal flytte.
- Hvor godt flyttingen blir planlagt og gjennomført.
- Hvilken innstilling som formidles fra personale, pårørende og eventuelt andre som står beboeren nær.
- Hvordan han/hun blir berørt av avviklingen i forhold til de daglige rutiner og gjøremål.

Avviklingsfasen vil for mange være en kritisk periode. Beboere kan bli urolige av stadige forandringer i omgivelsene når de ser at den ene etter den andre flytter ut uten å kanskje forstå hvorfor. Her vil det være forskjeller om man avviker institusjonen avdelingsvis eller enkelt-beboere og personell fra samme avdeling flytter ut sporadisk. Blant de beboere som forstår at institusjonen skal avvikles vil situasjonen være anderledes. De har ofte sett at andre ved institusjonen har flyttet inn i boliger med bedre standard og mer privatliv enn hva dagens botilbud gir, og ser fram til at de skal flytte selv. Erfaring viser at under de fleste omstendigheter vil avviklingsperioden være forbundet med uro for beboerene. Særlig vanskelig er situasjonen der hvor det ennå ikke er fattet noen endelig beslutning om framtidig bostedskommune, og framtiden derfor er usikker. Dette er et problem både for de det gjelder, og for den kommunen som eventuelt skal planlegge og tilrettelegge tiltak.

Pårørende

Pårørende kan også utsettes for store påkjenninger. De må omdefinere framtiden for seg og sitt barn. De forutsetninger som tidligere har ligget til grunn er radikalt endret. For mange familier har institusjonen vært det trygge stedet for deres barn.

Det vil være store variasjoner blant pårørende om hvordan de opplever avviklingsperioden: Pårørende som er fornøyd med det nåværende tilbud og som enten ikke ønsker noe annet tilbud eller ikke har hatt anledning

samarbeide med kommunen og institusjonen om framtidig tilbud, er rimeligvis meget engstelige for fremtiden. Mange pårørende er i tvil om kommunene vil gi tilbud som er like bra eller bedre.

Andre pårørende er glad for at deres barn skal få bolig og andre tiltak og tjenester som gir en mer normalisert livssituasjon, og at de får sine barn i sitt lokalmiljø. Hvordan avviklingen oppleves av pårørende vil variere sterkt avhengig av den enkelte families situasjon, og hvordan kommunen i samarbeid med de pårørende og med fylkeskommunen har planlagt alternativer.

Det er viktig å se pårørendes situasjon i forhold til den historie den enkelte familie har: Mange foreldre som nå er gamle, har tidligere blitt fortalt av representanter for det offentlige at det beste for deres barn vil være flytting til institusjon. Nå sier de «samme» representanter at flytting fra institusjon er det beste. Enkelte har også blitt oppfordret til å «glemme» sitt barn ved institusjonsanbringelse for mange år siden.

Personalet

Også for personalet vil avviklingsfasen få ulike konsekvenser avhengig av flere forhold. Kritikken av HVPU og særomsorg som system blir ofte oppfattet som en kritikk rettet direkte mot de ansatte. Denne kritikk kan rimeligvis oppfattes som urettferdig. Å arbeide i en virksomhet hvis overordnede mål er å avvikle sin egen arbeidsplass er svært krevende. Dersom personalet i liten grad er tatt med på planlegging av alternative tilbud for beboere de kjenner godt, kan dette bidra til stor skepsis til gjennomføring av reformen. Situasjonen er særlig vanskelig for ansatte som ser små utsikter til arbeid i den framtidige omsorgsstrukturen eller i annen virksomhet i lokalmiljøet.

Hva kan gjøres for å lette avviklingsprosessen?

Det er vanskelig å gi generelle retningslinjer for hvordan man best kan styre avviklingsprosessen. Det er dessuten svært ulikt hvor langt de enkelte institusjoner har kommet. Avviklingen må tilpassess den enkelte institusjon, og de forhold som kjenntegner denne. Det er stor forskjell på å avvikle en sentralinstitusjon som også inneholder virksomheter som sysselsettingstiltak/dagsenter og institusjonsskole, og hvor beboere kommer fra ulike deler av landet, og en mindre boinstitusjon hvor beboerne i hovedsak har institusjonskommunen eller nærliggende kommune som bostedskommune.

Strategier som kan lette avviklingsprosessen som omtales her knyttes til de tre partene beboere, pårørende og personale. Det stilles store krav til ledelsen ved avvikling av institusjoner. Ledelsen har ansvar for at de overordnede mål som er bestemt av Stortinget om avvikling av HVPU forstås, nedfelles og konkretiseres ved den enkelte institusjon. Dette krever klare beslutninger kontinuerlig informasjon og dialog med de berørte parter. Det er her helt nødvendig at ledelsen påtar seg ansvar for at berørte parter blir innforstått med at virksomheten skal avvikles. Visse momenter må vektlegges for å lette avviklingen:

- Kunnskap om reformens mål og bakgrunn.
- Avviklingsplan med klare mål, virkemidler og tidsfrister.
- Kontinuerlig dialog mellom beboere, pårørende og ansatte. Klar ansvarsfordeling i avviklingsperioden både internt i institusjonen og mellom institusjon/fylkeskommune og kommune. Kunnskap om gjeldende regelverk i forhold til beboeres rettigheter. Kunnskap om lov og avtalerett for arbeidstakeres rettigheter.

Kjennskap til målene for reformen

Det er viktig at nøkkelpersoner ved institusjonen har god innsikt i den tankegang som ligger til grunn for reformen. Departementet mener at opplæring av ansatte for å bedre deres realkompetanse vil være et viktig virkemiddel i avviklingsperioden. Her kan Sosialdepartementets opplæringsprogram «Basis-kunnskap om normalisering og psykisk utviklingshemming» benyttes. For nærmere omtale av dette opplæringsprogrammet vises det til kap. 7.1.

Avviklingsplan

Avvikling av institusjoner krever en systematisk og planmessig styring som nedfelles i en avviklingsplan. Tid og tempo for avvikling vil være avhengig av avtaler mellom institusjon og kommuner om utflytting.

Informasjon til beboere og pårørende:

Informasjon til beboere og pårørende kontinuerlig i avviklingsprosessen er av avgjørende betydning. Erfaringer viser at det ofte er grunnleggende informasjonssvikt i forhold til pårørende. Informasjonen bør legges opp slik at den gir rom for dialog mellom partene. Det er av stor betydning at kommunenes og institusjonens representanter samarbeider om denne virksomheten. Dette fordi de ansatte kjenner beboeren godt, mens de ansatte i kommunene representerer de nye tiltak og

tjenester. Det har gitt positive resultater at foreldre som har erfaringer med utflytting har deltatt i informasjonsopplegget, eventuelt at beboere og pårørende har fått se konkrete alternativer til dagens tilbud.

Det må tilrettelegges slik at det gis reelle muligheter for planlegging omkring den enkelte sammen med pårørende og institusjonens og kommunens personell. De individuelle tiltaksplanene vil være et godt redskap i denne sammenheng. Beboerens forutsetninger for å delta i planleggingen av egen framtid varierer meget. Det er viktig å ivareta deres synspunkter og preferanser i den grad de har forutsetninger for å uttrykke disse og delta i forberedelsesprosessen.

Personalforvaltning

Det er nødvendig at de ansatte får støtte og klar informasjon om sitt ansattelsesforhold, slik at uro for egen stilling reduseres mest mulig. Mange HVPU-institusjoner og fylkesteam har, i samarbeide med andre instanser, iverksatt ulike opplæringstiltak for å skolere de ansatte for arbeid i kommunene. Disse tiltak er oppsummert som svært positive av de berørte. Det bør også tilrettelegges for at personell uten fagutdanning kan tilbys utdanning som gir formalkompetanse. Departementet mener at slike tiltak vil være hensiktsmessig for å bedre kompetansen i den kommunale omsorg, og for å forebygge arbeidsledighet. Informasjonsbehovet til personalet er meget stort i en avviklingsfase. Institusjonen har store arbeidsoppgaver i avviklingsfasen: I tillegg til ordinær virksomhet, vil selve avviklingen innebære mange og nye arbeidsoppgaver. Erkjennelsen av at dette er vanskelig for de ansatte og at samarbeid med tillitsvalgte er nødvendig, er derfor vesentlig. Ledelsen og de tillitsvalgte bør derfor ha tett og god kontakt under avviklingsfasen. Kommunenes Sentralforbund (KS) og Landsorganisasjonens forhandlingssammenslutning i den kommunale sektor (LOK) har gitt en felles tilråding om de ansattes forhold ved avvikling av HVPU. Hensikten med denne er å lette den lokale gjennomføring av reformen. Etter departementets syn vil en personalpolitikk som bygger på denne tilråding være hensiktsmessig for den videre gjennomføring av reformen.

Om utflytting.

Sosialdepartementet har i rundskriv I 60/89 anbefalt at det etableres et midlertidig driftstyre for den enkelte institusjon i avviklingsperioden (jfr. ovenfor).

Det bør organiseres en styrt avvikling som tar hensyn til miljøet på institusjonen, som fo-

rebygger flytting av beboere innen institusjonen, og som gjør det enklere å styre og beregne kostnadene i utviklingsfasen. Erfaring fra institusjonsavvikling viser at denne bør gjennomføres relativt raskt. Hva som vil være rimelig avviklingstid vil variere avhengig av hvor langt man er kommet pr. 1.1.1991. Rimelig avviklingstid må også sees i sammenheng med hvor langt kommunen har kommet i oppbygging av alternative tilbud.

3.2 VERTSKOMMUNENE.

3.2.1 Om kommunene.

Utviklingen av sentralinstitusjonene og andre institusjoner for mennesker med psykisk utviklingshemming vil berøre vertskommunene og deres innbyggere på forskjellige måter: tap/skifte av arbeidsplass, flytting, endring i sosiale nettverk m.m. Virkningene vil imidlertid variere avhengig av bl.a. institusjonens betydning for den totale sysselsettingen i kommunen. Størst vil konsekvensene bli i kommuner hvor institusjonen har utgjort arbeidsplasser med samme betydning som store industribedrifter i ensidige industrikommuner. En slik situasjon stiller kommunene overfor store utfordringer m.h.t. til et aktivt omstillingsarbeid for å fremme lokal næringsutvikling og utbygging av de kommunale tjenester. Der hvor mange av institusjonsbeboerne blir boende i kommunen, vil imidlertid omstillingsprosessen strekke seg over mange år.

Vertskommunene er geografisk spredt over nesten hele landet. Både by- og landkommuner er representert med de fleste beliggende i distriktene.

Landssammenslutningen av vertskommuner har på departementets oppdrag innhentet opplysninger fra et utvalg institusjonskommuner. Spørreskjema ble sendt 45 kommuner som representerer 55-60 større og noe mindre institusjoner. Alle vertskommunene som har mottatt særskilt statstilskudd til planlegging er med i utvalget. Man fikk inn svar fra 35 kommuner (38 institusjoner), og samtlige vertskommuner for sentralinstitusjoner (utenom Oslo). En rapport fra undersøkelsen forelå 27. mars d.å. Det gis her en beskrivelse/vurdering av vertskommunenes nåtidige og framtidige situasjon, men datamaterialet gir ikke noe sikkert grunnlag for å kunne trekke konklusjoner. Det vil være nødvendig med flere opplysninger før en kan gjøre dette, bl.a. det totale antall sysselsatte i kommunen.

Undersøkelsen viser at det var 2861 benyttede internatplasser i de kommunene som besvarte skjemaet. Dette representerer vel halvparten av alle internatplasser ved institusjoner for mennesker med psykisk utviklings-

hemming på landsbasis. Av dette var 2232 internatplasser ved sentralinstitusjoner i 16 forskjellige kommuner. Svarematerialet inkluderer 3 av Oslos utenbys sentralinstitusjoner. 8585 ansatte vil berøres av institusjonsavviklingen. Et flertall av institusjonene vil være avvirket i løpet av 1993.

I det følgende gis et resymè av rapporten fra vertskommunesammenslutningen.

Konsekvenser

I følge vertskommunenes undersøkelse utgjør sysselsettingen i institusjonene opptil 30 pst. av det totale antall arbeidsplasser i vertskommunene. Det gis imidlertid ingen systematisk presentasjon for hver enkelt kommune i undersøkelsen. 30 pst. er et maksimumstall, slik at andelen vil ligge under dette nivået i de fleste av kommunene. De institusjonsansatte er i hovedsak kvinnelig arbeidskraft fordelt på heldagsstillinger, deltidstillinger, helgevakter og timevakter.

Tapet av institusjonsarbeidsplasser vil i noen grad motvirkes av at mange tidligere institusjonsbeboere ønsker vertskommunen som hjemkommune. Materialet viser her en andel på 39.5 pst., 31.7 pst. har allerede fått innvilget sine søknader. Gjennom klagesaksbehandlingen forventes det at størstedelen av klagenes imøtekommes. Det kommer også nye søknader til vertskommunene som gjør at andelen vil stige. En regner derfor med at en del av den som har arbeidet ved institusjonene vil kunne få arbeid i det kommunale tjenesteapparat. Imidlertid vil antall mennesker med psykisk utviklingshemming etterhvert gradvis avta, slik at det i et litt lengre tidsperspektiv vil være behov for færre kommunalt ansatte.

Institusjonsnedleggelsen vil også kunne gi virkninger for virksomheter i handels- og servicenæringer som har sitt kundegrunnlag knyttet til at det er drift ved institusjonene. Det varierer hvor langt de forskjellige kommunene har kommet når det gjelder å registrere hvor mange arbeidsplasser som går tapt inklusive ringvirkninger, og hvilke mottiltak som kan settes i verk. Det er 25 kommuner som gir slike opplysninger og for disse anslår man at totalt 4180 arbeidsplasser vil bortfalle. Det må imidlertid understrekes at dette er usikre anslag og at det er vanskelig å beregne reduksjonen i sysselsettingen. Likeledes kan situasjonen variere mellom kommunene. Summen av de direkte og indirekte virkninger er f.eks. for Kvæfjords vedkommende beregnet til å kunne bli opptil 40 pst. av den totale arbeidsstyrken i kommunen, mens 4 kommuner oppgir at de ikke regner med å tape arbeidsplasser.

Virkningen av institusjonsnedleggelse vil

også kunne merkes på andre måter. Mange av de ansatte er sterkt knyttet til kommunen ved eie av bolig, ektefelles arbeid, familie m.m. og vil ha vanskeligheter med å flytte. Samtidig vil det regionale arbeidsmarkedet i nærings-svake områder gi begrensninger i muligheten for arbeid ved pendling. Virkningene vil også kunne gjøre seg gjeldende ved at ressursper-soner i lokalmiljø og lokalt kultur- og for-eningsliv blir borte. Kommunenes inntektssi-tuasjon vil også kunne påvirkes.

Omstilling.

Vertskommunenes omstilling kan inndeles i tre faser som til dels vil gli over i hverandre:

Akuttfasen hvor det skjer en aktiv utskri-ving av institusjonsbeboere til hjemkommuner eller vertskommunen og institusjonene avvikles. I denne fasen skjer også en rask oppbygging av tjenestetilbudet i vertskom-munen.

Avviklingsfasen hvor det vertskommunale tilbud bygges ned som følge av en naturlig reduksjon i antall mennesker med psykisk ut-viklingshemming.

Terskelphasen hvor virkningene av redusert befolkningsunderlag kan gi seg utslag i redu-sert omfang på offentlig og privat service.

For mange vertskommuner innebærer de 3-4 første årene en rask oppbygging av tiltak og tjenester som deretter skal bygges ned over en lengre tidsperiode. Dette vil både i oppbyggingsperioden og nedtrappingsfasen føre til omstillingsproblemer med konse-kvenser for den kommunale økonomi og det kommunale apparat. Aktivitetsveksten vil i enkelte kommuner kunne bli opptil 50 pst. målt i antall ansatte eller i driftsbudsjett. I til-legg innebærer oppgaven også nyinvesteringer i boliger og lokaler som en må finne alter-nativ bruk for etterhvert som nedbyggingen tar til.

Et fellestrekk for flere vertskommuner er institusjonsbeboernes homogene alderssam-mensetning. Fordi det har vært beskjedent inntak de senere årene mangler de yngste al-dersgruppene. En ser derfor for seg at dette i løpet av noen år kan skape en spesiell situa-sjon for kommunenes eldreomsorgsapparat med en «ekstraordinær eldrebølge».

Den aktuelle situasjonen omkring nedbyg-gingen av institusjonstilbudet tilsier at om-stillingsarbeidet i mange av vertskommunene vil bli en sentral planforutsetning i de kom-mende næringsplanene. En ser det derfor som viktig at vertskommunene prioriterer ar-beidet med næringsutvikling og nyskaping.

Kommunens ansvar i denne sammenheng vil ifølge rapporten i første omgang være å ko-ordinere arbeidet gjennom målrettede planer,

samt å foreta nødvendige grunnlagsinveste-ringer. I neste omgang å initiere prosjekter. I den forbindelse er det viktig med interkom-munalt samarbeid for å skape ny vekst i regio-nen.

I rapporten fra vertskommunesammenslut-ningen er det lagt fram en del forslag til tiltak med sikte på å bedre vertskommunenes situa-sjon. Det gjelder bl.a. forslag om midlertidig lavere arbeidsgiveravgift for privat virksom-het (f.eks. 5 år), samt å vurdere om en del vertskommuner som faller utenfor DU's vir-keområde i en periode kan gis adgang til å gjøre bruk av disse ordningene.

3.2.2 Gjeldende ordninger.

I Innst. O. nr. 78 (1987-88) ba Sosialkomite-en om at virkemidler med tanke på opprettel-se av alternative arbeidsplasser blir bygd opp etter samme modell som det legges opp til for andre ensidige næringskommuner som er op-pe i en omstillingsfase.

Det finnes flere virkemiddelordninger som vil kunne være aktuelle i vertskommunesam-menheng. Blant de ordinære virkemiddelord-ningene finner vi:

- Arbeidsmarkedsetatens i forbindelse med omskolering, tilleggsutdannelse, kurs, etablererskoler etc.
- Ulike ordninger i Distriktenes Utbyg-gingsfond; lån og garanti for lån, investe-ringstilskudd, bedriftsutviklingstilskudd, kommunalt tiltaksarbeid. DU kan støtte de fleste typer næringsvirksomhet innen sitt geografiske virkeområde. 6 av vertskom-munene for sentralinstitusjonene ligger in-nen DU-området (10 utenfor). Totalt ligger 28 av de 45 kommunene som fikk tilsendt spørreskjema innenfor.
- Kommunale næringsfond. Formålet med bevilgningen er å styrke tiltaksarbeidet i næringssvake kommuner ved at slike kommuner gis mulighet til å disponere midler for næringsutvikling.

Omstillings- og utviklingsbevilgningen for kommuner med ensidig næringsgrunnlag på Kommunaldepartementets budsjett er et eks-traordinært virkemiddel som kan være aktu-ell i vertskommunesammenheng. Det er en forutsetning at kommunen ligger innen DU-området

Departementets vurdering er at endel vertskommuner vil stå overfor omstillinger hvor statlige virkemidler bør settes inn for å bidra til utvikling av nye arbeidsplasser.

En finner det imidlertid ikke riktig å endre de grunnleggende reglene når det gjelder f.eks. arbeidsgiveravgift og DU-status.

3.2.3 Spesielt om arbeidstakernes situasjon

Både arbeidstakerorganisasjonene og vertskommunesammenslutningen har reist spørsmål om spesielle virkemidler for å lette situasjonen for arbeidstakere som mister jobben i forbindelse med institusjonsavvikling, og som ikke kan skaffes nytt arbeid på stedet. Det gjelder førtidspensjonering for arbeidstakere over 60 år og ordninger for å lette gjeldsbyrden og finansiere ny bolig annet sted for personer som ikke får solgt sine boliger for en rimelig pris ved flytting fra kommunen. Det

argumenteres med at siden tapet av nåværende arbeidsplass har direkte sammenheng med den statlig vedtatte HVPU-reform, står disse arbeidstakerne i en særstilling i forhold til arbeidstakere som kommer i samme situasjon p.g.a. andre bedriftsnedleggelse.

Regjeringen vil ha disse spørsmål under observasjon framover, men vil understreke at statlige beslutninger har direkte betydning også for arbeidsplassene i andre næringer, og at en derfor vanskelig kan lage helt spesielle ordninger for HVPU-ansatte.

KAPITTEL 4.

Helse- og sosialtjenester.**4.1 KOMMUNALE TJENESTER****4.1.1 Hjemmetjenester**

Hjemmetjenester brukes gjerne synonymt med dagliglivstjenester. Hjemmetjenester kan defineres som alle praktiske og personlige tjenester gitt i tilknytning til den enkelte med tanke på best mulig egenmestring av livssituasjonen. For personer som bor hos sin familie vil det dreie seg om familiens totale mestring av livssituasjonen. Det er store variasjoner i kommunenes hjemmetjenesteordninger. Ulike tjenester er utviklet etterhvert som kommunene har fått nye oppgaver. Her kan nevnes avlastningstiltak, hjemmehjelp, hjemmesykepleie, veileder, hjemmekonsulent, husmorvikar, fysioterapeut, ergoterapeut, matombringning og vaktmestertjenester. I dette kapitlet vil det fokuseres på hjemmetjenester for voksne mennesker med psykisk utviklingshemming som bor utenfor foreldrehjemmet.

For å møte de utfordringer kommunen nå står overfor er det nødvendig å øke personalressursene i hjemmetjenestene samtidig som de tradisjonelle tjenestene må utvides med annet innhold og andre faggrupper. Det vises til kap. 7.1 Behov for personell og kompetanse i kommunene og kap. 7.2 Forskning, forsøk og utvikling.

Innhold i tjenestene

Innhold i tjenestene og omfang av disse vil være svært forskjellige avhengig av den enkelte behov. Det er stor variasjon i grad av funksjonshemming, fra personer som kun trenger litt ekstra hjelp og støtte til enkelte gjøremål til andre som trenger omfattende behandling og opplæringstiltak og kontinuerlig tilsyn hele døgnet. Arbeidet stiller store krav til de ansatte med hensyn til vurderinger om når det er rimelig å gjøre eksempelvis husarbeid *sammen med* beboeren, om tjenesteyteren bør gjøre husarbeidet *for* beboeren eller gi råd og veiledning slik at beboeren selv utfører de praktiske gjøremål under tilsyn og støtte.

Personellets oppgave er å tilrettelegge forholdene slik at den enkelte i størst mulig grad utvikler selvstendighet og gjøres i stand til å påvirke sin egen livssituasjon. Det er derfor viktig at det er tid og rom for at beboeren får øvet seg i de ulike dagligdagse gjøremål jgen-

nom å gjøre mest mulig selv. Mange vil trenge praktisk hjelp eller veiledning i personlig hygiene, påkledning og i forbindelse med måltider. Praktisk husarbeid og matlaging vil være et annet område hvor de mange vil trenge hjelp i en eller annen form. Ulike pleietjenester og hjelp med å ta medisiner vil være aktuelt for en del som har fysiske funksjonshemninger eller andre lidelser i tillegg til utviklingshemmingen. Noen vil med veiledning og faste ordninger med bank og/eller postvesenet og andre instanser kunne administrere sin egen økonomi, for andre vil ikke dette være realistisk. Sosialisering og interaksjon med andre er også viktige arbeidsområder. Psykisk utviklingshemmede har større vansker med å oppfatte og tolke samfunnets mange uskrevede regler og normer. Personlig rådgiving, lære ved å være modell, hjelpe til når den enkelte skal fatte avgjørelser og analysere mulige konsekvenser av sine handlinger, vil være en viktig del av de ansattes funksjoner.

Tilrettelegging og hjelp til utførelse av aktiviteter uten for boligen vil være et annet arbeidsområde. Her kan eksempelvis nevnes ledsagerhjelp for å handle i forretninger, delta i sosial tilstelninger og ulike organisasjonsaktiviteter.

Enkelte har så stor funksjonshemming at de i svært liten grad kan tilpasse seg samfunnets krav og vil trenge tett oppfølging og kontinuerlig tilstedeværelse av personalet. Noen har behov for strukturert opplæring i forhold til visse ferdigheter. Dette for å bedre sine ferdigheter med hensyn til uavhengig fungering, kommunikasjon, sosialisering eller ulike former for aktiviteter i dagliglivet. Noen vil vanskelig kunne tilegne slike ferdigheter hvis ikke situasjonen blir spesielt tilrettelagt og gjennomført på en strukturert måte.

Slike opplæringstiltak bør alltid ha et klart definert mål og bør avgrenses i tid. Videre bør det være under kontinuerlig vurdering for å være sikker på at opplæringstiltaket virker etter hensikten. Ved valg av mål og virkemidler bør flere enn kun de som yter tjenester i hjemmet inn: Den psykisk utviklingshemmede selv bør i så stor grad som mulig delta i avgjørelsene og verge eller nære pårørende bør spille en rolle. Det er særlig viktig at disse trekkes inn hvis den psykisk utviklingshemmede ikke har forutsetninger for å være med

på å diskutere mål selv. Et sentralt spørsmål bør allikevel være: Hvilke oppgaver er det mest hensiktsmessig å lære i hjemmet og hvilke skal en lære andre steder? Her bør fagfolk fra andre deler av hjelpeapparatet være med i vurderingene.

Trivsel, trygghet, mestring og fellesskap med andre vil være nøkkelord i hjemmetjenestene. Dette innebærer at de ansatte også må rette fokus på aktiviteter utenfor den psykisk utviklingshemmedes hjem. Mange vil trenge hjelp for å bli kjent med og kunne ha glede av sitt nærmiljø. For å forebygge isolasjon i hjemmet og få variasjon i hverdagen, må den enkelte gis mulighet til å bli kjent med sitt lokalmiljø og knytte kontakter her. For voksne personer som har flyttet fra institusjon vil det bli viktig å etablere eller utvide sitt sosiale nettverk.

Svært mange av disse aktivitetene som er nevnt ovenfor, blir ofte betegnet som målrettet miljøarbeid. Med målrettet miljøarbeid menes tilrettelegging av betingelser som helhetlig kan bidra til å påvirke og utvikle den psykisk utviklingshemmede til i større grad å kunne mestre sin livssituasjon.

Norsk Byggforskningsinstitutt arbeider med et prosjekt knyttet til organisering og utvikling av tjenester for mennesker med psykisk utviklingshemming. Prosjektet, som heter «Boligtiltak og dagliglivets tjenester for personer med psykisk utviklingshemming», tar opp sentrale problemstillinger og utfordringer knyttet til bolig og tjenesteyting.

Organisering av hjemmetjenester

Organisering av hjemmetjenester for mennesker med psykisk utviklingshemming bør ses i sammenheng med den organisasjonsmodell den enkelte kommune har utviklet for tjenesteyting til andre hjemmeboende. Det vises her til Sosialdepartementets rundskriv I 17/90 hvor dette er tatt opp.

Utforming av tjenestene må skje i nært samarbeid mellom brukere og de ansatte. Kommunene har ansvar for å tilrettelegge tjenestetilbudet til den enkelte, og vil være avhengig av de ansattes aktive deltakelse. Departementet regner med at kommunene tar arbeidstakere og deres organisasjoner med i planlegging og etablering av hjemmetjenestene.

Flere kommuner har endret sin tjenestestruktur for å kunne samordne ulike deltjenester. Oppbygging og utvikling av hjemmetjenester for mennesker med psykisk utviklingshemming i kommunene har bidratt til at mange kommuner vurderer hvordan ulike omsorgstjenester bør organiseres i framtiden og hvilke endringer som er nødvendige for at

tjenestene skal være tilpasset nye oppgaver og brukergrupper. Omsorgstjenester i hjemmet har hatt en vektlegging av medisinske og pleiemessige oppgaver og praktiske gjøremål for eldre. Disse oppgavene vil også være aktuelle for flere personer med psykisk utviklingshemming. Men i tillegg er det nødvendig med en tverrfaglig løsning av oppgavene. Personell med psykologisk/pedagogisk kompetanse i hvordan man kan utvikle den enkeltes ferdigheter og tilrettelegge miljøet omkring bør derfor utgjøre en viktig ressurs i hjemmetjenestene. Her kan eksempelvis nevnes vernepleiere.

Hva som vil være den mest hensiktsmessige organisering av hjemmetjenestene vil variere fra kommune til kommune, avhengig av ulike faktorer som størrelse, geografi og nåværende organisasjonsstruktur. Departementet mener likevel at visse retningslinjer bør legges til grunn:

- *Hjemmetjenester for psykisk utviklingshemmede skal innlemmes i den øvrige organiseringen av hjemmetjenestene i kommunen.*
- *Tjenestene skal knyttes til den enkelte person og yrkesutøverne skal ansettes i kommunen, ikke boligen.*
- *Tjenestene skal organiseres slik at det er fast og stabilt personale som yter ulike former for hjelp med utgangspunkt i den enkeltes behov.*

Ved å innlemme tjenestene som psykisk utviklingshemmede trenger i forbindelse med bolig og dagligliv i den øvrige organiseringen av hjemmetjenester i kommunen, ivaretar en at kommunen ikke utskiller psykisk utviklingshemmede som egen gruppe. Dette er et sentralt aspekt ved normaliseringsprinsippet. Å knytte tjenestene til personer og ikke til boligen, vil være et virkemiddel bort fra institusjonstankegang og følge mønsteret slik det er for øvrige innbyggere i kommunen. Det er ikke vanlig å ansette personell i hjemmet til andre hjelpetrequende i kommunen. Dette bør også gjelde for psykisk utviklingshemmede uavhengig av hvor stort hjelpebehovet er. Ansettelse i kommunen framfor boligen vil i tillegg gjøre at personellressursene kan brukes fleksibelt. Det er innbyggerens behov for tjenester som skal avgjøre hvordan personellressursene skal fordeles, og dette er forhold som endres over tid.

Kommunene står overfor store utfordringer m.h.t. hvordan tjenestene rent praktisk skal organiseres for å kunne møte den enkeltes behov. De nevnte retningslinjer om at hjemmetjenester for mennesker med psykisk utvik-

lingshemming skal organiseres som endel av de øvrige hjemmetjenestene i kommunen og at tjenesten skal tildeles den enkelte bør imidlertid gjelde for alle kommuner. Videre bør kommunene tilstrebe en organisering hvor fagpersonell i størst mulig grad er i nær og direkte samhandling med brukerne.

Et viktig moment er at man må organisere arbeidet slik at det blir kontinuitet og stabilitet. Det må derfor sikres at det er faste, få og kjente personer som yter hjemmetjenestene. Dette er viktig for alle som mottar langvarig hjelp i hjemmet. Departementet understreker at dette er særlig viktig for mennesker med psykisk utviklingshemming og at dette hensynet må ivaretas. For personer med store og sammensatte behov, både med hensyn til omfang og type av tjenester vil det være nødvendig med flere ansatte i hjemmet i løpet av døgnet timer. Her kan man bruke de erfaringer som er gjort i HVPU med bruk av primær og sekundærkontakt. Hvilket ansvar som tillegges den enkelte primærkontakt vil variere avhengig av den enkeltes omsorgsbehov. Det kan eksempelvis dreie seg om praktiske gjøremål som innkjøp av klær eller å være det faste bindeledd mellom pårørende og ansatte i andre instanser i kommunen og eventuelt fylkeskommunen. Sekundærkontakten trer inn i primærkontaktens sted ved ferie, sykdom o.l.

Sosialdepartementet vil understreke at veiledning vil være svært viktig for å håndtere vanskelige problemstillinger de ansatte møter i sitt arbeid. De vil ofte komme i situasjoner hvor balansen mellom overdreven grensetting og unnfallenhet kan være vanskelig å finne. Det er ikke alltid gitt hva som vil være den mest hensiktsmessige måte å løse oppgavene på. De ansatte må ofte handle der og da når situasjoner oppstår. Det bør da være tid for at utførte handlinger kan drøftes i ettertid for å øke bevisstheten om hvordan lignende situasjoner kan møtes senere. Mange av de som mottar hjelp har ikke forutsetninger for å uttrykke sine behov selv eller forstår ikke konsekvenser av sine handlinger. Dette stiller store krav til de ansatte. Endel har andre funksjonshemminger i tillegg til utviklingshemmingen, som gjør at det vil være behov for veiledning fra faggrupper som har særlig kunnskap om disse forhold. Her vil det være hensiktsmessig med samvirke mellom de ansatte i hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten gjennom veiledning og opplæring.

Om tjenesteutøverene

Tjenesteutøving i hjemmet til mennesker med psykisk utviklingshemming i en normalisert livssituasjon innebærer store endringer

i arbeidssituasjonen til de ansatte. Deres innsats spiller en avgjørende rolle for kvaliteten på kommunenes omsorg. Erfaringer som er gjort om de ansattes arbeidssituasjon bør påvirke hvordan kommunen tilrettelegger forholdene for de ansatte.

Visse erfaringer er bl.a. oppsummert ved Prosjekt Mental Retardasjon fra Uppsala i Sverige. Her går det fram at en kritisk faktor er at de ansatte blir isolert i sitt arbeid. Det gir mindre anledning til samvær med andre ansatte enn hva som har vært vanlig i institusjoner. Derfor er det mindre mulighet til uformelle drøftinger i det daglige arbeidet, og den enkelte må ofte ta stilling til faglige problemstillinger som må løses der og da uten å få konferert med andre. Et faglig stimulerende miljø er viktig for å videreutvikle seg i arbeidet, og det er en viktig faktor for å få stabil arbeidskraft. Kommunen må derfor tilrettelegge arbeidssituasjonen slik at de ansatte får mulighet til å treffe hverandre, både for møtevirksomhet, veiledning og mer uformelle samtaler omkring det daglige arbeidet.

En viktig årsak til avvikling av HVPU er at institusjoner gir liten mulighet for den enkelte til å påvirke sin egen livssituasjon og ta medansvar. Den enkelte psykisk utviklingshemmedes muligheter til ansvar og innflytelse på egen livssituasjon vil være avhengig av funksjonsnivå og omsorgsavhengighet. Men personalets kunnskaper, holdninger og væremåte vil i stor grad avgjøre i hvilken grad den enkelte har mulighet til å utvikle sitt potensielle og påvirke sin egen situasjon. Holdningsbearbeiding og kunnskapsutvikling er derfor helt nødvendig for å utvikle en kvalitativt bedre omsorg. Det vises her til kap. 7.1 Om behov for personell og kompetanse i kommunene.

De ansatte vil utføre mye nybrottsarbeid med å utforme innhold i stillinger som ansatte i hjemmetjenesten. Her kan erfaringer fra hjemmehjelp og hjemmesykepleie være til nytte. Det vil allikevel være visse vesensforskjeller i tjenesteytingen. Hjemmesykepleieren og hjemmehjelperen har tradisjonelt hatt i oppgave å utføre ting for den hjemmeboende. I arbeid med mennesker med psykisk utviklingshemming vil dette fortsatt være aktuelt. Men intensjonen om et mest mulig selvstendig liv forutsetter at den psykisk utviklingshemmede og den ansatte skal utføre disse praktiske gjøremål *sammen*. Dette fordi målet er at vedkommende skal lære seg å utføre disse aktiviteter selv eller med minst mulig hjelp, dersom det er mulig. Videre er hjemmehjelperen og hjemmesykepleieren i hjemmet som regel i en kortere tidsperiode av gangen. Flere mennesker med psykisk utvik-

lingshemming har behov for sammenhengende service i mange timer, noen ganger hele døgnet. Deler av omsorgsarbeidet bør utføres utenfor hjemmet, slik at den enkelte får delta i kultur- og samfunnslivet i lokalsamfunnet. Dette har tradisjonelt ikke vært hjemmehjelperens eller hjemmesykepleierens arbeidsoppgaver.

Tjenesteyterne vil også ha store utfordringer overfor personer og instanser i nærmiljø, slik at den enkelte kan innlemmes i ulike aktiviteter her. Dette må ses i sammenheng med kulturetatens oppgaver og støttekontaktens funksjoner. Det vises her til kap. 5.4 om kultur og fritid.

Det er utviklet lite forskningsbasert kunnskap omkring de ansattes nye arbeidsoppgaver og situasjon. Det er derfor viktig med forsknings- og utviklingsarbeid innenfor disse områder og det vises i denne forbindelse til kap. 7.2.

Arbeidsmiljøspørsmål

Etter gjennomføringen av HVPU-reformen vil kommunene bli arbeidsgivere for flertallet av de arbeidstakere som vil bli sysselsatt i omsorgen for mennesker med psykisk utviklingshemming. Kommunene vil, som arbeidsgivere, få plikt til å sikre at arbeidsmiljølovens krav til arbeidsmiljøet oppfylles m.h.t. å sikre ansatte trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger.

Reformen tar sikte på at mennesker med psykisk utviklingshemming skal gis et tilbud om egen bolig i lokalsamfunnet. De skal normalt selv stå som eier eller leier, m.a.o. boligene skal ikke være en institusjon eller ha institusjonskarakter. Beboerne vil kunne ha behov for en rekke tjenester i sine hjem fra ulike grupper kommunalt ansatte.

Siden mennesker med psykisk utviklingshemming har et svært varierende hjelpebehov, vil de ytelser de mottar i boligene variere både i innhold og omfang. Dette betyr at kommunene i *det enkelte tilfelle* må avgjøre hvilke tiltak som må iverksettes for at arbeidsmiljølovens krav om tilrettelegging av arbeidet er oppfylt og derved tilfredsstillende for den enkelte ansatte. Det er derfor ikke mulig å gi en uttømmende fremstilling av hvordan arbeidsmiljøloven skal praktiseres. Det kan likevel være relevant å omtale enkelte spørsmål noe nærmere. Kommunene vil, etter arbeidsmiljøloven, ha plikt til å tilrettelegge arbeidsforholdene også for disse ansatte selv om de ansatte utfører arbeid i private hjem.

Tilretteleggelsen kan ikke gå ut over den private eiendomsretten og respekten for privatlivets fred. Dette betyr at det ikke bør etab-

leres f.eks. egne personalrom/spiserom i boligene. Kommunene bør imidlertid i den grad arbeidets art krever det, sørge for egnede møtesteder utenfor hjemmet som er sentralt plassert og tilgjengelig for de som arbeider i boligene. For mennesker med stort omsorgsbehov vil det imidlertid kunne være nødvendig at personalrom plasseres i nær tilknytning til boligen, f.eks. til en naboeilighet hvis dette er mulig.

De kontormessige delene av arbeidet, skrivearbeid, bruk av telefon etc., bør i boligen begrenses til det som er nødvendig i forhold til den enkelte beboer. Forholdene må imidlertid tilrettelegges slik at de ansatte gis mulighet til å utføre annet nødvendig kontorarbeid utenfor boligen. Når det gjelder bruk av f.eks. beboernens telefon, forutsetter det selvfølgelig at kommunene på forhånd har innhentet samtykke til dette og at utgiftene dekkes.

Spørsmålet om ansatte har krav på egne hvilerom etter arbeidsmiljøloven, vil i stor grad avhenge av hvilke avtaler som gjøres om arbeidstiden. Arbeidsmiljøloven krever ikke egne hvilerom for såkalt «aktiv nattevakt» da den tid en aktiv nattevakt er på arbeidsplassen i boligen er å anse som normal arbeidstid. Loven krever heller ikke uttrykkelig egne hvilerom for såkalte «hvilende nattevakter». For denne type nattevakter vil bare en del av den tid den ansatte er på arbeidsplassen bli omregnet til arbeidstid. I forbindelse med dispensasjoner fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsregler, har imidlertid Direktoratet for arbeidstilsynet normalt stilt krav om egne hvilerom for nattevakter. I slike tilfelle kan det være at kravet om egne hvilerom er oppfylt, dersom boligen rent praktisk er innrettet slik at de ansatte kan sove i den og kommunen har fått samtykke til å bruke boligen til dette formål.

Videre må kommunene sørge for nødvendig bemanning slik at hver enkelt beboer får den omsorgen vedkommende har krav på og hensynet til arbeidstakerne ivaretas. Enkelte beboere kan også ha behov for svært omfattende pleie. Kommunene må da sørge for at arbeidstakerne har nødvendig arbeidsutstyr og f.eks. hjelpemidler til pleie av sterkt fysisk funksjonshemmede. Etter arbeidsmiljøloven har også arbeidsgiver plikt til å legge forholdene til rette slik at arbeidstakerne har en rimelig mulighet for faglig og personlig utvikling gjennom arbeidet. For å oppnå dette kan det være nødvendig å se på tiltak som kan redusere den risikoen for faglig og sosial isolasjon som kan ligge i det å arbeide i små og spredte enheter.

Kommunen har i dag allerede et ansvar etter arbeidsmiljøloven for f.eks. hjemmehjel-

pere, hjemmesykepleiere og andre kommunalt ansatte som utfører arbeid i private boliger. Kommunens ansvar for de arbeidstakere som skal knyttes til omsorgen for andre mennesker med psykisk utviklingshemming, vil ikke bli vesentlig annerledes enn dette ansvaret. Selv om mennesker med psykisk utviklingshemming kan ha et større og et mer variert behov for omsorg og øvrige tiltak enn andre som mottar kommunale tjenester i hjemmet, kan og bør kommunene i størst mulig utstrekning følge de rutiner og ordninger som er vanlige i den øvrige åpne omsorgen. Det vil være naturlig at de ansatte og deres tillitsvalgte/organisasjoner trekkes inn i prosessen når det gjelder organisering av arbeidsforhold.

4.1.2 Kommunehelsetjenesten

Kommunehelsetjenesten står overfor faglige og kapasitetsmessige utfordringer som følge av reformen. Selv om den overveiende del av de psykisk utviklingshemmede i dag er hjemmeboende og mottar tjenester bl.a. fra kommunehelsetjenesten, blir både omfang og problematikk annerledes når HVPU-institusjonene avvikles. Mange av dagens institusjonsboere har somatiske og psykiske lidelser som krever særskilt oppfølging, jfr. kap. 4.2 om spesialisthelsetjenester. Psykisk utviklingshemmede har ofte sammensatte behov som krever tverrfaglig tilnærming og nye samarbeids- og oppfølgingsrutiner. Kravene til samordning og samarbeid med sosialtjenesten og andre kommunale sektorer vil øke.

Kommunale virksomhetsplaner viser at kommunehelsetjenesten bør styrkes i forbindelse med reformen. Sosialdepartementet har ikke hatt mulighet for å analysere materialet fyldestgjørende av hensyn til tidsplanen for denne meldingen. Et hovedinntrykk er imidlertid at kommunehelsetjenesten vil øke i antall ansatte og få en bredere sammensetning av fagfolk som følge av ansvarsoverføringen. En ser behov for å tilsette flere vernepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og miljøpersonale. Hovedinntrykket så langt er at en i kommunehelsetjenesten legger vekt på å rekruttere personale med helse-/ sosialfaglig utdanning og erfaring i arbeid med psykisk utviklingshemmede. For nærmere omtale vises til kapittel 7.1 om behov for personell og kompetanse i kommunene.

Det er dokumentert overhyppighet av forskjellige sykdommer blant psykisk utviklingshemmede - se kap. 4.2. Dette gjelder særlig nevrologiske lidelser, sansedefekter og adferdsvansker. Kommunehelsetjenesten må tilføres kunnskap om disse tilstandene, både om epidemiologiske forhold og behandling.

Det må utvikles gode oppfølgingsrutiner, da en ikke kan forvente at psykisk utviklingshemmede selv oppsøker lege eller annet helsepersonell i nødvendig utstrekning. Forebyggende helsearbeid er særlig viktig også for psykisk utviklingshemmede. Her har helsestasjonene en helt sentral rolle når det gjelder tidlig identifisering av utviklingsforstyrrelser, formidling til spesialisttjenesten, veiledning til foreldre og tilrettelegging av habiliteringsopplegg for den enkelte.

I NOU 1989:17 Tjenestetilbud til autister er det gode forslag til rutiner for legetilsyn, tidlig intervensjon, tverrfaglig samarbeid, samspill med spesialisthelsetjenesten og etablering av ansvarsgrupper. Departementet vil framheve disse forslagene som hensiktsmessige å bygge på ved kommunenes videre organisering av tjenester og tiltak. Forslagene er ikke begrenset til å gjelde autister, men har like stor gyldighet også overfor multifunksjonshemmede, personer med store utviklingsforstyrrelser og adferdsvansker. Det vises til autistutvalgets innstilling som gir grundigere drøfting av slike rutiner.

I HVPU er det utviklet spesielle behandlingsmåter og oppfølgingsrutiner tilpasset de behov den enkelte psykisk utviklingshemmede kan ha, f.eks. spesielt tilrettelagt fysioterapi, tilpassing av tekniske hjelpemidler og fysisk trening. Det er viktig ved utskrivning og senere oppfølging fra spesialisthelsetjenestens side at disse behandlingsoppleggene meddeles kommunene på en slik måte at nødvendig videreføring kan fortsette innenfor det tilbud kommunen etablerer. Tett samspill og oppfølging fra spesialisthelsetjenestens side er her nødvendig.

HVPU har også lang erfaring i miljøtilrettelegging og planlegging av hjelpetiltak for psykisk utviklingshemmede. Erfaringene må bringes ut til de som skal drive habiliterings- og rehabiliteringsarbeid i kommunehelsetjenesten. Overføring av kompetanse kan ivaretas bl.a. ved at personale som i dag arbeider i HVPU blir tilsatt i kommunene. Det må imidlertid sikres gode rutiner for overføring av erfaringer i de tilfellene der den enkelte psykisk utviklingshemmede vil møte nye nærpersoner og fagfolk i kommunene.

Helsedirektoratet har igangsatt et arbeid med å utarbeide faglig veiledningsmateriale til kommunehelsetjenesten. En veileder vil foreligge sommeren 1990.

Medisinsk attføring

Kommunene er gjennom kommunehelsetjenesteloven pålagt ansvar for medisinsk attføring. Begrepet i loven er sammenfallende med habilitering og rehabilitering. Medisinsk

attføring i kommunehelsetjenesten er omtalt i St.meld. nr. 41 (1987-88) Nasjonal Helseplan og i St.meld. nr. 36 (1989-90) Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane. Det vises til omtalen i disse meldingene.

I tråd med synspunktene i disse meldingene bør kommunene

- utarbeide planer for medisinsk attføring
- etablere faste samarbeidsteam/ansvarsteam for den enkelte bruker
- få fast struktur på attføringsarbeidet med samarbeidsrutiner både innen kommunesektorene og med fylkeshelsetjenesten

Organisering av ansvarsgrupper/team i kommunehelsetjenesten er også i tråd med forslag fremmet i NOU 1989:17 Tjenestetilbud til autister som er nærmere omtalt i meldingskap. 4.3.1.

Hjelpemiddelsentralene spiller en viktig rolle for det medisinske attføringstilbud i kommunene. Formidling av tekniske hjelpemidler er en del av virksomheten innen medisinsk attføring, hvor fysioterapi- og ergoterapi-tjenesten har et særlig ansvar for å utvikle et godt mottakerapparat i kommunehelsetjenesten for hjelpemiddelsentralene og brukerne. Styrking av dette samarbeidet vil være særlig viktig for at de psykisk utviklingshemmede skal få ivare tatt sitt behov for tekniske hjelpemidler.

Fysioterapeuter og ergoterapeuter er nøkkelpersonell i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet. Dette gjelder unge, voksne og eldre psykisk utviklingshemmede, men i særlig grad arbeidet med habilitering av barn. Det er viktig at kommunene har kvalifiserte fysio- og ergoterapeuter med spesiell kompetanse i forhold til denne gruppen, og med arbeidsbetingelser tilrettelagt for tidkrevende klientarbeid og tverrfaglig samarbeid.

Institusjoner og boformer med heldøgns pleie og omsorg etter lov om kommunehelsetjenesten

Midlertidig lov av 10. juni 1988 § 3 åpner adgang til å drive videre enkelte institusjoner og boformer på permanent basis. I merknadene til paragrafen sies det bl.a.:

«Likeledes vil det fortsatt kunne være behov for en del små institusjoner eller vernede boliger for dem som er meget sterkt funksjonshemmet. Disse bør i såfall kunne drives etter kommunehelsetjenestelovens regler for sykehjem og boformer for heldøgns pleie og omsorg.»

Rundskriv I-17/90 av 15.3.90 peker på at noen psykisk utviklingshemmede trenger medi-

sinsk og pleiefaglig bistand som et hovedmoment i det daglige tilbudet. Et lite antall psykisk utviklingshemmede kan dessuten ha så store adferdsvansker at det kreves hyppig grensesetting og tett oppfølging i dagliglivet. Det kan være tilfeller der behandling, omsorg, grensesetting og/eller miljøtilrettelegging er så omfattende at en beveger seg over grensen for hva som er naturlig å regne som privat bolig. Slike tilbud kan søkes godkjent etter lov om kommunehelsetjenesten.

Det har vært pekt på at gjeldende forskrift om sykehjem og boform med heldøgns pleie og omsorg ikke er tilpasset de krav som bør stilles til mindre institusjoner eller boformer for psykisk utviklingshemmede. Dette kan også gjelde tilrettelegging av slike tiltak for barn. Departementet vil vurdere behovet for supplerende regler eller veiledende retningslinjer som imøtekommer de krav som bør stilles til slike tiltak. Departementet vil understreke at eksisterende sykehjem ikke er egnet som varig boform for psykisk utviklingshemmede barn, unge eller voksne.

Når det gis botilbud med hjemmel i de ovennevnte bestemmelser kan kommunen kreve vederlag av beboeren med hjemmel i forskrift om vederlag for opphold i institusjon. Forskriften vil kunne endres slik at den tilpasses det forhold at barn vil få slike botilbud.

4.2 SPESIALISTHELSETJENESTER

4.2.1 Generelle retningslinjer

Reformen skal gjennomføres i samsvar med vedtatt ansvars- og oppgavefordeling mellom kommuner og fylkeskommuner. Dette innebærer at mennesker med psykisk utviklingshemming skal gis tilbud om nødvendige spesialisthelsetjenester innenfor fylkeshelsetjenesten på lik linje med befolkningen forøvrig. I all hovedsak dreier dette seg om vanlige sykehusinnleggelses og behandling/konsultasjon ved somatiske og psykiatriske poliklinikker. Eksisterende fylkeskommunale tjenester må imidlertid videreutvikles og tilrettelegges slik at de imøtekommer gruppens særlige behov. Psykisk utviklingshemmede har gjennomgående høyere forekomst av somatiske og psykiske helseproblemer enn befolkningen forøvrig. Særlig hyppig forekommende er epilepsi, sansedefekter, psykiatriske sykdommer/adferdsvansker og lidelser i muskel-skjelettsystemet. Psykisk utviklingshemmede har derfor et større behov for spesialisttjenester som nevrologi, pediatri, optalmologi, oktologi, psykiatri, psykologi og ortopedi. I tillegg er tannhelsetjenesten og hjelpe-

middelsentralene naturlige og viktige samarbeidspartnere.

I rundskriv I-61/89 om spesialisthelsetjenester for mennesker med psykisk utviklingshemming av 10.11.89 har Sosialdepartementet gitt visse retningslinjer for det fylkeskommunale ansvar overfor psykisk utviklingshemmede. Det er der presisert at fylkeskommunene etter reformen ikke lenger har ansvar for varige bo- og omsorgstilbud for psykisk utviklingshemmede når utredning, opptrening eller behandling anses fullført. Da mennesker med psykisk utviklingshemming kan ha behov for bistand fra spesialisthelsetjenesten gjennom store deler av livsløpet er oppfølging av den enkelte, samarbeid med og veiledning til kommunalt personell framhevet som avgjørende ved fylkeskommunenes tilrettelegging av virksomheten. I rundskrivet er fylkeskommunenes ansvar knyttet til disse oppgaver:

- diagnostikk/utredning
- habilitering/rehabilitering
- behandling
- opplæring og veiledning til brukere, pårørende og kommunalt personell

Departementet ba i rundskrivet om at fylkeskommunene sendte inn synspunkter og planer for framtidig dimensjonering, innhold og organisering av spesialisthelsetjenester innenfor somatikk og psykisk helsevern. Materiale fra innkomne planer er referert i det følgende.

4.2.2 Synspunkter fra kommuner på behov for fylkeskommunale spesialisttjenester etter reformen

Som ledd i reformarbeidet ønsket departementet også å innhente synspunkter fra kommuner på behovet for framtidige spesialisthelsetjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming. Departementet skrev 12.1.90 til 15 utvalgte kommuner og ba om synspunkter. Pr. 20.3.90 var det kommet synspunkter fra 5 av disse kommunene. I tillegg har det kommet endel materiale i form av plandokumenter m.v. fra andre kommuner. Endel av de høringsinstanser som har uttalt seg til NOU 1989:17 Tjenestetilbud til autister har også gitt synspunkter på framtidig behov for spesialisttjenester. I det følgende er referert endel gjennomgående synspunkter.

Kommunene gir generelt støtte til de retningslinjer som framgår av rundskriv I-61/89 av 10.11.89. Fylkeskommunenes framtidige oppgaver anses å ligge innenfor områdene diagnostikk/utredning, habilitering/ rehabilite-

ring, behandling og veiledning/opplæring. Det frarås at fylkeskommunene skal ha ansvar for totaltilbud til bestemte grupper etter diagnose eller omfanget av funksjonshemmingen.

Det pekes på at fylkeshelsetjenestens ansvar for psykisk utviklingshemmede må presiseres. Selv om det vil være større forekomst av somatiske og psykiske lidelser hos psykisk utviklingshemmede enn i befolkningen forøvrig, antas gruppens behov å være beskjedent i forhold til det volum fylkeshelsetjenesten i dag har. Nødvendig utbygging og økte ressurser til spesialisthelsetjenester framheves særlig å gjelde for arbeidet med personer som har adferdsvansker og psykiske lidelser.

Især fra større kommuner uttrykkes det at kommunalt basisansvar for alle psykisk utviklingshemmede framtvinger høy grad av kommunal egenkompetanse. Større kommuner sier de selv vil disponere kompetanse overfor psykisk utviklingshemmede på samme nivå som innenfor dagens HVPU-institusjoner. Mindre kommuner uttrykker mer behov for bistand fra 2.linjetjenesten og for interkommunalt samarbeid om tiltak rettet mot grupper med spesielle bistandsbehov.

Kommunene framhever at faglige ressurser på fylkeskommunalt nivå bør knyttes til direkte arbeid med brukerne, og at eventuelle team bør forankres i den utøvende del av fylkeshelsetjenesten. Departementets synspunkter i rundskriv I-61/89 om spesialisthelsetjenester etter reformen støttes gjennomgående i synet på organisering av tjenestene. Det legges særlig vekt på lett tilgjengelighet, at fylkeskommunale spesialister tar ansvar for pasientene i samarbeid med kommunehelsetjenesten og at spesialisthjelp kan settes inn i den enkeltes nærmiljø.

Tverrfaglige habiliterings-/rehabiliteringsteam bør være rettet mot funksjonshemmede generelt, ikke mot særlige grupper. Habiliteringsarbeid med barn og deres familier bør etter kommunenes syn knyttes an til sykehuse-nes barneavdelinger.

Flere kommuner understreker at kommunalt basisansvar for alle psykisk utviklingshemmede forutsetter en toppfinansiering som følger personer med tjenestebehov på høyt faglig og ressursmessig nivå. Det vises til kap. 8.4 om økonomiske spørsmål.

Svært mange kommuner har i ulike sammenhenger understreket at behovet for bistand fra fylkeskommunen vil bli særlig stort for personer med store adferdsvansker og/eller psykoselignende tilstander. Det uttales at fylkeskommunene bør ha noen institusjonsplasser for personer med voldelig eller sterkt utagerende adferd. Et mindre antall personer

antas å måtte få tilbud om hyppige og/eller lengre opphold i institusjoner som har sterk faglig bemanning. Slike institusjoner bør også ha kompetanse og fullmakter til å nytte tvangsmidler i behandlingen og gi opphold som ikke er basert på eget samtykke, da dette kan være nødvendig for enkelte personer. Det understrekes at for slike personer må tiltaket knyttes til behandlingsbehovet selv om basisansvaret er kommunalt.

Kommunene understreker at psykisk helsevern må ta imot psykisk utviklingshemmede og gi tjenester til denne gruppen på linje med andre mennesker. Det er likevel delte synspunkter på om institusjonstilbud til psykisk utviklingshemmede med store adferdsvansker bør gis innenfor det alminnelige psykiske helsevern, eller om det bør etableres egne enheter spesielt rettet mot denne gruppens særlige behov.

Ovennevnte synspunkter fra kommunene peker etter departementets syn på helt vesentlige forhold ved gjennomføringen av reformen og er tatt hensyn til i det følgende.

4.2.3 Somatiske spesialisttjenester

Sykdommer og funksjonshemminger blant psykisk utviklingshemmede som krever bistand fra spesialisttjenesten

I enkelte fylker er det foretatt kartlegging som viser omfanget av sykdomsgrupper blant psykisk utviklingshemmede. Disse undersøkelsene er imidlertid svært vanskelige å sammenligne direkte, p.g.a. ulike inndelinger, ulikt utvalg av brukere (f.eks. alle innenfor HVPU, eller et utvalg av institusjonsbeboerne). Tallene bekrefter imidlertid en felles oppfatning om hvilke spesialisttjenester det er størst behov for, og støtter opp under andre undersøkelser om forekomst av tilleggshandikap og sykdom blant psykisk utviklingshemmede.

Undersøkelser viser at blant psykisk utviklingshemmede med store hjelpebehov, er forekomsten av epilepsi ca.30 pst., cerebral parese ca. 20 pst., alvorlig syns- og hørselsnedsettelse ca.15 pst. og taleforstyrrelser ca.80 pst..

Blant de med mindre omfattende hjelpebehov er forekomsten av epilepsi ca.10 pst., cerebral parese ca.10 pst., og ca. 6 pst. har alvorlig syns- og hørselsnedsettelse.

Det må understrekes at vi i Norge mangler grundige nasjonale kartlegginger på dette området. Undersøkelser er gjort i varierende grad i de ulike fylkene som grunnlag for planarbeidet i forbindelse med reformen. Behovet for spesialisttjenester varierer meget mellom personene. Fylkenes egne kartlegginger om-

fatter etter departementets kjennskap ikke hjemmeboende psykisk utviklingshemmede. Kartleggingene er derfor ikke tilstrekkelig som grunnlag for å utarbeide konkrete plan-tall for de ulike somatiske spesialiteter på landsbasis.

Fylkeskommunenes planer for organisering av somatiske spesialisttjenester etter reformen

I samsvar med signaler gitt i tidligere stortingsdokumenter og rundskriv synes de fleste fylkeskommuner å planlegge habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet for funksjonshemmede som en eller flere teamfunksjoner. Dette framgår av de rapporter og planskisser departementet har mottatt fra fylkeskommuner i første kvartal 1990. Teamene skal som hovedregel være innrettet mot funksjonshemmede generelt og ikke bare psykisk utviklingshemmede. Ett fylke har rapportert at de ønsker et eget team med kompetanse på autisme. Noen fylkeskommuner planlegger distriktvis team. Det er en gjennomgående tendens at en søker å beholde og videreføre kompetanse som innehas i eksisterende fagstillinger innenfor HVPU.

Spesialisttjenester overfor barn med psykisk utviklingshemming skal som hovedregel forankres i barneavdeling ved sykehus. Ved habilitering av barn vil det etter flere fylkeskommuners syn være ønskelig med egne enheter for utredning, diagnostikk og habilitering av barn. Usikkerhet m.h.t. økonomiske rammer gjør imidlertid at slike plasser i liten grad er besluttet opprettet. Habiliteringsarbeid for barn framheves som en tverrfaglig virksomhet der tett samvirke med øvrige deler av spesialisttjenestene i fylkeskommunen og kommunalt personell er avgjørende for kvalitet og kontinuitet i habiliteringen.

For voksne funksjonshemmede planlegges en tilsvarende modell. Team er tenkt etablert bl.a. med teamkompetanse fra fylkesteamene for HVPU, for å videreføre kompetanse som finnes der. Egne enheter for rehabilitering av voksne funksjonshemmede synes foreløpig ikke å bli vurdert som nødvendig. Nødvendige institusjonsopphold som ledd i rehabilitering antas å kunne dekkes innenfor eksisterende enheter i fylkeshelsetjenesten.

Utbyggings- og utviklingsbehov

I de foreløpige planskisser som er sendt departementet for tilbudet etter 1991 inngår ønske om styrking på flere områder. Gjennom fordelingen av HVPU-rammen vil fylkeskommunene få midler til å etablere tverrfaglig spesialistkompetanse på utredning, veiledning, habilitering og rehabilitering av

barn og voksne funksjonshemmede. Midlene vil gjøre det mulig å videreføre den kompetanse som ligger i eksisterende fylkesteam for HVPU samt endel av den kompetanse som i dag er representert ved ulike fagstillinger i helsevernet. Dette gjelder særlig kompetanse innenfor feltene legetjenester, psykologi/ psykiatri, vernepleie/miljøarbeid, fysio- og ergoterapi. Vesentlig kompetanse er utviklet innenfor HVPU på sykdommer som cerebral parese og epilepsi. Habiliterings- og rehabiliteringsteamene bør ha et særlig ansvar for å overføre kunnskap og utvikle gode oppfølgingsrutiner innenfor dette feltet til kommunehelsetjenesten.

Spesialisthjelp innenfor nevrologi, pediatri, øre-nese-hals, syns- og audiopedagogtjeneste har i stor grad vært hentet fra det ordinære spesialistapparat i fylkeshelsetjenesten. Her rapporteres det å være store udekkede behov. Ofte er tilgangen på slike spesialister med erfaring i arbeid med psykisk utviklingshemmede knyttet til få enkeltpersoner i landet. Det rapporteres stort behov for å bygge opp kunnskap om psykisk utviklingshemmede innenfor de ulike somatiske spesialiteter.

Det er departementets vurdering at det behov for somatiske spesialisthelsetjenester som aktualiseres ved ansvarsoverføringen til kommunene vil bli ivaretatt gjennom den fylkeskommunale andelen av HVPU-rammen og de planer for bruk av disse midlene som er skissert fra fylkeskommunenes side. Reformen vil kreve et tett samspill og gode samarbeidsrutiner mellom fylkeshelsetjenesten og kommunene. De fylkeskommunale habiliterings- og rehabiliteringsteamene må ha som hovedoppgave å gi veiledning og spre kunnskap om psykisk utviklingshemmedes særskilte behov både innad i fylkeshelsetjenesten og overfor kommunalt personell. Dette er en viktig faglig utviklingsoppgave som fylkeshelsetjenesten i så måte må på samme måte som den kommunale helse- og sosialtjenesten og andre berørte offentlige sektorer.

Tilgangen på spesialister innenfor nevrologi, pediatri, ortopedi, øre-nese-hals m.v. er generelt sett ikke tilfredsstillende for hele landet. Dette er imidlertid et spørsmål som ikke kan løses ved gjennomføringen av HVPU-reformen alene. En generell styrking av fylkeshelsetjenesten i så måte må bli gjenstand for de årlige budsjettbehandlinger og som ledd i generelle planer for utdanning av legespesialister.

4.2.4 Oppgaver innenfor psykisk helsevern

Departementet har gjennom fylkesrapportene (svar på rundskriv I-61/89) fått synspunkter på hvilke oppgaver psykisk helsevern får

etter reformen. Vurderinger av framtidige utfordringer er kommet inn fra de fleste fylkeskommuner. Konkrete planer foreligger foreløpig i liten utstrekning. Som årsak til dette oppgis uklare økonomiske planforutsetninger og forestående avklaring av ansvarsforholdet for autister og andre med betydelige adferdsavvik og/eller psykiske problemer. Forslag og faglige vurderinger som har framkommet i de overnevnte rapportene og synspunkter fra høringsuttalelsene til NOU 1989:17 «Tjenestetilbud til autister» er trukket inn i det følgende.

Forekomst av psykiske lidelser og antatt behandlingsbehov hos mennesker med psykisk utviklingshemming

Forekomsten av psykiske lidelser er betydelig større blant mennesker med psykisk utviklingshemming enn i befolkningen totalt. Det er imidlertid betydelige variasjoner dersom man ser på ulike kategorier av psykisk utviklingshemmede. I den største gruppen, personer med kromosomavvik, ser det ut til at forekomsten av alvorlige psykiske lidelser er relativt beskjeden. Diagnostisering av psykiske lidelser hos mennesker med psykisk utviklingshemming er imidlertid vanskelig, særlig fordi kommunikasjonsferdighetene ofte er begrensede. Tverrfaglige tilnærminger der pedagogiske/miljøterapeutiske metoder inngår vil ofte være aktuelle i forhold til både forekomst og behandling.

Andelen psykisk utviklingshemmede voksne med store bistandsbehov er høyere i institusjonene enn utenfor. Ugunstig institusjonsmiljø over mange år kan ha medvirket til psykiske problemer hos beboerne. På den annen side fryktes det fra enkelte hold at forekomsten av psykiske lidelser kan øke i en overgangsperiode i forbindelse med institusjonsavviklingen. Store endringer og overgang til en ny og ukjent livssituasjon kan være en psykisk belastning.

Det er gjort få undersøkelser i Norge med hensyn til forekomst av psykiske lidelser hos psykisk utviklingshemmede og deres behandlingsbehov, og disse er i hovedsak foretatt blant institusjonsbeboere. Kartleggingene er gjennomført med ulike metoder, noe som gjør det vanskelig å sammenligne data.

Statistisk sett antas det at ca. 20 pst. av voksne psykisk utviklingshemmede har psykiatrisk sykdom med store behandlingsbehov. Store behandlingsbehov er imidlertid ikke ensbetydende med langvarige institusjonsopphold. Dette vil gjelde et fåtall. I tilfel-

ler der behandlingsbehovet er av en slik karakter, er det stor enighet om at skjermede tiltak ofte vil fungere best.

Flere fylkeskommuner uttaler at det kan være aktuelt å etablere en egen spesialavdeling/enhet for mennesker med psykisk utviklingshemming innen psykisk helsevern - men ikke som varig botilbud. Dette fordi en har sett en del uheldige konsekvenser av å legge psykisk utviklingshemmede inn i vanlige psykiatriske avdelinger. Tilrettelegging er nærmere omtalt under pkt. 4.2.5 Utbygging av spesialisttjenester og institusjonstilbud til personer med psykiske lidelser og/eller betydelige adferdsavvik.

For langt de fleste psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser, vil det være snakk om polikliniske tilbud. Den mest fremtredende oppgaven for psykiatrien vil være å gi faglig kvalifisert bistand til kommunalt personell, til brukerne og deres familier.

Organisering og arbeidsmåter

Tiltak og tjenester under psykisk helsevern må sees i sammenheng med og bygge på det totale habiliteringsarbeid. Den kommunale helse- og sosialtjenesten, skoleverket, kultursektoren og arbeidsmyndighetene er aktuelle å trekke inn i behandlingsopplegg. Det er i personens daglige miljø det langvarige arbeidet med grenseforståelse og utviklingsmuligheter foregår. Adferdsproblemer korrigeres som regel ikke ved å ta personen ut fra vedkommendes vante miljø. Målsettingen må være å sikre så sterk faglighet i de aktuelle nærmiljøer at en bare i unntakstilfeller må ty til miljøskifter/institusjonalisering.

Polikliniske tjenester bør organiseres som utadrettet virksomhet. Godt habiliteringsarbeid på spesialistnivå for psykisk utviklingshemmede innebærer generelt sett en mer utadrettet tjeneste enn det som har vært vanlig innenfor 2.-linjetjenesten. Dette er organisatoriske utfordringer som i første rekke hviler på fylkeskommunen og som må sees i nær sammenheng med kommunale løsninger og behov.

Ambulante spesialisttjenester bør dekke nødvendige råd- og veiledningsbehov på 1.-linjenivå og følge opp den enkelte klient og familien/nærpersonene. Psykiatrien bør, i samarbeid med team og annen spesialisttjeneste, i første rekke drive med klinisk, utadrettet virksomhet. Som for 1.linjetjenesten vil spesialisthelsetjenestens viktigste oppgave ikke bare være å løse krisesituasjonene, men å bidra til å forebygge dem.

Departementet har i rundskriv I-61/89 sagt at «det kan være aktuelt med et mindre antall plasser for personer med særlig utagerende

og behandlingskrevende adferd som i hyppige eller lange perioder ikke kan fungere i kommunale bolig- og omsorgstiltak». I slike situasjoner kan det være aktuelt med et tilbud fra psykisk helsevern som er skjermet fra vanlige akuttavdelinger. Ved organiseringen bør en samtidig utnytte samlet kapasitet i psykisk helsevern best mulig.

Kommunikasjon og samhandling med mennesker med omfattende psykisk utviklingshemming forutsetter ofte spesielle kunnskaper og erfaring. Det som karakteriserer behandling av psykiatrisk sykdom hos mennesker med psykisk utviklingshemming er en forsterking av det miljøterapeutiske- og utviklingspedagogiske arbeid. En søker å endre atferd ikke primært gjennom at vedkommende forstår sitt eget problem og finner andre måter å takle det på, men ved å tilrettelegge strukturerte programmer og endre betingelsene rundt den psykisk utviklingshemmede.

Det er en høy frekvens av kommunikasjonsvansker hos psykisk utviklingshemmede med store bistandsbehov, og det er vel kjent at det er et nært samspill mellom kommunikasjonsvansker og utagerende adferd. I HVPU har den psykisk utviklingshemmede og nærpersonene ofte utviklet alternative, nonverbale kommunikasjonsteknikker.

Behandlingsmåter med vekt på verbal kommunikasjon som er utbredt innenfor voksenpsykiatri, er en tilnærming som ofte er lite egnet i forhold til mennesker med psykisk utviklingshemming. Psykiatrien møter metodiske utfordringer der alternative tilnærming er nødvendige. Særlig voksenpsykiatrien har hatt liten befatning med mennesker med psykisk utviklingshemming, og erfaringsgrunnlaget er av den grunn relativt beskjedt. Det er derfor nødvendig med faglig utvikling og utveksling av erfaring med personer som sitter inne med realkompetanse.

I barne- og ungdomspsykiatrien er erfaringsgrunnlaget bedre enn i voksenpsykiatrien fordi innskriving i HVPU bare har skjedd unntaksvis i de senere år.

Utviklingsbehov

Mentalhygieniske tjenester er generelt sterkere etterspurt enn tilbudet. Departementet iverksetter i 1990 en 5-årig utviklingsplan for psykisk helsevern. Planen omfatter et bredspektret sett av statlige virkemidler. Til nå har det vært lagt vekt på økt og bedret utdanningstilbud. Det er etablert tilskudd til stipender, forsknings- og forsøksvirksomhet. I tillegg er det gitt tilskudd til et regionsenter i Tromsø for helseregion V. I de kommende år vil det bli foreslått etablert tilsvarende i Trondheim og Bergen slik at det i hver helse-

region vil bli etablert et fagmiljø som vil være basis for den videre utviklingen i regionen. Utbyggingen av regionale og fylkeskommunale tiltak vil i neste omgang komme kommunene til gode.

Selv om avviklingen av HVPU ikke formelt innebærer endringer for psykisk helsevern, vil reformen medføre et større ansvar for personer med psykisk utviklingshemming som også har psykiske lidelser. Så lenge HVPU har eksistert, har psykisk helsevern bare i beskjedent omfang ytt tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming. Dette gjelder i særlig grad overfor voksne psykisk utviklingshemmede.

Personell i HVPU har opparbeidet en betydelig kompetanse overfor psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser. Departementet ser det som svært viktig at denne kompetansen blir videreført innenfor psykisk helsevern slik at sektoren blir bedre rustet til å møte utfordringene.

Ved det økonomiske oppgjøret i forbindelse med reformen får fylkene beholde midler til en god del fagstillinger utenom fylkesteamet. Departementet forutsetter at fylkeskommunene ved fordeling av disse fagressursene tar hensyn til at psykisk helsevern må styrkes.

Departementet vil understreke at et betydelig antall barn og unge med diagnosen autisme og med alvorlige atferdsavvik har gode behandlingstilbud innenfor barne- og ungdomspsykiatrien i dag. Disse tilbudene må opprettholdes og videreutvikles. Reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming innebærer ikke at fylkeskommunene kan redusere omfanget av eksisterende behandlingstilbud til autister og psykisk utviklingshemmede som etter faglige kriterier har behov for behandling innenfor psykisk helsevern.

4.2.5 Utbygging av spesialisttjenester og institusjonstilbud til personer med psykiske lidelser og/eller betydelige adferdsavvik

Fylkeskommunale og kommunale rapporter om gjennomføringen av reformen signaliserer at problemene rundt behandling av personer med sammensatte psykiske lidelser og betydelige adferdsavvik er undervurdert i reformarbeidet. Det er faglig enighet om at en del av dagens beboere i HVPU-institusjoner har så alvorlig adferdsproblematikk at de ikke kan ivaretas innenfor verken kommunale boliger eller kommunale helseinstitusjoner. Denne gruppen mennesker må i kortere eller lengre perioder få opphold i tiltak med sterk og faglig kompetent bemanning. Behandling,

medikasjon og tilsyn med eventuell bruk av tvangsmidler i behandlingen må være under kontinuerlig veiledning og spesialistutøvelse. Det understrekes at adferdsvansker kan ha blitt forsterket og befestet gjennom årelange opphold i institusjoner som ikke har gitt et godt nok tilbud til den enkelte. Antallet aktuelle personer og graden av adferdsvansker kan derfor avta med overgang til en mer normalisert livssituasjon. Det presiseres likevel at betydelige adferdsavvik hos en mindre gruppe personer vil være en mer og mindre etablert del av adferdsmønsteret gjennom hele livsløpet.

De fleste personer det er tale om har til nå fått sitt bo- og behandlingstilbud innenfor HVPU-institusjonene. Innkomne rapporter understreker at psykisk helsevern i liten grad har hatt befatning med denne gruppen. Det hevdes at psykiatrien mangler både kapasitet og kompetanse til å imøtekomme det behov for institusjonsopphold som blir nødvendig ved avviklingen av HVPU-institusjonene. Det presiseres at etablering av skjermede enheter i tilknytning til psykisk helsevern er nødvendig for å unngå personlige og samfunnsmessige tragedier.

Endel barn og unge med diagnosen autisme og/eller alvorlige adferdsforstyrrelser får i dag behandlingstilbud fra barne- og ungdomspsykiatrien. Avviklingen av HVPU medfører ingen endringer i fylkeskommunens ansvar for slike behandlingstilbud, og departementet forutsetter at disse opprettholdes.

Ved fordelingen av HVPU-rammen mellom kommuner og fylkeskommuner var det en forutsetning at størstedelen av midlene skulle gå til etablering av alternative tiltak i kommunene. Regjeringen foreslår etter en totalvurdering at det settes av 170 millioner kroner til fylkeskommunale spesialisthelsetjenester. Denne fordelingen forutsetter ikke fylkeskommunal drift av heldøgns behandlingstilbud. Heldøgns behandlingstilbud til den gruppe det her er snakk om kostnadsberegnes til ca. 1 mill. kroner pr. plass pr. år.

Sosialdepartementet finner det godtgjort at en mindre gruppe psykisk utviklingshemmede har psykiske lidelser og/eller adferdsvansker i et slikt omfang at spesialisthelsetjenesten må tilby særlig tilrettelagt behandling i heldøgns institusjoner. Innenfor gruppen med diagnose autisme vil det også være personer som kan trenge slike behandlingstilbud. Innleggelseshyppighet og oppholdets varighet vil avhenge av situasjonen i det enkelte tilfelle. Tilbud om opphold i slik behandlingssenheter innebærer ikke at fylkeskommunen overtar permanent ansvar for vedkommende. Kommunens ansvar for å gi til-

passet bo- og omsorgstilbud er uendret og trer i funksjon når den enkelte ut fra faglige kriterier anses å kunne fungere i en mer normalisert livssituasjon.

Departementet er klar over at dette utgangspunktet kan reise vanskelige avveininger mellom kommuner og fylkeskommuner om oppgave- og ansvarsfordelingen i enkelttilfeller. Det er imidlertid nødvendig for en vellykket gjennomføring av reformen å presisere fylkeskommunenes ansvar for å bistå med heldøgns behandlingstilbud til de svakest stilte og sterkest belastede mennesker med psykisk utviklingshemming.

Nordiske erfaringer og anslag fra Helsedirektoratet tilsier et behov for slike behandlingstilbud tilsvarende 5 pr. 100 000 innbyggere. På landsbasis utgjør det omlag 200 plasser. Dette stemmer godt med innkomne rapporter fra endel fylkeskommuner. Fordelingen av HVPU-rammen har ikke gitt rom for at fylkeskommunene får beholde driftsmidler til heldøgns behandlingstilbud for denne gruppen. Dette krever tilførsel av nye midler. Spørsmålet om økonomiske konsekvenser er nærmere behandlet i stortingsproposisjonen om kommuneøkonomien.

4.2.6 Landsdekkende funksjoner innenfor tidlig diagnostikk

Tidlig diagnostisk utredning av barn med utviklingsforstyrrelser er av stor betydning. For familien er det vesentlig å få kartlagt årsaksforholdene bak utviklingshemmingen. Riktig diagnose er grunnlaget for behandling og habiliteringsopplegg. God diagnostikk er dessuten nødvendig for å kunne drive genetisk veiledning.

Det drives diagnostisk virksomhet ved alle sentral- og regionsykehus. Endel tilfeller krever imidlertid så avanserte og tverrfaglige utredninger at det ikke er hensiktsmessig å spre arbeidet på alle helseregioner. Den internasjonale utviklingen er rask når det gjelder diagnostikk av sjeldne og kompliserte syndromer. Det er ikke realistisk at alle sykehus i landet skal holde seg ajour med utviklingen hver for seg. Sosialdepartementet opprettet derfor i 1985 Senter for mental retardasjon ved Rikshospitalet. Senteret driver et utstrakt samarbeid med barneklivnikken og øvrige avdelinger ved sykehuset, Institutt for klinisk biokjemi (Universitetet i Oslo), Sentralinstituttet for Cerebral parese (Berg Gård), Statens Senter for Epilepsi og andre norske og internasjonale fagmiljøer. Senter for mental retardasjon har kunnet hjelpe en rekke personer som utvilsomt ikke ville ha fått fullstendig di-

agnose uten denne bistanden. Virksomheten har bred støtte i faglige miljøer og fra pasient-/bruker-organisasjoner. Senteret er pr. i dag bemannet med 2 stillinger for overleger, men trekker mye på kapasiteten ved sykehusets øvrige avdelinger, laboratorier og Institutt for klinisk biokjemi.

Senterets virksomhet bør styrkes i forbindelse med gjennomføringen av reformen. Det er av stor forebyggende og kurativ betydning å sikre en landsdekkende funksjon innenfor diagnostikk overfor mentalt retarderte barn som ikke kan utredes fullt ut i sitt hjemfylke eller ved regionsykehus. Ønsket styrking bør fortrinnsvis skje ved oppretting av utdanningsstillinger for leger og annet spesialistpersonell.

4.3 TILTAK FOR SPESIELLE GRUPPER

4.3.1 Autister og andre mennesker med omfattende utviklingsforstyrrelser og alvorlige atferdsvansker

I NOU 1989:17 «Tjenestetilbud til autister» er det gitt en faglig vurdering og tilrådning for utbygging og organisering av tjenester, samt ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene, når det gjelder mennesker med autisme. Mennesker med Asperger syndrom og Rett syndrom er også tatt med i utredningens vurderinger. Utvalget har gitt en beskrivelse av autisme, Rett syndrom og Asperger syndrom, samt forekomst og fordeling på aldersgrupper. Det går her fram at anslag for forekomst av autisme varierer fra 4-10 pr 10 000 fødte. For Asperger syndrom er anslaget 1-10 pr 10 000 fødte og for Rett syndrom regner man med en forekomst på 1 pr 10 000 piker. Dagens tjenestetilbud er også beskrevet. Utvalget har beregnet økonomiske konsekvenser av sine forslag og knyttet en finansieringsordning til dette.

Utredningen har vært på høring. På tross av en knapp høringsfrist har hele 135 ulike instanser uttalt seg.

Her gis en gjennomgang av noen av utvalgets viktigste konklusjoner, høringsinstansenes uttalelser og departementets synspunkter. Disse bør ses i sammenheng med de øvrige kapitler i denne melding. Enkelte av utvalgets hovedkonklusjoner blir ikke behandlet her, men andre steder i meldingen. Dette gjelder problemstillinger knyttet til økonomi og finansieringsordninger. Disse tas i kap. 8.4. Problemstillinger knyttet til rettssikkerhet behandles i kap 6. Fylkeskommunens ansvar og arbeidsoppgaver behandles i kap 4.2.

Kommunalt basisansvar

Utvalget mener at kommunene bør ha det samme ansvar for autister som for øvrige personer med psykisk utviklingshemming. Dette innebærer kommunalt basisansvar. Dette er i tråd med sosialkomiteens innstilling S. nr. 78 (1987-88). Høringsinstansene er, med få unntak, enige med utvalget i at kommunene skal ha basisansvar for autister. Svært mange høringsinstanser påpeker i likhet med utvalget at kommunene må settes i stand til å ivareta sitt ansvar gjennom ressurtilførsel m.h.t. økonomi, personell og utvikling av kompetanse innenfor de ulike etater.

De instanser som stiller seg tvilende eller er uenig i kommunalt basisansvar for autister begrunner det med at autister er svært behandlingkrevende og at det er nødvendig med store ressurser og spesialtrenet personell. Enkelte mindre kommuner peker på at problemet ofte like gjerne er mangel på fagpersoner som gjør det vanskelig for kommunene å mestre denne oppgaven. Videre påpekes det at utkantkommuner vil bli stilt overfor meget store faglige, økonomiske og organisatoriske utfordringer

Norsk Psykologforening uttrykker at mange autister utvikler tidlig så alvorlige atferdsavvik at de vil være i behov av en rekke kvalifiserte tilbud. I mange tilfelle vil problemene allerede før voksen alder være så omfattende at en ikke kan forvente at familien kan ha det primære omsorgsansvaret.

Helsedirektoratet sier:

«For disse gruppene som har behov for særlig kvalifisert hjelp over lang tid utgjør oppsplitting av ansvar på forskjellige forvaltningsnivåer et betydelig problem. Et av problemene er at det ikke vil finnes tilstrekkelig spesialisert kompetanse i kommunene.» Helsedirektoratet konkluderer med: «Der bør altså fortsatt være et fylkeskommunalt ansvar for gruppen autister, både for diagnostisering, utredning og veiledning til kommunene, og for institusjonstilbud for de autister som trenger dette.»

Sosialdepartementet er enig i utvalgets konklusjon om at basisansvaret legges til kommunene. Det vil være uheldig om mennesker med autisme skilles ut og ikke tilbys tjenester på linje med andre grupper funksjonshemmede. Reformens intensjon oppfylles best ved at alminnelige prinsipp om ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene gjelder for alle personer med utviklingsforstyrrelser.

Sosialdepartementet ser at mindre kommu-

ner i utkantstrøk vil ha større vansker mht. til rekruttering av fagpersonell enn sentralt beliggende kommuner. Rekruttering av fagpersonell er også et problem for enkelte fylker. I forhold til enkelte kommuner bør det vurderes bruk av ulike virkemidler. Desentraliserte utdanningstilbud vil kunne være et tiltak som bør iverksettes i forhold til underdekning av fagpersonell. Tildeling av øremerkede midler til mindre kommuner som får særlig høye utgifter er et virkemiddel i forhold til de økonomiske utfordringer. Det vises her til kap 8.4. Kommunene bør også rekruttere personell fra HVPU som har kompetanse om personer med utviklingsforstyrrelser og alvorlige atferdsvansker. Forøvrig viser det seg at de fleste pårørende ønsker å ha sitt barn hjemme fram til voksenalder, unntatt i enkelte tilfelle hvor barnets atferdsvansker er uoverkommelige i forhold til hva en familie kan mestre. Dette innebærer at det er helt sentralt å utvikle gode tjenester omkring familien i det lokale apparat, slik at man kan forebygge, eventuelt utsette institusjonsopphold. Tidlig diagnostisering og intervensjon, kontinuerlig veiledning til familien om samhandling med barnet, tilrettelagte barnehage- og skoletilbud, samt avlastning og fritidstiltak som samordnes med disse vil her være helt nødvendig. Videre vises til utvalgets forslag om interkommunalt samarbeid om boligtiltak, som får tilslutning i de fleste høringsuttalelsene. Departementet slutter seg til dette. Lov om helsetjenester i kommunen og forskrifter hjemlet i denne gir anledning til å drive mindre kommunale institusjoner for personer med alvorlige atferdsvansker. For nærmere omtale av dette vises det til kap 4.1.2 om kommunenes helsetjenester.

NOU 1989:17 gir en beskrivelse av tjenestetilbudet til autister og konkluderer med at dette er av svært varierende karakter. Tilbudene varierer fra fylke til fylke og fra kommune til kommune. Videre gis det beskrivelser av tiltak i kommunene som viser at det er mulig å utvikle gode tiltak i kommunal regi. I denne sammenheng kan det også vises til Landsforeningen for Autister sin undersøkelse om omsorg for autister i Norge. Undersøkelsen som er utført av Jan Tøssebro i 1988 viser at fylkeskommunale heldøgntilbud ikke på noen måte er noen garanti for kvalitativt gode tiltak. Det er m.a.o. ikke forvaltningsnivået i seg selv som avgjør kvaliteten. Denne undersøkelsen viser at bakgrunnen for plass i et fylkeskommunalt døgntilbud ofte har vært behov for bolig kombinert med andre tiltak, fordi pårørende ikke lenger maktet omsorgsansvaret og barnets atferdsvansker har fått en

meget alvorlig karakter. Kommunen har ikke har hatt tilpassede heldøgnsstilbud til barnet og pårørende har derfor ikke hatt noe valg. Utfordringen blir derfor å utvikle adekvate heldøgnsstilbud i kommunal regi, evt ved interkommunale løsninger. Ved denne tilnærmingen kan personer med omfattende atferdsvansker i framtiden også bo nær sine pårørende, dersom rammebetingelsene legges til rette for det. Når det gjelder departementets synspunkter på fylkeskommunenes ansvar, vises det til kap 4.2

Behov skal legges til grunn for tiltak - ikke diagnose

I NOU 1989:17 slås det fast at det bør være den enkeltes behov - ikke diagnose som skal legges til grunn for tiltak. Dette har svært mange av høringsinstansene sluttet seg til.

Departementet er enig med utvalget i dette prinsipp. Det er behovet til den enkelte som bør ligge til grunn for både innhold, omfang og type tjenester. En slik tilnærming er også i tråd med prinsippene om individualisering og normalisering. Departementet mener at det er nødvendig å se behovene for mennesker med autisme i sammenheng med behov for andre mennesker med utviklingsforstyrrelser og alvorlige atferdsvansker. Departementets synspunkter i dette kapittel gjelder derfor også for disse.

Tiltakskjeder og ansvarsgrupper

NOU 1989:17 anbefaler en arbeidsmodell med etablering av ansvarsgruppe for den enkelte for planlegging, koordinering og iverksetting av tjenester. Ansatte fra ulike etater i kommunen, fylkeskommunen og brukeren, oftest representert ved foresatte, skal være med i ansvarsgruppen. Lederen for ansvarsgruppen skal være familiens kontaktperson og koordinere tilbud fra de enkelte etater. Ansvarsgruppen skal arbeide med utgangspunkt i en tiltaksplan. Planen skal inneholde tiltak som opplæring, avlastning, støttekontakt, søknad om trygdestønader, skoloring av personell m.m. Det skal være en klar oppgave- og ansvarsfordeling blant medlemmene i ansvarsgruppen. Det vises til kap. 5.3 i utredningen for nærmere beskrivelser av arbeidsmodellen.

Svært mange av høringsinstansene slutter seg til utvalgets forslag om ansvarsgrupper. Flere kommuner viser til gode erfaringer med modellen både fra barnevern og arbeid med funksjonshemmede.

Departementet mener at denne arbeidsmodellen er meget hensiktsmessig. Arbeidsmåten er tidkrevende. Departementet mener

derfor at den bør benyttes for personer med omfattende behov som krever deltakelse fra flere instanser, fram for at det skal opprettes ansvarsgrupper rundt hver enkelt person med psykisk utviklingshemming. For personer med mindre behov for hjelp bør det vurderes om ordningen med hovedkontaktperson er mer hensiktsmessig. Hovedkontaktfunksjonen bør ikke knyttes til en spesiell etat. Dette bør vurderes ut i fra hvilke fagperson det er som har god og stabil kontakt med vedkommende og hans/hennes familie. Det kan eksempelvis være helsesøster for spedbarnet, førskolelærer for førskolebarnet o. s.v. Vedkommende skal bistå den psykisk utviklingshemmede og/eller familien med å finne fram i hjelpeapparatet, slik at brukeren får de tjenester og ytelser vedkommende har behov for og rett til. Videre blir det hovedkontaktens ansvar å ta kontakt med aktuelle instanser og innkalle og lede møter dersom det er aktuelt å drøfte tiltak som andre instanser har ansvar for.

Tidlig intervensjon

Departementet har merket seg utvalgets grundige faglige redegjørelse for betydningen av tidlig diagnostisering og intervensjon og slutter seg til at dette er et meget viktig satsningsområde. Det er helt nødvendig å satse maksimalt på nyfødte og små barn for å forebygge ytterligere funksjonshemminger og stimulere det enkeltes barns potensiale. Både individuelle, menneskelige hensyn og samfunnsøkonomiske hensyn taler for at adekvate tiltak bør iverksettes raskt og følges opp.

Opplæring og skoletilbud

Med opplæring mener utvalget både den undervisning som finner sted i skolens regi (alle aldersgrupper), og opplæring og sosial trening i bolig og på fritid. Det slås videre fast at opplæringsbehovet vil gjelde gjennom hele livet. En stor del av høringsinstansene tilslutter seg denne forståelsen av opplæring og understreker nødvendigheten av individuelle vurderinger og utstrakt tilrettelegging av læringsmiljø både i og utenfor skolen. Enkelte er noe skeptisk til en slik utvidet forståelse av opplæring som utvalget har lagt til grunn.

Utdannings- og forskningsdepartementet sier følgende om opplæringsbegrepet:

«Dette kan være en fruktbar bruk av opplæringsbegrepet, i og med at det understreker at opplæring er mer enn det som foregår i skolens regi. Dersom vi bruker opplæringsbegrepet på denne måten, må vi imidlertid passe på å uttale klart når vi mener skolen bør ha ansvar for opplæringen og når vi snakker om opplæring som bør foregå i regi av andre. Spe-

sielt er dette viktig innenfor voksenopplæring. Her er det nemlig ikke nok å skille mellom opplæring i skolesituasjonen og opplæring i bolig eller på fritid.»

Utdannings- og forskningsdepartementet peker også på behovet for andre yrkesgrupper i skolen:

«Dette forutsetter også bruk av ikke-pedagogisk personell i skolesammenheng og bør kunne omfatte profesjoner som f.eks vernepleiere og barnevernspedagoger.»

Aust-Agder fylkeskommune er enig i behovet for et utvidet opplæringsbegrep, men peker også på problemer m.h.t. ansvarsforhold i denne sammenheng:

«Det klassiske spørsmål har vært: Hva er undervisning og hva er omsorg? Det er nødvendig med en presisering av hvor langt skoleverkets ansvar strekker seg, ellers vil vi fortsett få strid om hvem som skal dekke utgiftene til opplæring.»

Departementet slutter seg til utvalgets holdning til opplæring og dens betydning. Det er viktig å integrere og vektlegge den pedagogiske perspektiv i utviklingen av det samlede tilbudet og dette gjelder hele livsløpet.

Skoleårets, -dagens og ukens lengde

I NOU 1989:17 går det fram at skolens rytme er meget dårlig tilpasset undervisning av autister. Dette begrunnes med at autisters behov for struktur og kontinuitet i opplærings tilbudet er helt annerledes enn andre elever. Ferier og fridager representerer dramatiske brudd på strukturen til de fleste autistiske barn og 8 ukers fravær fra skolen om sommeren kan føre til stor stagnasjon og tilbakegang. Utvalget mener derfor at denne delen av skolens ansvar må utvides. En bør her se på om lovgrunnlaget er tilstrekkelig for å imøtekomme disse behovene. Det vises til grunnskolens forskrifter p.k.t. 1.8.2 der det er fastslått at skolestyret kan vedta å redusere eller øke undervisningstiden og at loven åpner for en økning av undervisningstilbudet. Utvalget mener at initiativet til å forbedre kontinuiteten i undervisningstilbudet bør komme fra Utdannings- og forskningsdepartementet.

Mange av høringsinstansene uttrykker enighet med utvalget med hensyn til at skoletilbudet ikke er godt nok tilpasset autistiske elever. Det er forøvrig forskjellig syn på hvilke virkemidler som bør benytte for å endre på dette.

Utdannings- og forskningsdepartementet sier følgende:

«Vedrørende inndeling av skoledagen/året peker struktur og stabilitet seg ut som særlige satsningsområder. Dette er spesielt med tanke på hjemmeboende autister som trenger et fritidstilbud etter skoletid - innbefattet utvidet skoleår. En anvendelse av forskriftene for grunnskolen p.k.t 1.8.2. er særlig aktuell og skoletiden bør kunne tillempes i de tilfellene det er nødvendig.»

Kirkegaten skole i Sarpsborg som driver opplæring for autister, beskriver hvordan de har løst dette:

«Her i Østfold har en de siste årene gjort positive erfaringer med å tilrettelegge helhetlige tilbud til hjemmeboende autister. En har klart å dekke behovet for kontinuerlig opplæring også på sommeren og andre av skolens ferier og fridager. Det er gjort ved at autistene får miljø/avlastningstilbud disse feriene og fridagene. Det helhetlige opplegget sikrer at den enkelte ikke får de dramatiske brudd i strukturen slik det er nevnt i innstillingen. Skoleåret er ikke utvidet, men opplæringsbehovet blir ivarettatt av miljøpersonale som arbeider etter de samme grunnprinsipper og målsettinger for den enkelte som skolens personale. Vi har altså klart å dekke dette behovet uten å utvide skoleåret.»

Sosialdepartementet slutter seg til utvalgets og høringsinstansenes synspunkter vedrørende behovet for kontinuitet og stabilitet i tilbudet. Tiltak i ferier og fridager må tilrettelegges slik at de representerer faglige gode tilbud som bygger på den samme tilnærming og de samme mål som gis i ordinær skoletid. Uttalelsen fra skolen i Sarpsborg viser at helhetlige tiltak og opplæringsbehovet kan ivaretas i dagens situasjon. Lignende modeller er iverksatt i flere andre kommuner. Dette krever samordning av ressurser fra andre etater som helse-, sosial og kulturetaten. Forøvrig vises det til den utvikling som pågår i skolen generelt i retning av lengre skoledag. Utvidet skole er etablert flere steder, både for å ivareta familier og barn med spesielle behov, og for å møte andre barns behov for tilbud etter skoletid. Det tas ikke stilling til lover, forskrifter og gjeldene avtaleverk i denne melding. Det henvises til Utdanningsdepartementet pågående arbeid med spesialskolene, Prosjekt S, og den stortingsmelding som legges fram i denne sammenheng.

Den pedagogisk psykologiske tjenestens rolle og funksjon

Utvalget peker på PP-tjenestens sentrale rolle som sakkyndig instans i forbindelse med faglige tilrådinger om spesialpedagogiske tiltak. Det slås her fast at denne tjenesten, både med hensyn til kapasitet og kvalitet, har stor betydning for barns rettigheter i forhold til skoleverket. Utvalget er derfor bekymret

over tendensen til mindre tverrfaglighet ved PP-tjenesten og peker på at en ren pedagogisk tjeneste, som noen kommuner utvikler, ikke gir tilstrekkelig trygghet for nødvendig lokal kompetanse.

Norsk Spesiallærerlag sier:

«PP-tjenesten må ha en sentral rolle i ansvarsgruppen som skal dannes rundt den enkelte autist. For at PP-tjenesten skal kunne ivareta de oppgaver som tillegges den, etter at ansvaret for mennesker med psykisk utviklingshemming legges til den enkelte kommune, må tjenesten sikres en bemanning som ivaretar kravet til tverrfaglighet. Den enkelte PP-tjeneste bør og styrkes med fagpersonell med spesiell kompetanse innen feltet psykisk utviklingshemming».

Mange av høringsinstansene slutter seg til utvalgets synspunkter med hensyn til behov for tverrfaglighet. Mange kommuner peker i likhet med Norsk Spesiallærerlag på behov for styrking av denne tjenesten.

Utdannings- og forskningsdepartementet sier:

«PPT og skolen bør sammen legge opp et målrettet arbeid for bedring av autistens funksjonsnivå. Sosionomtjenesten sammen med pedagogisk-psykologiske rådgivere bør også ha et sentralt ansvar for tilrettelegging av sosiale betingelser innbefattet avlastningstilbud for hjemmeboende autister. For sistnevnte gruppe er det viktig at skolen, sammen med PP-tjenesten, bidrar til deling av opplæringsansvaret, slik at hjem og skole sammen kan bidra til vekst og utvikling.»

Sosialdepartementet ser at behovet for styrking av PP-tjenestene klart er til stede. Dette gjelder både kompetanse om utviklingsforstyrrelser som gir alvorlige atferdsvansker og en generell styrking av personell både med hensyn til antall og type utdanning. Organisering av tjenester i tråd med utvalgets og departementets syn forutsetter at PP-tjenesten samarbeider med helse og sosialtjenesten og spesialisttjenesten i fylkeskommunen gjennom ansvarsgrupper slik det er skissert under punktet Tiltakskjeder og ansvarsgrupper. Forøvrig når det gjelder skoleetat og PP-tjenestens funksjoner vises det til den stortingsmelding som Utdannings- og forskningsdepartementet skal fremme om spesialpedagogiske tiltak og tjenester

Arbeid og annen tilrettelagt sysselsetting

I NOU 1989:17 er arbeid definert som alle tilrettelagte aktiviteter som har som formål å gi et individ mulighet til å utnytte sine evner, uavhengig av lønnsomhetsvurderinger. Utvalget påpeker at normalisering innebærer at voksne autister, som andre, må ha et arbeid å gå til. Det krever spesiell tilrettelegging med

strukturerte arbeidsoppgaver og som regel en bemanningsfaktor 1: 1 i en lengre innarbeidingsperiode og ved skifte av arbeidsoppgaver. Det pekes videre på at autister ofte har en stor arbeidskapasitet, men trenger kyndig ledelse. Etter utvalgets oppfatning avgjøres grad av produksjon like mye av arbeidsleders begrensninger i tilrettelegging av forholdene, som begrensninger hos arbeidstakerne. Det vises til gode erfaringer som er gjort ved at produksjon og sosialpedagogiske tiltak er integrert i en arbeidssituasjon. Utvalget presiserer nødvendigheten av at arbeidstiltak organiseres slik at ansvars- og kostnadsfordelingen ikke rammer den enkelte.

Det er delte meninger om arbeidsmarkedetatens ansvar og hvor grensen skal gå mellom arbeid og andre aktivitetstiltak. Mange kommuner uttrykker enighet med utvalget om at autister og andre funksjonshemmede tilbys arbeid. Noen oppfordrer Arbeids- og administrasjonsdepartementet til å se nærmere på de kriterier som er satt for arbeidsmarkedstiltak, slik at flere kan innlemmes i arbeidslivet. Videre at Staten må utbygge arbeidsmarkedstiltak i sterkere grad enn hva som er gjort.

Arbeidsdirektoratet redegjør i sin uttalelse for bemanningsnormen i tiltak som Arbeidsforberedende trening (AFT), Arbeidssamvirke (ASV) og Arbeidssamvirke i offentlig virksomhet (ASVO) som er 1 arbeidsleder pr. 5 yrkeshemmede. Videre pekes det på at ved overføring av de produksjonsrettede verkstedene under HVPU til arbeidsmarkedsetaten opereres det med en nedre grense for en bemanningsfaktor på 1:3, forutsatt at øvrige kriterier som er satt er oppfylt. Direktoratet antar derfor at arbeidsmarkedsetatens tiltak for særlig svake grupper yrkeshemmede ikke vil være et egnet arbeidstilbud for de fleste autister. Men Direktoratet peker på at i den grad autister kan nyttiggjøre seg ovennevnte tiltak vil også de falle innenfor målgruppen av disse tiltakene.

Arbeids- og administrasjonsdepartementet har her avgitt følgende uttalelse:

«Arbeids- og administrasjonsdepartementet kan ikke si seg enig i utvalgets definisjon av arbeid. I forbindelse med overføring av produksjonsrettede tiltak innen HVPU til arbeidsmarkedsetaten, har det vært lagt vekt på at tiltaket må kunne karakteriseres som et *sysselsettingstiltak* i motsetning til et aktivitetstiltak. Dette innebærer at tiltaket skal ha produksjon av varer eller tjenester som hovedformål og hovedtyngden av virksomheten skal være innrettet mot dette. Ved nærmere avgrensning mot aktivitetstiltak har en bl.a. lagt vekt på tiltakets kostnadsnivå eller produktivitet, herunder forholdstallet mellom arbeidsleder og deltakere i tiltaket. En bemanningsfaktor på 1:1 som foreslått av utvalget, vil ikke være aktuelt innenfor rammen av arbeidsmarkedsetatens tiltak.»

Sosialdepartementet synes det er hensiktsmessig å knytte produksjon av varer eller tjenester til definisjon av arbeid. Den tette oppfølgingen som utvalget skisserer med bemanningsfaktor 1:1 gjør at arbeidsmarkedstiltak alene ikke er aktuelt for mange. Dette fordi en slik bemanningsnorm går klart utover de kriterier som er satt av Arbeidsdepartementet i forhold til arbeidsmarkedstiltak. På grunn av behovet for slik tett oppfølging, er det kommunens ansvar å utvikle gode sysselsettings og arbeidslignende tiltak. Departementet er enig med utvalget i at den enkeltes arbeidsevne henger nøye sammen med de ansattes kunnskap og ferdigheter om arbeidstilrettelegging, og at mange på tross av sin funksjonshemming kan gjøre en god arbeidsinnsats. Videregående skole og aktivitetstiltak i kommunal regi bør derfor vektlegge arbeidsforberedende trening. Dette krever god kontakt og samarbeid med arbeidsmarkedet. Her kan det også legges opp til et økonomisk samarbeid mellom kommunen og arbeidsmarkedstiltak ved at kommunen finansierer arbeidsleder til en person i et arbeidsmarkedstiltak i en innarbeidingsfase.

Departementet vil understreke at det er svært viktig at den enkelte tilbys tilpasset aktivisering/sysselsettingstiltak i kommunene, der hvor arbeidsmarkedstiltak ikke er aktuelt. Dette er nødvendig for at personer med stort behov for hjelp og tilrettelegging også får tilbud om tilrettelagt sysselsetting/aktivisering når skolen tar slutt. Dette skal foregå utenfor boligen. Det vises forøvrig til kap 5.1 om arbeid.

Bolig og tjenester knyttet til dagliglivet i boligen

NOU 1989:17 slår fast at mennesker med autisme som andre må kunne forlate foreldre hjemmet og etablere seg i egen bolig i ungdoms- og voksenalder. Videre at det for enkelte familier med yngre barn vil være nødvendig å etablere bo- og omsorgstilbud før denne alder. Utvalget mener at bofellesskap der den enkelte har privatareal etter individuelle behov, men der det også er et fellesareal, vil være aktuelt for de fleste.

Beboerantallet bør vanligvis begrenses til 3-4 personer. Utvalget mener at botilbud i form av mindre boenheter kan etableres gjennom interkommunalt samarbeid. Med utgangspunkt i de store atferdsvansker som er forbundet med det autistiske syndrom, gjør utvalget rede for behovet for detaljert planlegging, struktur og treningsopplegg etter definerte mål i boligen. Dette krever som oftest en bemanningsfaktor 1:1. Det bør etableres en

vanlig døgnrytme i boligen og den enkelte bør kunne forlate boligen om dagen for å delta i arbeid eller aktivisering. Personalet må ha fagutdanning og miljøterapeutisk kompetanse, samt arbeidserfaring fra denne type funksjonshemming. Totalplanlegging og kompetanseoppbygging av personalet er, helt nødvendige forutsetninger. Utvalget begrunner behovet for kompetent og sterk bemanning i den alvorlige atferdsproblematikken som mange voksne autister har. Utvalget tar også opp behov for klargjøring vedrørende tvangsmiddelbruk og grensesettende tiltak i den kommunebaserte tjenesten.

De fleste høringsinstanser uttrykker imidlertid enighet med utvalget på disse punkter, både når det gjelder interkommunale løsninger, personalbehov, faglige krav og problemstillinger knyttet til rettssikkerhet. Uttalelsen fra Fylkesteamet for HVPU i Nordland er representativ for mange av høringsinstansene:

«Det er nødvendig med små, oversiktlige miljøer for autister som flytter hjemmefra eller utskrives fra institusjon når HVPU avvikes. Boligen bør ha faglig kvalifisert bemanning med tilknytning til kompetent veiledningsmiljø. Botilbud for autister kan samorganiseres med botilbud for andre med tilsvarende behov. Dette kan opprettholde et fagmiljø rundt tiltakene, samt forhindre utbrenning og faglig stagnasjon blant ansatte. Mindre kommuner bør vurdere interkommunale løsninger i denne sammenheng.»

Enkelte høringsinstanser er noe skeptisk til utvalgets formuleringer om bofellesskap og interkommunalt samarbeid om boligtiltak. Det påpekes her at de samme prinsipper må legges til grunn for autister som for andre når det gjelder bolig.

Departementet slutter seg til utvalgets synspunkter vedrørende interkommunalt samarbeid om bolig, behov for struktur og tilrettelegging samt kvalifikasjoner til de ansatte. Departementet vil også her understreke betydningen av at disse vurderinger vil gjelde uavhengig av diagnose. Dette er forhold som vil gjelde for alle personer med utviklingsforstyrrelser som har alvorlige og omfattende atferdsavvik. Departementet vil understreke at det her er helt nødvendig med høy personalfaktor og at de ansatte har omfattende kunnskaper og ferdigheter i miljøarbeid. Behovet for tett oppfølging og bemanningsfaktor må vurderes for den enkelte da det her vil være store variasjoner, også blant autister. De ansatte som arbeider med personer med alvorlig atferdsproblematikk har et meget krevende arbeid. Det må derfor legges vekt på kontinuerlig oppfølging gjennom opplæring og veiledning fra spesialisttjenesten.

For personer hvor struktur, grensesetting og kontinuerlig oppfølging av personalet utgjør hoveddelen av hverdagen, kan det være hensiktsmessig å hjemle boligtiltaket i lov om kommunehelsetjenesten og definere tiltaket som institusjon. Det vises her til kap 4.1.2 om kommunehelsetjenester.

Det vises til kapittel 6 når det gjelder forhold vedrørende tvang, grensettende tiltak og rettssikkerhet.

Kompetanseutvikling

Det går fram av NOU 1989:17 at kvaliteten på tiltak for autister er meget varierende. Når det gjelder kompetanse er den tilfeldig spredt i ulike deler av hjelpeapparatet. Utredningen har avdekket et meget stort behov for kompetanse på alle nivåer og i ulike etater når det gjelder autisme. Dette har utvalget påpekt både innenfor de ulike virksomheter i kommunene som skole-, kultur-, helse- og sosialtjenesten og PPTjenesten. Utvalget peker også på behovet på fylkeskommunalt nivå, herunder spesialisttjenesten og videregående skole, og innen statlige organer som arbeidsmarkedsetaten.

Behov for kompetanse er et spørsmål som har opptatt svært mange av høringsinstansene. Det går her fram at behovet for økte kunnskaper gjør seg gjeldende på alle områder når det gjelder autisme og lignende funksjonshemminger.

Sosialdepartementet slutter seg til utvalgets konklusjoner vedrørende behov for kompetanseutvikling. Utvalgets redegjørelser og høringsuttalelsene viser klart at kunnskapsoppbygging vil være en nødvendig strategi for å bedre kvaliteten på tiltak og tjenester. De ansattes motivasjon, kunnskaper og ferdigheter er avgjørende for den kvalitet som ytes i de ulike tiltak. Behovet for skoling gjelder både spesifikk kunnskap om ulike målgrupper som autisme, Retts syndrom, Asperger syndrom m.fl. og kunnskap om metoder og teknikker i opplæring og habilitering. Det er også avdekket et stort behov for opplæring i hvordan man kan identifisere funksjonsavvik tidlig i barnets levealder, samt diagnose og screening. Kunnskaper om psykisk utviklingshemming og andre omfattende funksjonsforstyrrelser har, med unntak av vernepleierutdanningen, liten plass i grunnutdanningene. Det bør derfor vurderes hvordan ulike utdanningsinstitusjoner kan møte kunnskapsbehovet ved å tilpasse sine undervisningsplaner til de avdekkede behov, samt iverksetting av ulike etter-, og videreutdanningstiltak. Statens Spesiellærerhøgskoles multihandicap-linje er en meget viktig utdanningsinstitusjon i denne sammenheng.

Forøvrig er det få steder i landet lagt opp til videreutdanning i disse temaer. Det er imidlertid gjort gode erfaringer ved forsøksordningen med videreutdanning for ulike yrkesgrupper ved Vernepleierhøgskolen i Oslo og Akershus. Utdanningen gir en fordypning i metodisk miljøarbeid for døvblinde, autistiske/psykotiske og andre funksjonshemmede. Departementet ser meget positivt på slike videreutdanningstiltak og mener at det vil være hensiktsmessig med flere utdanningstilbud lignende dette. Departementet har også merket seg Landsforeningen for autisters positive vurdering av tidligere utdanningsopplegg for to kull i hjelpepleie i vernepleie, hvor formålet var å kvalifisere til arbeid med autister. Departementet ser kunnskapsformidling og kunnskapsutvikling om ulike utviklingsforstyrrelser som et viktig innsatsområde i den videre utvikling av omsorg for funksjonshemmede. Opplæring av ansatte er et ansvar for kommunene og fylkeskommunene som arbeidsgiver. Staten har ansvar for informasjon, veiledning, forskning, forsøk og utviklingsarbeid samt utdanning av personell. Departementet ønsker nærmere vurderinger og analyser av hvordan man best kan møte det store behovet for kunnskapsformidling som utvikling av HVPU har avdekket. Det er her nødvendig med en nærmere kartlegging av eksisterende opplærings- og utdanningstiltak. Ved en nærmere beskrivelse av den nåværende situasjon, samt nærmere vurderinger av de avdekkede behov innenfor ulike virksomheter og for de ulike målgrupper, bør det utvikles en nasjonal strategi for kompetanseoppbygging. Her bør det gå fram hva som bør prioriteres og hvordan man mest mulig effektivt kan videreformidle allerede eksisterende kunnskap. Det vises til kap 7.1 om personell og kompetanse, kap 7.2 forskning, forsøk og utvikling og kap 4.3.3 Små og mindre kjente grupper med psykisk utviklingshemming.

Statlig kompetanseenhet med landsdekkende funksjoner

Utvalget påpeker behovet for å organisere en kompetansenhet på statlig nivå med landsdekkende servicefunksjoner. Fra denne enheten skal det gis råd, veiledning og eventuelt støtte i særlig kompliserte tilfeller både når det gjelder diagnose, veiledning av tiltak og opplæring av fagpersoner. Utvalget mener det er nødvendig med kompetanse knyttet til forskjellige fagområder og at enheten må knyttes til et miljø hvor det er personer med autisme. Utviklingsarbeid og formidling av forskning vil være sentrale oppgaver. Dette

krever nærhet til universitets og høyskolemiljø.

Utvalget drøfter mulige organiseringer av denne virksomheten og mener at det må vurderes nærmere i forhold til andre spesialiserte funksjoner. Utvalget orienterer om at Berg gård er utpekt som kunnskapsbase for piker med Rett syndrom.

Det er forskjellig syn blant høringsinstansene når det gjelder behovet for og organisering av statlig kompetansenhet.

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon slutter seg til utvalgets forslag om å opprette en enhet med landsdekkende funksjoner:

«Et slik statlig spisskompetansesenter må sørge for at det norske fagmiljøet bl.a. forskningsmessig er på høyde med den internasjonale utvikling.»

Landsforeningen for autister mener at kompetanse på statlig nivå vil være den beste måten å sikre videreutvikling av kunnskap om autisme i Norge. Foreningen sier:

«Et statlig kompetansesenter skal initiere og bidra til å koordinere og spore informasjon om forskning som foregår i Norge, og er en viktig ressurs m.h.t. veiledning og kurs for de fylkeskommunale fagteam og andre personer. Det statlige spisskompetansesenteret vil måtte få en sentral rolle i utprøving og etablering av pedagogiske tiltak. En oppgave vil også være avansert diagnostikk. Kompetansen må ha nær tilknytning til høyskole/ universitet og samtidig et levende faglig miljø.»

Foreningen viser til positive erfaringer med statlig senter i Sverige.

Helsedirektoratet er tvilende til om det er hensiktsmessig med et statlig autismeteam og sier:

«Helsedirektoratets oppfatning er at den nødvendige kompetanse for å drive råd og veiledning når det gjelder tilbud til autister bør bygges opp i hvert fylke, evt at fylkene i en helseregion samarbeider. Statens engasjement når det gjelder forskning og forskningsmessig evaluering av behandling og tjenestetilbudet ellers bør imidlertid styrkes også for denne gruppen, men dette burde kunne gjøres ved å benytte eksisterende forskningsmiljøer.»

Fylkeslegen i Sør-Trøndelag mener at kompetanseutvikling bør ivaretas innenfor den eksisterende/planlagte organisering. Videre sier fylkeslegen:

«At behovet for kompetanse er stort, er en ikke uenig i. Forskning bør imidlertid kunne knyttes til habiliteringsenhetene og regionsykehusene. Ennå et forvaltningsnivå, vil etter fylkeslegens mening bare øke forvirringen om ansvarsfordelingen.»

Oslo kommune uttrykker tvil i forhold til en enhet med landsdekkende eller regionale funksjoner og sier:

«Behovet for landsdekkende funksjoner må imidlertid vurderes på bakgrunn av de planer som nå lages i de enkelte fylker for spesialist-tjenestene til spesielle grupper i sammenheng med gjennomføring av HVPU-reformen.»

Departementet tar ikke stilling til statlig kompetansenhet for autister i denne melding. Behov for statlig kompetansenhet bør vurderes nærmere i sammenheng med hvordan man skal bygge opp kompetanse for personer med store utviklingsforstyrrelser som gir alvorlige atferdsavvik, jmfør punktet ovenfor om kompetanseutvikling. Utvalgets forslag om statlig kompetansenhet for autister må også ses i sammenheng med pågående arbeid med små grupper funksjonshemmede som er knyttet til Handlingsplan for funksjonshemmede. Departementet har her innhentet opplysninger og synspunkter fra ca. 40 organisasjoner av små grupper funksjonshemmede. Disse uttalelsene og høringsuttalelsene til NOU 1989: 17 inneholder mye verdifull informasjon og forslag. Dette vil bli brukt i det videre arbeidet.

4.3.2 Tiltak for døvblindfødte - ansvar, organisering og finansiering

Døvblindfødte er personer som er alvorlig syns- og hørselshemmet fra fødselen av, eller som får sansetapene i førspråklig alder.

Som døvblindblitte regnes personer som er født primært blinde, primært døve eller både seende og hørende, men som har mistet syn og/eller hørsel etterat språket er etablert. Mange av disse har mistet syn og hørsel i voksen alder og har derfor ikke det samme behov som døvblindfødte. HVPU-reformen aktualiserer ikke noen endringer i gjeldende ansvars- og oppgavefordeling for de døvblindblitte. De døvblindfødte har særskilte behov. Mange har mottatt tjenester og tilbud fra HVPU. I forbindelse med reformen er det derfor nødvendig å avklare ansvar og gi rammer for hvordan helse- og sosialtjenester til døvblindfødte bør organiseres og finansieres i framtiden.

Utdannings- og forskningsdepartementet arbeider med en stortingsmelding om spesialpedagogiske tiltak, derunder framtidig organisering av det som i dag er spesialskoler for syns- og hørselshemmede. Forslagene i det følgende er samordnet med de forslag som fremmes i denne stortingsmeldingen.

Statens Sentralteam for døvblinde har siden 1976/77 drevet kontinuerlig registrering av døvblinde på landsbasis. I mars 1990 er det registrert 248 døvblinde i sentralteamets hovedregister. Det beregnes en forekomst av døvblindhet i befolkningen på ca. 0,05 - 0,06

promille. Av disse er ca. 30% døvblindfødte, dvs. 73 personer ifølge registeret. Mange av de voksne er oppsporet og diagnostisert forholdsvis sent i livet, gjerne i 20-30årsalderen. Den overveiende del av disse har en funnet i sentralinstitusjoner innen HVPU.

I tillegg til de døvblinde som er registrert i sentralteamets hovedregister, har teamet kjennskap til ca. 100 personer som har alvorlig syns- og hørselshemming. Dette er personer som enten trenger nærmere utredning før endelig registrering, eller personer hvis syns- og hørselsproblemer pr. dags dato ikke vurderes som så alvorlig at det er riktig å bruke betegnelsen døvblind.

Forekomsten av tilleggshandikap blant døvblindfødte varierer. Ulike former for hjerne-skade, cerebral parese, epilepsi, hjertefeil, delvise lammelser, stoffskiftesykdommer og Downs syndrom er de vanligste funksjonshemminger. Situasjonen kompliseres ytterligere av at personlighets- og adferdsvansker ofte forekommer i sterk grad som følge av de meget store kommunikasjons- og orienteringsvanskene. Dette er viktig å ta i betrakt-

ning når det gjelder tilrettelegging av tilbud til døvblindfødte.

Organisering av tilbud til døvblindfødte i dag

En rapport utarbeidet av Statens Sentralteam for døvblinde i 1989 peker på at tendensen til at døvblindfødte bor i foreldrehjemmet er økende. Tidligere ble 80% kort tid etter fødsel plassert på institusjon, oftest innen HVPU. Men av døvblinde som er født de siste 15 år er 80% hjemmeboende. Av disse får 10 personer undervisningstilbud i statlig spesialskole. Tilbudet dekker bare skoleåret, og det gis ikke internattilbud for alle. Sentralteamet uttaler at den høye andel hjemmeboende og nedbyggingen av HVPU har økt behovet for varige botilbud. Det er etter teamets syn ønskelig å samle døvblindfødte i egne boliger fordi de har like krav til tilrettelegging av innemiljø og utemiljø. I tillegg er det også mange like elementer i opplæring, selv om variasjonen i funksjonsnivå er stor.

Det gis i dag slike tilbud til døvblindfødte i de ulike aldersgrupper:

Bolitgype	Antall			
	0-7 år	7-16 år	16-20 år	over 20 år
Hjemmeboende	8	15	2	
HVPU-institusjon	1		3	24
Annen institusjon		3		2
Spesialskole		3	5	
Spes.botilbud for døvblinde			2	5
Totalt.....	9	21	12	31

Varige botilbud til voksne døvblindfødte gis i dag hovedsakelig i fylkeskommunale institusjoner eller boformer. Ett fylkeskommunalt botilbud er gitt statlig støtte. Dette er «Solveigs Hus» ved Hjemmet for døve i Andebu, som gir varig tilbud til fire døvblindfødte. I tillegg har de en observasjons/ avlastningsplass. For flere av tilbudene innenfor HVPU foreligger det konkrete planer om å flytte tilbudene ut av HVPU som ledd i reformen. Det foreligger også planer om etablering av varig botilbud for døvblindfødte som er hjemmeboende. Departementet har fått henvendelse fra enkelte kommuner som ønsker å etablere varig botilbud for døvblindfødte som interkommunalt samarbeid. Det fins i dag ikke full oversikt over tjenestetilbudet til døvblindfødte barn og unge som bor sammen med sine familier. Størstedelen lever i sine hjemkommuner med varierende grad av kommunal bistand og kommunalt organiserte opplærings-tiltak.

Utdannings- og forskningsdepartementet finansierer i dag grunn- og videregående skoletilbud for døvblindfødte ved Skådalen skole i Oslo, Hunstad skole i Bergen og Hjemmet for døve i Andebu. Det gis også videregående skoletilbud for en liten gruppe elever i Tromsø. Enkelte av skolene har internattilbud. Skolene driver en utstrakt reiselærervirksomhet, da en stor del av de spesialpedagogiske tilbud til døvblindfødte drives på hjemstedet ved vanlige grunn- og videregående skoler.

Framtidig organisering av tiltak for døvblindfødte

Ved Stortingets behandling av Ot. prp. nr 49 (1987-88) Ansvar for tiltak og tjenester for mennesker med psykisk utviklingshemming ba Sosialkomiteen departementet avklare ansvaret for tiltak til døvblinde psykisk utviklingshemmede. Komiteen uttalte at det fins noen mindre, gode institusjonstilbud til gruppen innenfor HVPU som ikke bør nedlegges

før alternativt tilbud er etablert i kommunene. Komiteen framhevet generelt betydningen av interkommunale samarbeidsordninger der geografiske, befolkningsmessige og andre hensyn tilsier det.

En arbeidsgruppe nedsatt av Utdannings- og forskningsdepartementet avga i februar i år en rapport om helhetlige tiltak for døvblindfødte. Denne gruppen foreslår at det opprettes ialt fire sentre i Norge, med Skådalen som et landsdekkende kompetansesenter. Øvrige tre regionsentre foreslås lagt til Hunstad skole (Bergen), Hjemmet for Døve (Andebu) og som nytt senter i Tromsø. Sentrene bør etter gruppens syn ha følgende oppgaver:

- Undervisningstilbud for elever i alle aldre, med botilbud hele året
- Opplæring og rådgivning overfor alle kategorier fagpersonale i skole og varige botilbud
- Rådgivning og veiledning til foreldre
- Avlastningstilbud/korttidsopphold
- Kurs for foreldre og personale
- Rettledning og informasjon til brukergrupper
- Kultur og ferietilbud

Det landsdekkende senter ved Skådalen foreslås i tillegg å ha oppgaver innenfor diagnostikk og observasjon, utdanning av veiledere som arbeider i regionene, utvikling og tilpasning av læremidler, forskning og utviklingsarbeid.

Arbeidsgruppen understreker at døvblindfødte personer i alle aldre har rett til tilrettelagt opplæring og botilbud i hjemmemiljøet. Gruppen foreslår likevel sentraliserte varige botilbud for døvblindfødte på minimum 4 plasser pr. enhet fordi det er nødvendig med spesialisert kompetanse og stabilt personell. Arbeidsgruppen deler seg noe i synet på ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommuner, fylkeskommuner og stat og hvilke finansieringsordninger som bør velges. Hele gruppen tilrår et kommunalt ansvar for opplæring og botilbud til døvblindfødte. Ansvaret foreslås begrenset til kr. 400 000 pr. år, med fylkeskommunal og statlig dekning av overskytende utgifter. *Flertallet* foreslår at fylkeskommunen får ansvaret for planlegging av varige botilbud med kommunal delbetaling, og at staten tar det fulle ansvar for finansiering og drift av regionsentrene, inklusive undervisningstilbud. *Mindretallet* foreslår fylkeskommunalt ansvar for planlegging og drift av regionsentre og varige botilbud, med kommunal delbetaling og statlig støtte. Driftskostnadene pr. beboer i et slikt senter antas av arbeidsgruppen å ligge på mellom 1 og 1,3 mill.

kroner pr. år. Arbeidsgruppen foreslår at staten gir tilskudd pr. plass på ca. 600 000 kroner, og at de resterende utgifter dekkes av fylkeskommunen. Da kostnadene også inkluderer undervisning, bør statstilskuddet dekkes dels over Sosialdepartementets og dels over Utdannings- og forskningsdepartementets budsjett.

Sosialdepartementets vurderinger og forslag

Departementet mener at ansvars- og oppgavefordelingen for døvblindfødte bør samsvare med den vedtatte oppgavefordeling som ellers gjelder i helse- og sosialtjenesten. Døvblindfødtes behov er spesielle og omfattende, og gruppen er fåtallig. Dette gjelder imidlertid flere andre grupper med omfattende og sammensatte funksjonshemminger, der bistandsbehovet kan kreve særskilt tilrettelegging, spesiell kompetanse og være kostnads-krevende. Departementet mener derfor det er lite hensiktsmessig og gir uklarhet i ansvarsforholdene dersom en velger særskilte ordninger for gruppen døvblindfødte i forhold til andre grupper funksjonshemmede.

De fleste yngre døvblindfødte bor i dag i sine hjemkommuner. Dette er i samsvar med sosialpolitiske og familiepolitiske mål. Utfordringen blir å sikre et nettverk for slike lokale tiltak som gir tilfredsstillende spesialisthjelp, muligheter for videreutvikling av kompetanse og gruppetilhørighet der dette er ønskelig fra brukernes og de pårørendes side. Det bør også være mulig for enkelte å få et midlertidig eller permanent totaltilbud geografisk knyttet til sentre som skal ivareta tegnspråkmiljø og døvblindes særlige behov, slik en i dag ser eksempel på bl.a. ved Hjemmet for døve i Andebu.

Ved fastsetting av kommunenes, fylkeskommunenes og statens ansvar for tiltak for døvblindfødte vil departementet legge følgende prinsipper til grunn:

- Tjenestetilbudet bør utformes i samsvar med den alminnelige ansvars- og oppgavefordeling mellom kommuner, fylkeskommuner og stat
- Den enkelte må sikres et godt kvalitativt tilbud uavhengig av oppholdskommunens økonomi eller tilgang på kompetanse
- Tiltakene må utformes ut fra den enkeltes særskilte behov, bl.a. slik at den enkelte får de tilbud og opplevelser som er vanlige for alle mennesker i livets ulike faser
- Tiltakene bør være helhetlig utformet, da normaliseringsprinsippet ikke kan gjennomføres fullt ut p.g.a. de store kommunikasjons- og orienteringsvansker døvblindfødte har

- For personer som trenger totaltilbud bør bolig, omsorg, opplæring, sysselsetting og fritidstiltak være organisert rundt små enheter eller grupper som gir lite institusjonspreg og gode muligheter for oversiktighet og nærhet når det gjelder mennesker og miljø. Enhetene bør knyttes sammen i et nettverk med regionale, tverrfaglige kompetansesentre som base.

Etter departementets syn bør disse prinsippene nedfelles i følgende retningslinjer for organisering og finansiering av tiltak for døvblindfødte:

Kommunene bør ha basisansvar for døvblindfødte. Dette innebærer ansvar for alminnelige helse-, omsorgs- og sosialtjenester, varige botilbud, aktivitets-, fritids- og kulturtiltak. Ansvar for organisering av spesialpedagogiske tiltak er nærmere omtalt i stortingsmeldingen om spesialpedagogiske tiltak og tjenester. På grunn av lavt antall døvblindfødte og de særlige krav til personell og kompetanse mener departementet løsningen av disse oppgaver ligger til rette for interkommunalt samarbeid.

Fylkeskommunene har ansvar for spesialisthelsetjenester og videregående opplæring. *Staten* bør finansiere ett landsdekkende kompetansesenter som også må ha regionoppgaver og bør gi tilskudd til 3 regionsentre for å ivareta utviklingsarbeid og forskning rettet mot døvblindfødtes særlige behov.

I et livsløpsperspektiv bør denne oppgave- og ansvarsfordelingen etter departementets syn ytre seg slik:

De fleste døvblindfødte barn lever i dag sammen med sine familier. For barn i førskolealder er det derfor i hovedsak snakk om tiltak i hjemmkommunen: helsetjenester, sosialtjenester i form av praktisk hjelp og bistand til familiene, stabile og faglig tilfredsstillende avlastningsordninger, støttekontakt, råd og veiledning til pårørende og tilrettelagt barnehagetilbud. Det er et klart ansvar for den kommunale helse- og sosialtjenesten, PP-tjenesten og barnehagene å bistå med å bevare familietilknytningen så langt det er mulig.

Ettersom barna kommer opp i grunnskole- og videregående skolealder øker gjerne behovet for bistand, både i form av opplæring, omsorgstjenester og aktivitetstilbud. Det er ønskelig at barna kan leve i familien eller i lokalmiljøet lengst mulig også i denne perioden av livet. Dette taler for at oppholdskommunen også i denne livsfasen oftest bør ha ansvaret både for planlegging og organisering av nødvendige tiltak i nærmiljøet. Departementet understreker at kommunalt personell må ha tilgang på veiledning og bistand både fra den

ordinære spesialisthelsetjenesten i fylkeskommunen og fra regionale kompetansesentre for døvblinde som er nærmere omtalt under.

Enkelte barn/unge kan i denne livsfasen ha så spesielle behov eller bli så krevende for foreldrene at det blir nødvendig med særskilt tilrettelagte bo-, opplærings- og omsorgstilbud. Tidspunktet for flytting fra foreldrehjemmet kan variere. For noen kan det være behovet for særskilt opplæring, behandling og omsorg som bør avgjøre tidspunktet. For andre kan det være alderen som gjør det naturlig med etablering utenfor foreldrehjemmet. Her må det lages individuelle planer i samarbeid mellom foreldre, den enkelte og kommunen.

Permanente bolig- og omsorgstilbud for døvblindfødte krever særskilt tilrettelegging av miljø- og utviklingsbetingelser. Tiltakene må være stabile over tid og forutsetter kompetent personell og tilgang på veiledning/bistand fra et fagmiljø særlig innrettet mot å utvikle kommunikasjon, læring og selvstendighetsferdigheter hos døvblindfødte. Bistandsbehovet hos døvblindfødte er så omfattende at det gjerne kreves en nærpersion rundt brukeren hele døgnet. Tiltak kan derfor bli kostbare. Med den kommunestruktur vi har i Norge vil det mange steder fortone seg som meget vanskelig å etablere lokale, helhetlige tiltak for en enkelt døvblindfødt person. Hensynet til stabilitet og faglig kompetanse kan også tilsi at bo-, opplærings- og omsorgstiltak bør etableres for flere personer. Fra brukerhold og pårørende synes det å være et ønske at voksne døvblindfødte tilbys varig bolig og omsorg i nærheten av et miljø som ivaretar utvikling av tegnspråk og annen spesiell kompetanse på døvblindes behov. Faglige tilrådinger tilsier at bo- og omsorgsenheter for minst 4 personer kan være hensiktsmessig.

Departementet mener løsningen av disse oppgavene ligger til rette for interkommunale samarbeidstiltak. Sosialkomiteen pekte i sin innstilling på at mange av de døvblinde psykisk utviklingshemmede i HVPU har tilbud som menneskelig og faglig sett er gode. Etter departementets syn bør en derfor bestrebe seg på å videreføre disse tilbudene etter HVPU-reformen som interkommunale samarbeidstiltak der dette er ønskelig fra brukernes og de pårørendes side. Andre steder er de fysiske betingelser ikke godt nok tilrettelagt, og brukerne kan ha bedre av å flytte over i et nytt tilrettelagt bomiljø. I slike tilfeller bør en bestrebe seg på å beholde relasjoner mellom beboere og personale. Brudd i menneskelige relasjoner og miljøskifte som gir utrygge og uoversiktlige forhold skaper gjerne sterke reaksjoner hos personer med store kommuni-

kasjonsvansker og kan sette den enkelte langt tilbake i utvikling.

Endel døvblindfødte har varig bo- og omsorgstilbud i institusjoner som har status som spesialsykehjem. Hvilken status disse skal ha framover bør drøftes med de berørte fylkeskommuner, bostedskommuner og institusjonene.

Om finansieringen av kommunale tiltak for døvblindfødte

På samme måte som for andre grupper funksjonshemmede med store bistandsbehov kan helhetlige tiltak for døvblindfødte bli kostbare. Som nevnt i kapittel 8 om økonomiske spørsmål forutsetter departementet at fylkesmennene disponerer midler til skjønnsmessig fordeling til de kommuner som får særlig høye utgifter til tiltak for funksjonshemmede. Dette kan være små kommuner eller kommuner som har et særlig høyt antall funksjonshemmede med store bistandsbehov. Denne ordningen vil omfatte tiltak for døvblindfødte.

Om statlig kompetansesenter og regionale sentre for døvblinde

Sosialdepartementet slutter seg til forslaget om å drive et statlig kompetansesenter for døvblinde ved Skådalen skole i Oslo. Senteret skal ivareta oppgaver som nevnt tidligere i dette kapittelet og vil bli nærmere omtalt i Utdannings- og forskningsdepartementets stortingsmelding om organisering av spesialpedagogiske tiltak.

Sosialdepartementet foreslår å knytte Statens sentralteam for døvblinde til dette senteret. Dette vil være naturlig ut fra ønsket om å samle kompetanse og gi en mest mulig bredspektret bistand til brukere, kommuner og ansvarlig personell innenfor undervisnings-, helse- og sosialsektoren. Teamet bør fortsatt ha ansvar for å registrere døvblinde i landet.

I stortingsmeldingen om spesialpedagogiske tiltak foreslås også 3 regionsentre med oppgaver overfor døvblinde. Virksomheten ved Hjemmet for døve i Andebu og Hunstad skole ved Bergen videreføres. I tillegg foreslås et regionalt senter i Nord-Norge. Da disse sentrene forutsettes å ha oppgaver både på skolesektorens og helse- og sosialsektorens område må det arbeides videre med plassering av driftsansvar og finansieringsordninger. Sosialdepartementet vil komme tilbake til dette i samarbeid med Utdannings- og forskningsdepartementet.

Sentrene antas også i framtiden å måtte gi skole- og internattilbud til enkelte elever i grunn- og videregående skolealder som ikke

kan leve i sin hjemkommune. Utgiftene ved slike undervisnings- og internattilbud bør dekkes av hjemkommunen (eventuelt fylkeskommunen ved videregående opplæring) i tråd med vanlig oppgavefordeling. Eventuelle varige bo-, omsorgs- og sysselsettingstilbud for voksne døvblinde i geografisk tilknytning til sentrene må i tråd med ovenstående være et kommunalt ansvar, gjerne drevet som interkommunale samarbeidstiltak.

4.3.3 Små og mindre kjente grupper med psykisk utviklingshemming.

I Nasjonal helseplan (st.meld.nr. 41 - 1987-88) omtales utredning, diagnostisering og behandling av sjeldne tilstander som krever erfaring og kompetanse som man ikke kan forvente å finne i kommunene. Som små grupper funksjonshemmede regnes vanligvis diagnosegrupper som det finnes fra noen få og opp mot 500 av i landet.

Stortinget sosialkomité ga sin tilslutning til at det må finnes spesialkompetanse tilgjengelig for små grupper funksjonshemmede. De sier bl.a.:

«Komiteen mener også at det er en statlig oppgave å sikre ekspertise og behandlingsskapitet for pasienter med sjeldne sykdommer og funksjonshemminger. Komiteen mener det er riktig å etablere nasjonale kompetansesentra for noen av disse gruppene. Det vil etter komiteens mening hindre oppbyggingen av en medisinsk ekspertise som det i utgangspunktet ikke er pasientgrunnlag for å etablere flere steder i Norge.»

I Regjeringens Handlingsplan for funksjonshemmede 1990 - 1993 er dette fulgt opp og utvidet til at kompetanseoppbyggingen må dekke gruppenes totalbehov. Utover helsetjeneste må kompetansen omfatte f.eks. pedagogiske og sosialmedisinske tiltak. Kompetansesentra må samarbeide nært med lokalmiljøene bl.a. ved at de kan drive oppsøkende virksomhet og opplæring av såvel fagpersonell lokalt som personer med funksjonshemming og eventuelt pårørende. I Sosialdepartementet pågår for tiden et utredningsarbeid for å finne fram til hvordan gruppenes behov for særskilt kompetanse kan dekkes. Det er meningen å komme igang med etableringen av ett eller flere kompetansesentra i løpet av 1990.

Det finnes mange små diagnosegrupper innenfor hovedgruppen psykisk utviklingshemmede. Noen av disse har fått et tilbud innen HVPU, mens andre har «falt utenfor». Noen har også blitt behandlet innenfor

HVPU enten fordi de har hatt mangelfull og/eller gal diagnose eller fordi det ikke har vært tilgjengelig et annet adekvat tilbud.

Små diagnosegrupper av psykisk utviklingshemmede og deres behov vil bli vurdert nærmere av departementet i løpet av arbeidet med smågruppeproblematikken generelt. Det er likevel grunn til å understreke at også mennesker med psykisk utviklingshemming og sjeldne tilleggslidelser må få dekket sine daglige behov i kommunene, eventuelt i samarbeid med et eller flere kompetansesentra.

Eksempler på sjeldne tilstander som gir mental retardasjon/lærevansker og som kan

ha hatt et tilbud innen HVPU er Fragilt-X-syndrom, Prader-Willis syndrom, Rett syndrom, Hunter/Hurler syndrom, William syndrom, Cri du chat syndrom, Spielmeier-Vogts sykdom, Tuberøs sklerose og Nevrofibromatose. I tillegg kan enkelte med spesielle alvorlige sansetap og tilleggsfunksjonshemninger også ha fått tilbud fra HVPU, f.eks. Laurence-Moon-Bardet-Biedel syndrom og døvblindfødte.

Flere av disse gruppene har såvel medisinske som pedagogiske spesielle behov, men ikke av en slik art at de vil være avhengig av langvarig institusjonsopphold.

KAPITTEL 5.

Arbeid, bolig, opplæring og fritid**5.1 ARBEID.****5.1.1 Arbeidsmarkedsetatens oppgaver.**

Arbeidsmarkedsetaten har hovedansvaret for sysselsettingspolitikken i forhold til psykisk utviklingshemmede, som for andre grupper arbeidssøkere.

I Stortingsmelding nr. 67 ble det nevnt tre hovedlinjer for den statlige innsatsen på dette feltet i årene som kommer:

1. Fortsatt satsing på arbeidstrening og arbeid i spesielt vernede sammenhenger, som tiltakene Arbeidssamvirke (ASV) og Arbeidsforberedende trening (AFT).

2. Utvikling av nye typer arbeidsplasser og arbeidsoppgaver for ulike grupper yrkeshemmede, som legger opp til fleksibilitet og variasjon i arbeidsoppgavene og større satsing på serviceoppgaver.

3. Ulike støtteordninger for å sikre åpninger for psykisk utviklingshemmede i det ordinære arbeidsmarkedet, som bruk av kombinasjonsløsninger arbeid/trygd, personlig hjelp og oppfølging.

Disse hovedmålsettingene erkjenner at psykisk utviklingshemmede har varierte og sammensatte behov og at arbeidsmarkedsetaten må innrette sin service etter en individuell vurdering av den enkelte arbeidssøkers evner og muligheter. Som et ledd i utviklingen av sin service overfor denne gruppen har arbeidsmarkedsetaten de siste årene gjennomført:

1. Styrking av etatens faglige kompetanse. Staten er blitt styrket med 30 nye stillingshjemler med sikte på formidlingsarbeid med psykisk utviklingshemmede og andre svake grupper. Intern opplæringsvirksomhet er igangsatt, og informasjonsmateriell, idekataloger m.v. blir nå utarbeidet til bruk i og utenfor etaten.

2. Utbygging av etatens tiltak for svake grupper, herunder psykisk utviklingshemmede. Det har foregått en reell opptrapping av antall tiltaksplasser de siste årene med en fordobling fra 1986.

Ved utgangen av 1989 er det tilsammen 1528 godkjente plasser, der ca. halvparten disponeres av psykisk utviklingshemmede. Budsjettet for 1990 gir rom for etablering av ytterligere 150 plasser for svake grupper.

En økende andel av disse tiltaksplassene har vært etablert i offentlig virksomhet (ASVO) med vekt på servicerettete arbeidsoppgaver.

Dette kommer i tillegg til de produksjonsrettede HVPU-verkstedene som skal overføres til arbeidsmarkedsmyndighetene. Omfanget er ikke helt klart, men det kan dreie seg om inntil 2000 plasser.

3. Det har vært gjennomført flere forsøksprosjekter der psykisk utviklingshemmede og andre yrkeshemmede har vært utplassert i ordinært arbeidsliv, med ulike former for personlig og økonomisk støtte (faddere, tilretteleggere, kombinasjoner arbeid/trygd). Som en videreutvikling av erfaringene fra disse forsøkene er det fra 1990 igangsatt forsøk med et nytt tiltak «integreringstilskudd», for inntil 100 deltakere.

5.1.2 Overføring av produksjonsrettede tiltak under HVPU til kommuner og arbeidsmarkedsmyndighetene.

Som ledd i HVPU-reformen skal ansvaret for arbeidstiltakene under HVPU overføres til kommuner og arbeidsmarkedsmyndighetene. Det innebærer at særomsorgen for sysselsetting av psykisk utviklingshemmede avvikles og at tiltak for denne gruppen integreres i og samordnes med tiltak for andre yrkeshemmede som søker og kan ta arbeid.

Modellen forutsetter at arbeidsmarkedsetaten skal gi økonomisk og faglig støtte til driften av aktuelle produksjonsrettede verksteder under HVPU. Disse verkstedene vil bli organisert på samme måte som øvrige arbeidsmarkedstiltak for svake grupper, med kommunalt eide aksjeselskap som hovedmønster. Eieransvaret må dermed overføres fra fylkeskommuner til kommuner.

Arbeids- og administrasjonsdepartementet har i samarbeid med Sosialdepartementet vurdert hvilke HVPU-tiltak som fyller kriteriene for å bli regnet som sysselsettingstiltak. Et avgjørende kriterium er at tiltakets målsetting er produksjon av varer og tjenester for et marked, og at denne utgjør en vesentlig del av virksomheten. Det er imidlertid ikke noe til hinder for at tiltaket også kan ha andre formål som sosial trening og arbeidstilvenning, men dette arbeidet bør skje innenfor rammen for

produksjonsrettet virksomhet. Videre skal arbeidsdagen i sysselsettingstiltak være lagt opp etter rutiner som er vanlige for en arbeidsplass m h t fremmøte, fravær, pauser o l. Det forutsettes dessuten at salgsverdien av det som produseres overstiger verdien av innsatsfaktorene (materiale og bonuslønn).

Aktivitetstiltak som primært tar sikte på å bedre og vedlikeholde funksjonsevnen og skape størst mulig trivsel for den enkelte, faller på siden av sysselsettingsbegrepet og må etableres av kommunen.

Generelt gjelder at arbeidsmarkedsetaten må avgrense sitt ansvar overfor psykisk utviklingshemmede til personer som enten kan utføre et arbeid i det ordinære arbeidsliv eller fyller vilkårene for deltakelse i etatens ulike tiltak, herunder de varige sysselsettingstiltakene under Arbeidssamvirke (ASV), Arbeidssamvirke i offentlig virksomhet (ASVO) samt plassene i de produksjonsrettede HVPU-verksteder. Denne avgrensningen følger naturlig av arbeidsmarkedsetatens faglige kompetanse.

Det er forutsatt at verkstedene skal være organisert som selvstendige enheter med eget budsjett og regnskap og egen ledelse. Dette betyr at eieransvaret og organisasjonsformen for tiltaket må være avklart før overføringen kan finne sted. Normalt blir det kommunen der verkstedet ligger som overtar eieransvaret og samtlige plasser. Enkelte steder er det imidlertid naturlig at flere kommuner går sammen som eiere, og fordeler plassene forholdsmessig.

Vurderingene av de eksisterende HVPU-tiltakene viser at ca 60 av disse, med omlag 2000 psykisk utviklingshemmede i sysselsetting, fyller kriteriene for et sysselsettingstiltak. 11 av verkstedene er etter avtale mellom partene (fylkeskommuner, kommuner og arbeidsmarkedsetaten) overført til kommunene pr. april 1990. Spørsmålet om overføring av øvrige verksteder er under behandling hos partene, og eventuell overføring skal etter foreliggende planer være gjennomført senest innen utgangen av 1990.

Det økonomiske opplegget for verkstedoverføringen innebærer at kommunene overtar verkstedene vederlagsfritt fra fylkeskommunene, mens arbeidsmarkedsetaten overtar fylkeskommunenes ansvar for økonomisk støtte til driften. Arbeidsmarkedsetatens samlede driftsutgifter til verkstedene vil bli tilført etaten ved en økning av statsbudsjettets kap. 1543 Spesielle arbeidsmarkedstiltak mot tilsvarende reduksjon på kap 2710, post 60 Tilskudd til helse- og sosialtjenester i fylkeskommuner. Det samlede beløp som skal tilføres arbeidsmarkedsetaten ved en engangsoperasjon vil således være direkte rela-

tert til hvor mange verksteder som overføres etter denne modellen og verkstedenes konkrete utgifter til driften. For de fleste verkstedene legges til grunn at virksomheten skal videreføres i omtrent samme omfang som ved utgangen av 1989. Unntatt er verksteder i tilknytning til store HVPU-institusjoner, der det er aktuelt med en gradvis nedtrapping fordi mange av institusjonenes beboere vil flytte fra kommunen når institusjonen avvikles.

I rundskriv I-28/89 fra Sosialdepartementet til kommuner m fl heter det at de som arbeider i verksteder regnes å ha fått med seg et dagaktivitets-/sysselsettingstilbud, slik at disse ikke vil få med seg dagsatsen (jfr. kap 8) til sin hjemkommune. Det er imidlertid klart at dette ville gi svært ulik uttelling for de forskjellige kommuner. Driftstilskuddet til verkstedene er dessuten i de fleste tilfeller lavere enn dagsatsen.

For å motvirke fordelingsproblemer mellom berørte kommuner er Sosialdepartementet og Arbeids- og administrasjonsdepartementet enige om at følgende prinsipp skal legges til grunn: Kommunene får i utgangspunktet dag- eller døgn-sats også for tidligere HVPU-brukere som har plass i verksted, men satsene blir redusert med de utgiftene arbeidsmarkedsmyndighetene dekker pr plass til det aktuelle verkstedet. Det er her snakk om tilskuddet til det enkelte, konkrete verksted og ikke noe gjennomsnittsbetøp. Kommunen får med andre ord overført differansen mellom døgn- eller dagsatsen og tilskuddet til en verkstedplass.

Ordningen vil tre ikraft fra 1.1.91. Den vil omfatte både de verkstedene som ble overført allerede 1.1.90 og de øvrige som blir godkjent for overføring.

I endel tilfeller vil psykisk utviklingshemmede ønske å vente med å flytte hjem. Slik ordningen opprinnelig var tenkt i slike tilfeller ville den psykisk utviklingshemmede bare få med seg differansen mellom normalsatsen og verkstedutgiftene pr. plass til sin hjemkommune og ikke hele normalsatsen som de som flytter ut i 1991 vil få. For å sikre at psykisk utviklingshemmede skal få med seg hele normalsatsen når de flytter tilbake til hjemkommunen etter en overgangsperiode, og at verkstedet samtidig skal være sikret videre drift, er det laget en overgangsmodell. Denne ordningen vil gjelde der en eller flere hjemkommuner velger å la psykisk utviklingshemmede midlertidig ha et tilbud i verkstedet.

Nærmere bestemmelser om de økonomiske ordninger mellom stat og kommune og kommuner i mellom er beskrevet i rundskriv P-5/90.

5.1.3 Behov for utbygging av sysselsettingstil- tak for psykisk utviklingshemmede

«Normalisering» er hovedtanken bak reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming. Dette innebærer oppheving av særomsorg og tilrettelegging av bolig, arbeid og fritid slik at psykisk utviklingshemmede kan delta i ordinært samfunnsnivå. Nødvendig hjelp skal gis innenfor rammen av ordinære tjenester, deriblant sysselsettingstilbud. Arbeidsmarkedsmyndighetenes rolle overfor psykisk utviklingshemmede er dermed blitt sterkere synliggjort.

HVPU-reformen stiller krav overfor både stat og kommuner om mer langsiktig planlegging i forhold til denne gruppen. I den videre utbyggingsstrategi for A-etatens innsats overfor psykisk utviklingshemmede må det foretas ulike valg. Disse må ses i lys av den overordnede målsetting om normalisering og avvikling av særomsorg.

Behov for tiltaksplasser.

En tverrdepartemental gruppe har utarbeidet en rapport omkring kostnader ved *et fullt utbygget tilbud* til psykisk utviklingshemmede. Denne rapporten legger til grunn at om lag 7000 personer med psykisk utviklingshemming (av ialt 17 000 personer) vil ha behov for et sysselsettingstilbud. Med utgangspunkt i dagens tiltaksstruktur med i alt 2800 plasser for særlig svake grupper (inklusive de produksjonsrettede verkstedene som er aktuelle for overføring fra HVPU), vil dette bety en underdekning på 4 200 plasser. Den utvalgsundersøkelse som Sosialdepartementet har gjennomført med utgangspunkt i kommunenes virksomhetsplan viser at ca 4000 psykisk utviklingshemmede har arbeid, mens ca 3000 psykisk utviklingshemmede mangler dette. Det er også betydelige problemer knyttet til definisjonen av begrepet *arbeid*, og grenseoppgangen mellom arbeid og aktivitetstiltak. Dette viser at det er et reelt udekket behov for sysselsettingstilbud.

Tiltakstype

Ved planlegging av tiltakstype må det tas hensyn til *variasjon* i behov, evner og muligheter hos brukerne og kjennetegn ved arbeidsmarkedet på hjemstedet.

Hittil har arbeidsmarkedsstatens tilbud til psykisk utviklingshemmede og andre svake grupper vært konsentrert til *skjermet* sysselsetting som bygger på ulike kombinasjoner arbeid/trygd. I de siste årene har det vært en utvikling bort fra tradisjonelle produksjonsverksteder og over til tjenesteyting.

Et alternativ til skjermet sysselsetting er til-

rettelagt arbeidsplassering i ordinært arbeidsliv. Med dette siktes det til en utplassering med tett oppfølging på arbeidsplassen av en tilrettelegger, basert på en kombinasjon av trygdeytelser og «bonus» fra arbeidsgiver. Arbeids- og administrasjonsdepartementet har støttet flere forsøk med denne modellen, og det er nå satt i gang forsøk med en ny tiltakstype, «integreringstilskudd», som skal gjøre det lettere å plassere psykisk utviklingshemmede i ordinært arbeidsliv.

Ulike former for individuelle arbeidsplasser i ordinært arbeidsliv vil kreve mindre i infrastruktur og driftsmidler, mer i organisering og oppfølging. I Norge er denne modellen lite utprøvd, og vi vet lite om hvilke resultater den gir - bl.a. hvor stort behov det er for *varig* oppfølging av den enkelte, hvilke forutsetninger som må innfris for å motivere arbeidsgiverne for å skaffe plasser.

Ut fra et ønske om størst mulig grad av «normalisering» av psykisk utviklingshemmedes livssituasjon, ville det være naturlig å satse på denne tiltaksformen i større utstrekning, og ikke ensidig kalkulere med utbygging av tiltak som ASV/ASVO. Foreløpige anslag fra arbeidsmarkedsstaten antyder at $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{3}$ av alle psykisk utviklingshemmede med behov for arbeid kunne nyttiggjøre seg et slikt tilbud. P.g.a. manglende erfaring med denne typen tiltak er disse anslagene imidlertid svært usikre.

Sysselsettingstilbudet til psykisk utviklingshemmede bør utvikles slik at det tas hensyn til de ulike sider ved problematikken. Det er derfor viktig at utbygging av arbeidstilbudet for psykisk utviklingshemmede kan skje utfra de erfaringer som gjøres underveis. Regjeringen tar sikte på en gradvis styrking av arbeidstilbudene for denne gruppen.

5.2 BOLIG

5.2.1 Boligens rolle i lys av målsettingene

Gjennom reformen skal forholdene legges til rette for at personer med psykisk utviklingshemming så langt som mulig kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre.

Mennesker med psykisk utviklingshemming skal sikres en nøktern og god bolig etter de samme normer som offentlig boligpolitikk forøvrig legger opp til, jf St.meld. nr. 34 (1988-89) Boligpolitikk for 90-årene og Innst. S. nr. 297 (1988-89). Videre skal lokalisering og utforming ikke skille dem fra boliger for andre mennesker.

I rapport fra et prosjekt ved Norges Byggforskningsinstitutt (NBI) om «Boligtiltak og dagliglivstjenester for mennesker med psy-

kisk utviklingshemming» (Guri Dyrendahl, 1989) legges det vekt på at organiseringen av bolig- og tjenestetilbudet så langt som mulig bør legge til rette for:

- selvstendighet i motsetning til avhengighet
- egenstyring i motsetning til å bli styrt av andre
- fellesskap og samhørighet i motsetning til isolasjon og ensomhet
- privatliv i motsetning til påtvunget fellesskap og kollektivitet
- individualitet i motsetning til uniformitet
- aktivitet i motsetning til passivitet

5.2.2 Ulike boligbegreper

Det blir benyttet mange ulike boligbegreper i tilknytning til boligspørsmålet i HVPU-reformen. En begrepsavklaring er derfor nødvendig. Boligbegrepene som benyttes er relatert til en skala der graden av kollektivitet og fellesskap utgjør skillet mellom ulike boformer. Begrepene defineres som følger:

Egen selvstendig bolig

Egen selvstendig bolig er en fullverdig bolig beliggende i et vanlig bomiljø, uten fellesareal som deles med andre og der beboer har egen husholdning.

Samlokalisert bolig

En samlokalisert bolig er en egen selvstendig bolig som er integrert i vanlige bomiljø og lokalisert i nærheten av andre boliger for mennesker med psykisk utviklingshemming.

Bofellesskap

Et bofellesskap er boliger der et mindre antall personer har hver sin selvstendige, private bolig i umiddelbar nærhet til hverandre. I tillegg har bofellesskapene gjerne fellesarealer, f.eks. stue, kjøkken og i visse tilfeller personalrom, i direkte tilknytning til boligene. Beboerne kan ha egen husholdning og samtidig adgang til felles husholdning.

Bokollektiv

Betegnelse på boligkollektiv, tidligere også omtalt som gruppebolig, omfatter en bolig med beboere i tett fellesskap og der hver beboer har en privat enhet som ikke er en fullverdig bolig. I tillegg har bokollektivet relativt store fellesarealer som inneholder kjøkken, bad, stue, personalrom o.a. Beboerne har felles husholdning.

5.2.3 Det offentliges ansvar for boliger i ansvarsreformen

Både stat og kommune står overfor store utfordringer når det skal skaffes boligtilbud til

dem som omfattes av reformen, det vil si både de som flytter ut fra institusjon og de hjemmeboende som trenger bolig.

Staten har gjennom Husbanken ansvaret for å legge til rette for finansiering av både nye og brukte boliger. I samsvar med intensjonene i reformen tas det ikke sikte på å etablere særordninger. Det er Husbankens vanlige ordninger som skal benyttes for finansiering av boligene. For nye boliger vil det si grunnlån kombinert med ulike former for toppfinansiering. Toppfinansieringen kan enten være utleielån eller etableringstilskudd, evt. også i kombinasjon med etableringslån. For brukte boliger vil det være aktuelt å bruke ervervslån og etableringslån, kombinert med etableringstilskudd. I tillegg vil husstandene være berettiget til bostøtte etter gjeldende regler. Det vises forøvrig til avsnitt 5.2.6 om boligfinansiering.

Kommunene har ansvaret for tilrettelegging av boligtilbud, ofte i nært samarbeid mellom pårørende og fagpersoner. I noen kommuner vil det være aktuelt å inngå samarbeid med boligbyggelag, private institusjoner og stiftelser. Der kommunen står som eier av boligtilbudet vil kommunen også få ansvaret for drift og forvaltning av boligene. Dette kan også skje i samarbeid med andre instanser, f.eks. boligbyggelag.

I mange situasjoner vil boutgiftene være høye i forhold til beboerens økonomiske evne. Husbankens regelverk for lån og tilskudd er utformet med tanke på styring av kostnadene. Det har imidlertid også som konsekvens at dyre boliger normalt vil få en dårligere Husbankfinansiering enn rimelige boliger. Det påhviler kommunene et betydelig ansvar for å finne fram til løsninger på boligspørsmålet for den enkelte som gir en rimelig evne til å dekke boutgiftene. Spørsmålet om kommunale subsidier i tillegg til de statlige ordningene er en side ved denne problemstillingen. Boutgifter er illustrert og drøftet nærmere lenger ned i dette kapittel. I følge Lov om sosial omsorg vil kommunene også ha ansvaret for å gi økonomisk sosialhjelp i de situasjoner der det måtte være nødvendig.

I forbindelse med det offentliges rolle og ansvar på lengre sikt vises til Omsorgsutvalget (Gjærevollutvalget) som ble nedsatt av Sosialdepartementet høsten 1989. Utvalget skal utrede de sosiale og økonomiske konsekvenser av endringer i befolkningssammensetningen med et økende antall omsorgstrengende. Omleggingen av omsorgen med sikte på økt hjemmebasert omsorg, ikke minst for de personer som omfattes av ansvarsreformen, stiller spesielle krav til boligpolitikken og til kommunenes organisering av den hjemmebaserte omsorg.

5.2.4 Boligbehov, boformer og boligtyper

Boligbehov

Kommunene har laget tiltaksplaner for alle mennesker med psykisk utviklingshemming som er hjemmehørende i kommunen. I tiltaksplanene er det innhentet opplysninger fra hjemmeboende og institusjonsbeboere om hvilke ønsker den enkelte har om flytting, boligtype, boform o.l. I virksomhetsplanene som lages på grunnlag av tiltaksplanene for hver kommune bør boligbehovet være definert.

Departementet tar sikte på å innhente systematiserte data på grunnlag av virksomhetsplanene i løpet av 1. halvår 1990. Sosialdepartementet sendte i februar 1990 ut et spørreskjema som bl a omfattet spørsmål om boligbehov til et utvalg på 88 kommuner. Opplysninger fra disse skjemaene danner grunn-

laget for et nærmere anslag på behov for boliganskaffelse i de nærmeste årene i tab. 1.

Det er forutsatt at enkelte av de minste og nyere institusjonene kan overtas av kommunene og omgjøres til vanlige boliger. Dessuten er det ved noen av institusjonene allerede i dag boliger som er i samsvar med intensjonene i reformen. Videre pågår det mange steder forhandlinger mellom hjemkommune og vertskommune for å avklare framtidig bosted for en rekke institusjonsbeboere. Før disse sakene har funnet sin løsning vil det være nødvendig å operere med foreløbige tall om boligbehov knyttet til gjennomføring av reformen.

De tallene som presenteres her er laget på grunnlag av data fra utvalgsundersøkelsen i kommunene. Tallene er beheftet med en viss usikkerhet fordi undersøkelsen bare omfattet 88 kommuner.

Tab. 1: Boliganskaffelse 1990-93

	1990	1991	1992	1993	90-93
Utflytting fra institusjon	1000	1900	675	725	4300
Hjemmeboende	175	630	700	700	2205
Totalt boligbehov	1175	2530	1375	1425	6505

Kilde: Sosialdepartementet

Utvalgsundersøkelsen viser at tiltaksplanleggingen i gjennomsnitt omfatter 3,5 promille av befolkningen. Tas det utgangspunkt i aldersfordelingen i befolkningen som helhet tilsier det omlag 200 mennesker med psykisk utviklingshemming pr årskull. I løpet av de seinere år er det i mange kommuner skaffet bolig til en del av de psykisk utviklingshemmede i tråd med intensjonene bak ansvarsreformen. Det foreligger likevel et stort akkumulert behov for boligtilbud til de hjemmeboende som kommunene må møte i løpet av få år for å gjennomføre reformens intensjoner. Det bør derfor være et rimelig anslag at behovet er 600-700 boliger pr år til hjemmeboende psykisk utviklingshemmede i de neste 10 år. Ut over 1993 foreligger imidlertid ikke data om kommunenes videre planlegging og gjennomføring av reformen.

Lokalisering

Ved lokalisering av boliger for mennesker med psykisk utviklingshemming må det legges vekt på å unngå planlegging av nye institusjonslignende boligområder for grupper med særskilte hjelpe- og tjenestebehov. Det finnes gode eksempler på fysisk integrering av boliger for psykisk funksjonshemmede i

almennelige boligområder. Også i slike tilfeller kan en oppnå en viss nærhet mellom flere som står i samme livssituasjon med de sosiale og driftsmessige fordeler dette måtte ha. Husbanken har imidlertid også mottatt enkelte søknader på prosjekter der kommunen har samlet svært mange boliger for ulike personer med særskilte hjelpebehov i en form for institusjonspark. Det synes å være viktig at kommunen ved valg av boliglokalisering vurderer effektiviseringsgevinster ved konsentrasjon av hjelpetrengende opp mot de sosiale kostnader dette kan ha.

Det bør så langt som mulig tas hensyn til den enkeltes behov og ønsker, enten det gjelder selvstendige boliger eller boliger med ulike grad av fellesskapsløsninger. Samtidig må planleggerne se boligtilbudet i relasjon til det større fellesskap og bomiljø utenfor boligen. Boformer og boligløsninger må betraktes som en integrert del av den generelle bolig- og bomiljøplanleggingen.

Boformer

Som nevnt er det aktuelt med ulike løsninger når det skal skaffes boligtilbud til mennesker med psykisk utviklingshemming. Erfaringene viser at det ikke finnes noen enkelt

boform eller boligtype som kan hevdes å være særlig egnet for de personene som omfattes av HVPU-reformen (NBI-rapport, Guri Dyrendahl 1989). Individuelle variasjoner betinget av personlig legning, behov og forutsetninger vil være bestemmende for hva den enkelte, i samarbeid med pårørende og fagpersoner, setter som ønskemål. På grunnlag av innkomne prosjektsøknader i Husbanken kan det se ut til at valg av boform henger sammen med hvor mye hjelp den enkelte trenger for å klare de daglige gjøremål. For de som trenger mest hjelp er det valgt en tettere boform, med f.eks. felles husholdning, enn de som klarer seg med mindre hjelp.

Alle mennesker har krav på et hjem der de kan ha et privatliv og være «seg selv», uavhengig av grad av funksjonshemming og behov for hjelp og pleie. Ideelt sett ligger de fysiske rammer og muligheter best til rette i boligløsninger der hver enkelt har en fullverdig bolig, med eller uten fellesarealer tilknyttet boligen, og der vedkommende har ansvaret for egen husholdning. Kravet om et hjem kan allikevel også tilfredsstilles i andre, tettere boformer dersom de psykisk utviklingshemmede selv eller deres pårørende ønsker dette.

Egen selvstendig bolig integrert i et vanlig bomiljø gir stort rom for privatliv og selvstendighet. Ved denne boformen er i utgangspunktet faren for ensomhet størst. Om den enkelte vil oppleve sosial isolasjon og utrygghet ved å bo slik vil imidlertid avhenge av mange forhold. Av stor betydning vil være personlig legning, mulighetene for etablering av sosialt nettverk i nærmiljøet, arbeids- eller dagtilbud og oppbygging av tjenestetilbudet ellers i kommunen.

Boformer med fellesrom tilknyttet privatdelen i boligen gir i utgangspunktet større muligheter for kontakt og samvær med andre. Et påtvunget fellesskap gir imidlertid ingen garanti for sosial tilhørighet, vennskap og trygghet. Samhørighet betinger at de personene som bor sammen har noe felles og trives i lag. Når kommunene planlegger slike tette boformer må det derfor legges stor vekt på å ivareta slike hensyn.

Norges Byggforskningsinstitutt arbeider med en spørreundersøkelse om integrering og trivsel blant mennesker med psykisk utviklingshemming som bor i egen bolig. Undersøkelsen foretar intervjuer av personer som bor i ulike boformer.

På det nåværende tidspunkt foreligger det enkeltstående og ulike erfaringer blant de som har etablert seg i egen selvstendig bolig i vanlig bomiljø. Noen har utviklet en betydelig større grad av selvstendighet og evne til å klare seg i dagliglivet. De føler trygghet og er

blitt kjent i nærmiljøet, og integreringen har fungert etter intensjonen. Andre opplever stor grad av isolasjon. Tilfeller av økonomisk og annen personlig utnyttning har forekommet. Det er derfor vesentlig i hvert enkelt tilfelle å vurdere hvilken boform som kan gi de beste levekår.

Boligløsninger

Personer med psykisk utviklingshemming har rett til en rimelig bostandard. Psykisk utviklingshemming vil ikke i seg selv stille spesielle krav til utforming av boligen, men fysisk funksjonshemming eller andre sider ved livssituasjonen til den enkelte kan gjøre dette.

Husbanken skal finansiere gode boligløsninger med nøkternt areal og standard. Opplegget for statlig boligfinansiering tilsier at psykisk utviklingshemmede får særlig gunstige vilkår. Husbankens erfaringer hittil tilsier at et areal for en en-personhusholdning på 50-80 kvm er tilstrekkelig for gode boligløsninger. Husbankens regler for utmåling av lån og tilskudd vil bygge på dette, og bare unntaksvis kan boliger med større areal påregne særlig gunstig finansiering. En to-romsbolig med livsløpsstandard etter Husbankens norm vil kreve et minimumsareal på 50 kvm (Jf St.meld. nr. 34 1988-89). For mange en eller to-personshusstander vil dette være en hensiktsmessig størrelse/standard for en permanent bolig. Noen vil likevel ha behov for større areal på grunn av fysiske funksjonshemninger som stiller spesielle krav til boligen. Boligene skal ha egen, nøytral adkomst, ikke adkomst f.eks. via felles stue.

Selvstendig bolig er nærmere definert, bl.a. må den ha selvstendig inngang og en boflate på minst 40 m² BRA-K. Husbankens bostøtte er et virkemiddel til boligforbedring for økonomisk vanskeligstilte grupper. Minstekravet til selvstendig bolig er satt for at ordningen skal oppfylle den målsettingen. I bofellesskap vil hver enkelt kunne få bostøtte ut fra sin inntekt og sin andel av boutgiftene. Beboere i bokollektiv må betraktes som en samlet husholdning og bostøtte beregnes etter samlet inntekt og samlet boutgift.

I den boligmeldingen som Stortinget behandlet i fjor, ble det pekt på at det for bofellesskap i bestående bebyggelse i enkelte tilfeller kan bli forholdsvis kostbart for beboerne å opprettholde kravet om 40 m² på privatdelen. I samråd med departementet vil Husbanken i løpet av inneværende år derfor utarbeide kriterier for gjennomføring av adgangen til å dispensere fra bestemmelsen om 40 m² på privatdelen i forbindelse med opp-

rettelse av bofellesskap i bestående bebyggelse.

For øvrig arbeides det med spørsmålet om å finne en hensiktsmessig avgrensning av finansiering og støtte til alternative boformer i forhold til dagens institusjoner.

Husbankens publikasjon «God bolig» gir informasjon om normer og retningslinjer som kan legges til grunn ved planleggingen. Husbanken og Sosialdepartementet arbeider også med hefter om boliger for mennesker med psykisk utviklingshemming som vil foreligge i 1. halvår 1990. Boligene bør planlegges med livsløpsstandard slik at de er tilgjengelige og brukbare for personer med redusert førlighet.

Eventuelle fellesrom tilknyttet vanlige fullverdige boliger i bofellesskap bør normalt planlegges som *tilleggsareal*, dvs adskilt fra privatdelen i boligene. I forbindelse med bokollektiver er det nødvendig å planlegge mer integrerte løsninger. I småhusbebyggelse kan det være hensiktsmessig å planlegge fellesrommene som en egen frittliggende boligenhet f eks med en enklere svalgangsforbindelse.

5.2.5 Eierform, nybygging og bruk av eksisterende boliger

Boliger for mennesker med psykisk utviklingshemming kan, som nevnt, omfatte alle typer boliger. Det gjelder også i spørsmålet om eierform og hvorvidt det skal satses på nybygging eller bruk av eksisterende boligressurser.

Data fra undersøkelse utført av NBI 1989

Norges Byggforskningsinstitutt (NBI) sendte i 1989 ut spørreskjema til alle landets kommuner for å få en oversikt over eksisterende og planlagte boligtilbud for mennesker med psykisk utviklingshemming. 80 pst av kommunene besvarte spørreskjemaet. Disse utgjør et rimelig representativt utvalg av landets kommuner, men det er varierende hvor mange kommuner som har svart utfyllende på de enkelte spørsmål - jf nedenfor.

Undersøkelsen viser at i 214 kommuner bor 1239 personer med psykisk utviklingshemming i egen bolig, anskaffet i løpet av 80-årene. Kommunene står bak boliganskaffelsen for 82 pst av beboerne som bor i egen bolig. 57 pst av beboerne bor i kommunalt eide boliger. 24 pst bor i borettslag. Ialt hadde 23 pst av beboerne selvstendig råderett over sine boliger, 10 pst som selveiere og 13 pst som andelseiere. Den alt overveiende del av boligene er finansiert med lån i Husbanken. *Bortimot halvparten av de 1239 personene bor i bokol-*

lektiv eller bofellesskap med felles husholdning, mens ca 1/3 bor i individuelle boliger med egen husholdning.

221 kommuner svarer at de har planer om å bygge boliger til mennesker med psykisk utviklingshemming. Like mange svarer at de tar sikte på å skaffe boliger i den eksisterende boligmassen.

Bare 160 av kommunene ga opplysninger om konkrete byggeplaner. Disse dekket boliger for 412 personer. Oppgaver er gitt bare for konkrete byggeplaner, ikke for anskaffelse av boliger i den eksisterende boligmassen. Planene for fremtidig anskaffelse av nye boliger viser at kommunene tar sikte på å eie en større andel av boligene enn i dag. Andelen planlagte bokollektiver med felles husholdning ser ut til å bli lavere. Det samme gjelder planlagte individuelle boliger. Det er planlagt en større andel boliger i bofellesskap. Sammenlignet med boliger i bruk vil en høyere andel av de nye boligene søkes finansiert i Husbanken. 60 pst av de planlagte nye boligene vil bli klausulert.

Eierform

Valg av eierform vil være betinget av flere forhold. Tilgangen på boliger i en rimelig pris-klasser kan være bestemmende, likeledes forutsetninger og behov for hjelp blant de som skal skaffes bolig. Kommunene bør vurdere om utleieformen i mange tilfeller kan være den mest hensiktsmessige, av hensyn til de omfattende økonomiske og forvaltningsmessige forpliktelsene som følger med selveierformen. Men selveie og borettsløsninger bør også være reelle alternativer der mulighetene ligger til rette for det.

De fleste prosjektene for personer med psykisk utviklingshemming som Husbanken har fått til behandling i 1990, har vært kommunale utleieboliger. Det har også kommet mange søknader om lån til finansiering av borettslagsboliger. Enkelte søknader gjelder også selveid bolig eller sameieprosjekter.

Selveierformen kan være uheldig i prosjekter med personalrom og større fellesarealer som ikke har direkte tilknytning til den enkelte boligen.

Som data fra NBI's kommuneundersøkelse viser, velger kommunene i stor utstrekning utleie som eierform for mennesker med psykisk utviklingshemming. Årsakene til at kommunene i mange situasjoner velger leieboliger kan være at kommunene ser fordeler i å kunne disponere et visst antall boliger til nye brukere ved fraflytting. Dette hensynet kan også ivaretas, f eks ved klausulering av personlig eide boliger. En omfattende kom-

munal subsidiering, f.eks. i form av billige tomter eller bidrag til de løpende boutgifter, kan også tale for at kommunene ønsker å stå som eier av boligene.

Hensynet til en rasjonell forvaltning og drift av boligmassen kan også ligge bak kommunenes prioriteringer av leieboliger. De fleste psykisk utviklingshemmede vil ha behov for mer eller mindre hjelp fra pårørende og/eller det offentlige for å klare forvaltning og drift av boligene. Det gjelder i spørsmål om vedlikehold og ulike økonomiske disponeringer.

Nybygging eller bruk av eksisterende boliger

Kommunene har en rekke hensyn å ivareta når de planlegger boligtilbud for mennesker med psykisk utviklingshemming, og de må arbeide innenfor visse rammebetingelser av økonomisk og annen art. Dette er forhold som legger føringer for om nybygging velges som alternativ eller om kommunene tar sikte på bruk av eksisterende boligressurser.

I mange tilfeller velges nybygging der personen som skal skaffes bolig har spesielle krav til planløsning av boligen. Disse kravene kan være betinget av funksjonshemninger og spesielle pleiebehov. For personer som ikke har spesielle krav til planløsning vil eksisterende boliger, eventuelt med en viss ombygging, gi gode boligløsninger.

Enkelte nye boliger som er bygget de senere år som vernede boliger må kunne benyttes videre, eventuelt gjennom fleksibel praktisering av regelverket, når beboerne har funnet seg vel til rette der.

Storbyene står overfor særlig store utfordringer når det gjelder boliganskaffelse. Høye tomtepriser, mangel på velegnede tomter til nybygging og det generelt høye prisnivået på bruktboligmarkedet medfører spesielle krav til nøkternhet i valg av boligløsning. De økonomiske virkemidlene som disponeres for gjennomføring av reformen må legges opp slik at det tas hensyn til slike lokale variasjoner.

Bruk av eksisterende institusjoner

I varierende grad kan deler av institusjoner ombygges til varige boliger. Det vil i særlig grad kunne gjelde de små og relativt nye institusjoner. For endel klienter vil en boligløsning innenfor en slik ramme kunne være det beste alternativ, og beboernes ønsker må stå sentralt i vurderingen. Enkelte av disse kan også drives videre etter Kommunehelsetjenesteloven der dette anses å være til det beste for beboerne. Det må tillegges vekt at en del

av beboerne i sentralinstitusjonene har bodd flere tiår i institusjonen og betrakter den som sitt hjem. Erfaringer med slik ombygging foreligger ikke til dags dato i Husbanken og finansieringen må vurderes i forhold til de løsninger som velges.

En del av institusjonsbeboerne er gamle og pleietrengende. For disse kan det være aktuelt å etablere alders- eller sykehjemstilbud i mindre enheter, evt innenfor det eksisterende institusjonsområdet.

5.2.6 Boligfinansiering

Staten har gjennom Husbanken et ansvar for å legge til rette for finansiering av boliganskaffelse i forbindelse med gjennomføring av ansvarsreformen. Husbankens eksisterende låne- og støtteordninger vil bli anvendt. Rammene for lån, tilskudd og bostøtte vil bli løpende vurdert for å gi rom for denne gruppens boligbehov. Dette vil framfor alt gjelde Husbankens selektive låneordninger som alt i dag er stramt behovsprøvd.

Låne- og tilskuddsordninger

Ved Stortingets behandling av St.meld. nr. 34 «Boligpolitikk for 90-årene» jf Innst. S. nr. 297 (1988-89) ble det slått fast at boliger som anskaffes i forbindelse med gjennomføring av HVPU-reformen skal finansieres i Husbanken med etableringstilskudd sammen med grunnlån eller ved hjelp av utleielånsordningen. Det er ikke noen forutsetning at mennesker med psykisk utviklingshemming skal skaffes boligfinansiering på bekostning av andre svakstilte grupper. Men den sterke prioriteringen av reformen vil måtte sees i forhold til andre og lavere prioriterte formål i Husbankens låneordninger.

Låneordningene

Følgende låneordninger i Husbanken er aktuelle i forbindelse med HVPU-reformen:

- subsidiert oppføringslån som grunnfinansiering ved oppføring av ny bolig
- utbedringslån som grunnfinansiering ved utbedring av eksisterende bolig
- ervervslån ved kjøp av eksisterende bolig
- etableringslån som toppfinansiering kombinert med grunnlån
- utleielån som toppfinansiering i forbindelse med subsidiert oppføringslån
- miljølån til aktivitetsthus, felleslokaler m.v.

Lån som gis sammen med etableringstilskudd (se nedenfor) eller lån til boliger klausulert/ forbeholdt psykisk utviklingshemme-

Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming

de skal ha redusert rente - dvs 2 pst lavere startrente og 1 pst lavere topprente enn ordinære oppføringslån i Husbanken. Grunnlånet utmåles med 80 % av lånegrunnlaget når det gis etableringstilskudd.

Boliger for psykisk utviklingshemmede må bygges etter de samme nøkterne vurderinger av standard, størrelse og kostnader som gjelder for lån og tilskudd i Husbanken. Behov for spesialinnredning, særlige arealbehov mv blir likevel særskilt vurdert og gir grunnlag for økt låneutmåling etter Husbankens regler.

Lån til fellesarealer blir gitt som oppføringslån hvis arealene bare skal betjene selve boligprosjektet og det totale arealet (privatdel og fellesdel) pr bolig er av nøktern størrelse. Arealer utover det som defineres som nøkternt i forhold til prosjektets behov og som betjener flere brukere vil kunne få miljølån. Forholdet mellom oppføringslån og miljølån blir avgjort i hver enkelt sak. Miljølån blir nå gitt med 16 års avdragstid, men det bør vurderes om denne skal forlenges til 30 år.

Det kan gis forlenget avdragstid, dvs 30 år, på etableringslån som gis sammen med etableringstilskudd til personlig eide boliger og til kommunalt eide som forbeholdes mennesker med psykisk utviklingshemming.

I tillegg til Husbankens tilbud om subsidierte lån med rentetrapp kan låntaker velge et alternativ med flat rente. Denne fastsettes slik at rentenivået over lånets løpetid skal ligge nær rentene i alternativet med rentetrapp. Ordningen er særlig aktuell for utleieboliger fordi den reduserer variasjonen fra år til år i betalingsforpliktelsene.

Spesielt om Utleielåneordningen

Fra 1990 er utleielåneordningen utvidet til å omfatte flere grupper som kommunen har et særlig boligansvar for, deriblant mennesker med psykisk utviklingshemming.

Utleielån i Husbanken er en toppfinansiering som sammen med oppføringslån skal fullfinansiere en ny, nøktern bolig. Det forutsettes at kommunene stiller rimelige tomter til disposisjon. Det gis oppføringslån til 70 pst av lånegrunnlaget mens utleielånet dekker de resterende 30 pst. Utleielånet er rente- og avdragsfritt i 10 år. Deretter nedbetales det etter samme regler som etableringslån.

Miljølån

Til felleslokaler som ikke naturlig tilhører de private boligenheter kan Husbanken tilby finansiering med miljølån, som er en ordning for bomiljø- og servicebygg. Det vil ofte være naturlig at det er kommunene som står som

eier og låntaker av slike lokaler, som kan gi rom for fritidsaktiviteter, visse sider av omsorgsarbeidet, personalrom mv.

Etableringstilskudd

Etableringstilskudd gis til toppfinansiering av boliger for særlig vanskeligstilte husstander. Ordningen er strengt behovsprøvd.

Det er forutsatt at etableringstilskuddet sammen med annen finansiering i Husbanken skal kunne fullfinansiere en nøktern bolig. Tilskuddet skal kunne dekke opptil 20 pst av lånegrunnlaget, mens det gis 80 pst. grunnlån når tilskudd blir gitt. I forbindelse med ansvarsreformen bør en ta sikte på at nøkterne boligløsninger som dekker nødvendige behov skal få tilskudd opp mot 20 pst.. Bevilgningen til etableringstilskudd er en rammebevilgning og vil i de ordinære budsjettprosesser bli tilpasset behovet.

Under behandlingen av boligmeldingen la Stortinget til grunn at rammene for etableringstilskudd bør økes i årene framover med særlig begrunnelse i gjennomføring av HVPU-reformen.

Fra 1990 er det i statsbudsjettet på egen post avsatt 20 mill kroner til etableringstilskudd i forbindelse med gjennomføring av ansvarsreformen (Kap 581, post 78 - Etableringstilskudd, HVPU-reformen). Den budsjetterte sum er disponert til formålet i det denne meldingen legges fram.

Godkjente kostnader ut over lånegrunnlaget kan finansieres med etableringslån. Når det er gitt etableringstilskudd gis det redusert rente og 30 års avdragstid på oppføringslån, etableringslån, utbedringslån og ervervslån.

Etableringstilskuddet kan gis til kommuner og organisasjoner som etablerer boliger for mennesker med psykisk utviklingshemming og til individuelle eiere. Finansiering ved hjelp av tilskudd og lån er en pakke som har vært tilbudt kommunene for utleieboliger gjennom flere år. Selv om ordningen med utleielån fra 1990 også kan benyttes til slike formål, er det hensiktsmessig å videreføre ordningen med etableringstilskudd pluss grunnlån ved gjennomføring av ansvarsreformen, bl a fordi det ligger godt til rette for budsjettmessig tilpassing til reformens gjennomføring.

Bostøtte

Mennesker med psykisk utviklingshemming vil på grunn av lave inntekter, være berettiget til bostøtte fra Husbanken (statsbudsjettets Kap 580). Bostøtten omfatter trygdede og barnefamilier med svak økonomi. Den skal sikre at disse får evne til å anskaffe eller

beholde en nøktern og god bolig. Minstekrav til boligstandard er viktig for at denne målsettingen skal kunne oppnås (se også ovenfor under 5.2.4 om boligløsninger).

Bostøtteordningen bygger på at alle av egen inntekt skal betale en «rimelig boutgift». Bostøtten dekker 70 % av de boutgiftene som går ut over dette. Boutgifter over et visst «tak» tas imidlertid ikke med i beregningene. Det vises til Stortingets behandling av St.meld. nr. 34 (1988-89) Om boligpolitikk for 90-årene, jf Innst. S. nr. 297 (1988-89).

Bostøttens regelverk prioriterer i dag dem som har vesentlige boutgifter og lav inntekt, for å sikre at denne gruppen er i stand til å opprettholde et akseptabelt boligkonsum. Som regneeksempler nedenfor viser er psykisk utviklingshemmede og andre grupper med lave inntekter avhengige av at bostøtten gir ytelser på dagens nivå. Psykisk utviklingshemmede som bosettes i egen boliger i årene som kommer vil komme inn som en ny mottakergruppe i ordningen. Følges dagens regelverk må bostøtteordningens bevilgning øke.

5.2.7 Husbankens erfaringer med finansiering av boliger i tilknytning til ansvarsreformen

De kommuner som hittil i 1990 har sendt søknader til Husbanken vedrørende boligprosjekter for personer med psykisk utviklingshemming, har søkt om etableringstilskudd kombinert med oppføringslån.

Boligtyper

De fleste prosjektene har vært bofelleskap for 3 - 5 personer, og gjennomsnittlig areal pr. person har vært 75-80 kvm. Dette inkluderer privatdelen og andel i fellesarealer. Enkelte prosjekter for personer med behov for tung pleieinnsats har hatt større areal pr. person. Størst areal får prosjekter der en av ulike hensyn velger å planlegge såvel stort privatareal som store fellesarealer. Slike løsninger blir kostbare og medfører høye løpende utgifter som kommunene må være med på å bære. Erfaringer de første måneder i 1990 tyder på at flere kommuner satser på å få bygd boliger til de svakt fungerende som har et spesielt stort behov for areal på grunn av fysiske funksjonshemninger i tillegg til de psykiske.

Beboernes privatdel av det totale boligarealet har variert betydelig i prosjektene som hittil er behandlet, fra 40 kvm (som er nedre grense for bostøtte) til ca 60 kvm bl a avhengig av størrelsen på fellesarealet.

I prosjekter hvor beboerne er pleietrengende blir det avsatt areal for personale som gir

rom for kontor med sove mulighet, toalett og forgang. Der arealbehovet til disse funksjonene er moderat vil dette bli finansiert sammen med boenhetene, mens det ved større arealbehov vil være aktuelt å benytte miljølån.

Finansiering

Anleggskostnadene for de fleste boligprosjektene for personer med psykisk utviklingshemming som Husbanken har fått til behandling i 1990, har ligget på ca 8 000 kr pr kvm. Husbanken har også mottatt søknader med vesentlig høyere kvm-priser. Dette gjelder bl a prosjekter med særskilte krav til boligene på grunn av funksjonshemningens art.

Dersom det tas utgangspunkt i et prosjekt med gjennomsnittspris på 8000 kr pr kvm, vil en bolig på 80 kvm tilsi anleggskostnader på 640000 kr.

Husbanken har hittil i 1990 gitt etableringstilskudd opp mot 100 000 kr pr boenhet. Tilskuddet utgjør i dette tilfellet 15.6 pst av anleggskostnadene.

Dette gir følgende finansieringsopplegg :

Totale anleggskostnader	
80 kvm bolig:	kr 640 000
Etableringstilskudd:	kr 100 000
Lånebehov grunnlån:	kr 540 000

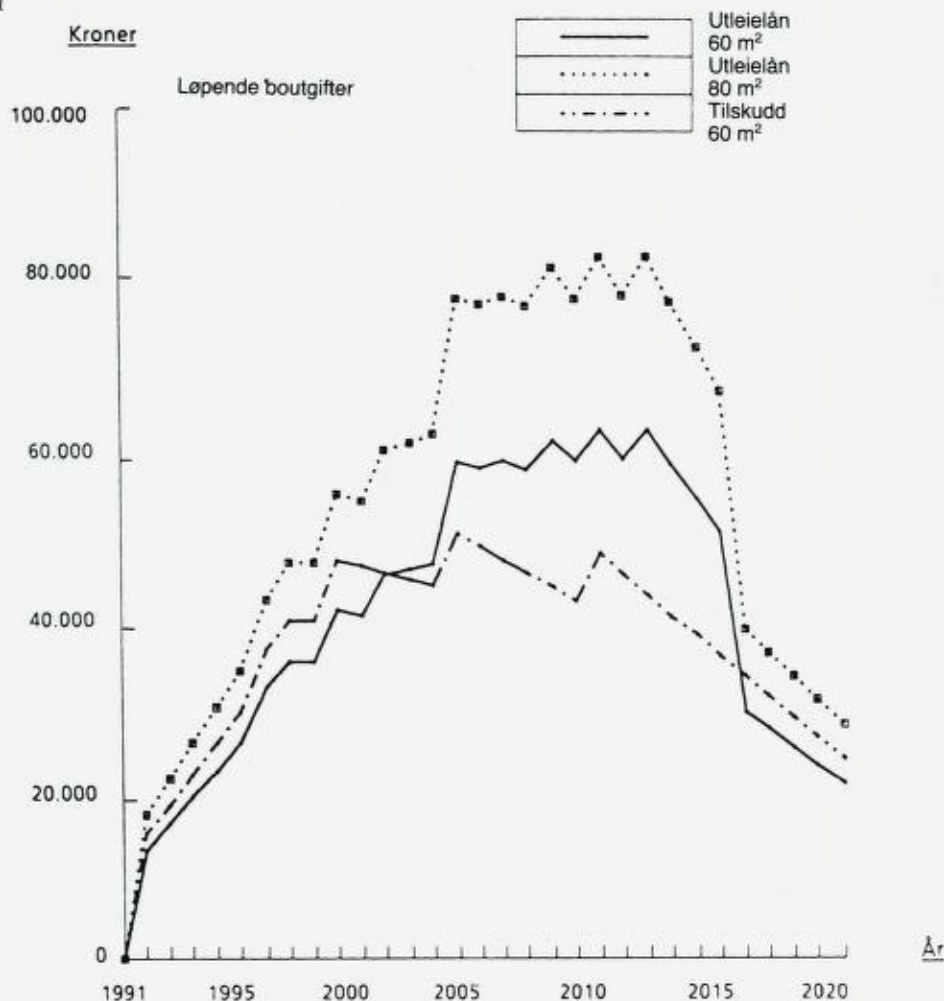
5.2.8 Boutgifter

For å illustrere utvikling i boutgifter over tid samt hvor store inntekter den enkelte beboer vil ha til disposisjon etter boutgifter og skatt, er det regnet på et par eksempler. Boutgifter er her begrenset til kapitalutgifter. Kvadratmeterprisen er satt til kr 8 000. For bolig i bofelleskap er det regnet med et bruttoareal på 80 kvm. Her er det gått ut fra at kommunen eier boligen og at den er finansiert ved hjelp av «utleiepakken». Det er videre tatt utgangspunkt i en bolig på 60 kvm. Denne kan være eid av beboeren og finansiert ved hjelp av «etableringstilskuddspakken» eller være utleiebolig, eid av kommunen og finansiert enten ved hjelp av «utleiepakken» eller ved hjelp av «tilskuddspakken».

I figur 1 vises utvikling i løpende boutgifter over en 30 års-periode når boligen er fullfinansiert enten ved hjelp av utleielån (30 prosent) og oppføringslån (70 prosent) eller ved hjelp av etableringstilskudd (20 prosent) og oppføringslån (80 prosent). Det er beregnet boutgifter for boflate på 60 kvm og på 80 kvm for utleielåneordningen og på 60 kvm for etableringstilskuddsordningen.

Den maksimale boutgift for utleielåneordningen kommer i det 22. år og er henholdsvis

Figur 1



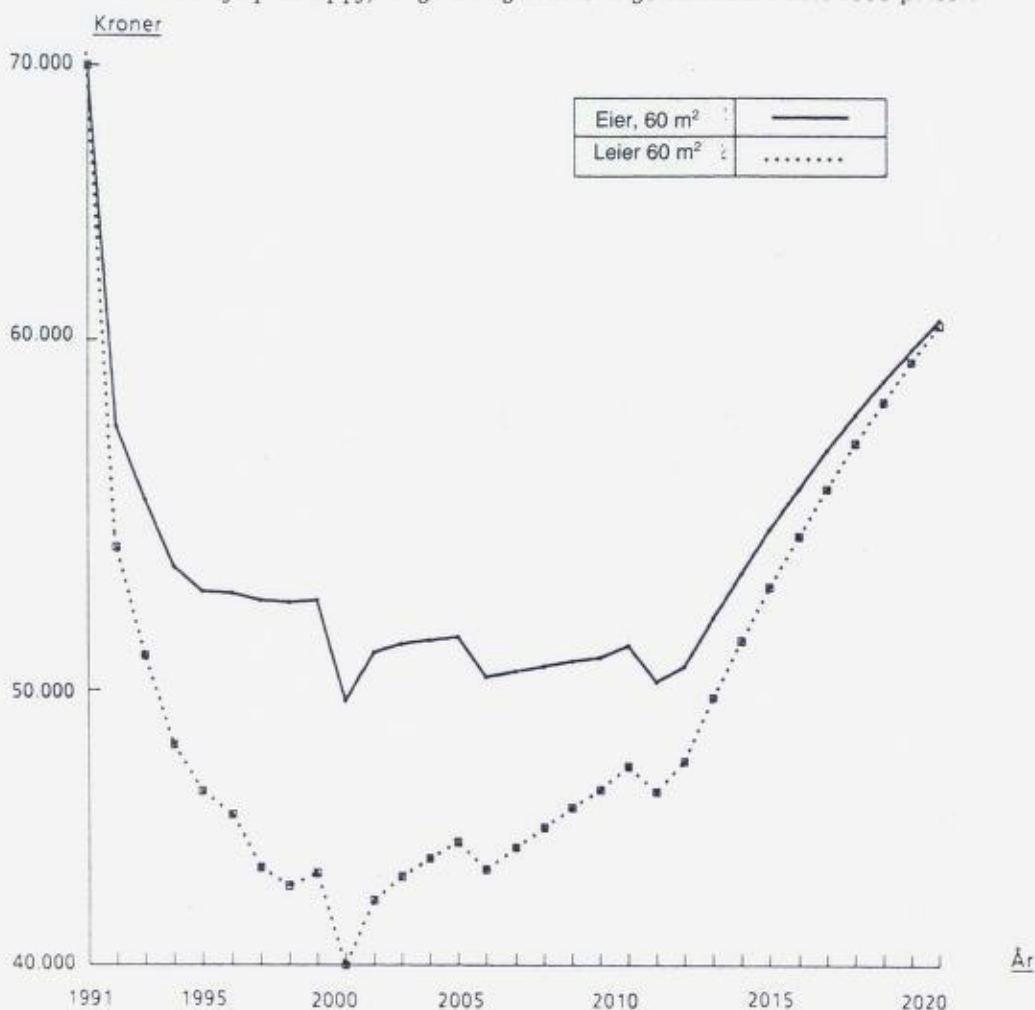
vel 66 000 kroner og vel 88 000 kroner. Den maksimale boutgift for etableringstilskuddsordningen er vel 53 000 kroner og påbeløper 14 år etter at lånet er utbetalt.

Personer med psykisk utviklingshemming vil hovedsakelig ha pensjon for fødte uføre. Pr. 1.1. 1990 utgjør dette kr 56 748 pr år for personer født før 1945 og kr 77 345 pr år for personer født i 1945 eller senere.

I følge opplysninger fra Skattedirektoratet skal minstepensjonister ikke betale trygdeavgift, selv om denne formelt fra og med inntektsåret 1989 også er innført for trygdemottakere. Fritaket skyldes den såkalte skattebegrensingsregelen. Født ufør, født før 1945 mottar trygdeutbetalinger med ca. kr 5 000

mer enn minstepensjon. I de fleste tilfeller vil denne gruppen uføre heller ikke måtte svare inntektsskatt. Født ufør, født fra og med 1.1.85 skal betale trygdeavgift og skatt til kommunen og skattefordelingsfondet. For beregningene har en forutsatt skattesatsene uendret over perioden. Inntekt, særfradrag og minstefradrag (for 1989 tilsammen kr 29 560) er beregningsmessig forutsatt å øke med gjennomsnittlig 4 prosent hvert år i 30-årsperioden. Det samme gjelder boutgiftstak i bostøtteordningen. Regelverket for bostøtten forutsettes videre endret hvert år slik at rimelig boutgift utgjør en konstant andel av inntekten både for minstepensjonist og for ung ufør.

Figur 2 Inntekt etter skatt og boutgifter for født ufør, født i 1945 og senere, når boligen er finansiert ved hjelp av oppføringslån og etableringstilskudd. Faste 1990-priser.



Figur 2 viser inntekt etter boutgifter og skatt i faste 1990 kroner for en født ufør, født i 1945 og senere, når boligen er på 60 kvm og finansiert ved oppføringslån og etableringstilskudd. Dersom beboeren eier leiligheten selv vil han/hun ha mer å rutte med enn om leiligheten er eid av kommunen, selv om boutgiftene er de samme. Dette skyldes at eierformen medfører redusert skatt som følge av at renteutgiftene kan trekkes fra bruttoinntekten. Inntekten i faste 1990-kroner er lavest i år 2000, det vil si 9 år etter at lånet er utbetalt. Inntekt etter boutgifter og skatt utgjør da for den som eier ca 48 000 kroner mens den for en leietaker utgjør ca 40 000 kroner; pr mnd kr 4 000 og kr 3 300.

Uten skatt vil inntekt etter boutgift være den samme om en eier eller leier husvære. Beregningene viser at født ufør, født før 1945 i år

2 000 vil ha inntekt etter boutgifter på ca 40 000 1990-kroner når en 60 kvm leilighet er finansiert ved hjelp av oppføringslån og etableringstilskudd. Bostøtten spiller en vesentlig rolle for disponibel inntekt ved disse beregningene. I faste 1990-kroner utgjør den i år 2 000 henholdsvis ca kr 8 000 og ca kr 14 400 for ufør født før og etter 1.1.1945.

De eksemplene som er valgt viser rimelige boliger som i Husbanken kan få en god finansiering. Med høyere kostnader til anskaffelse kan finansieringen bli mindre gunstig og de løpende utgifter kan alt i alt bli mer tyngende enn i disse eksemplene. Utviklingen i realrentnivå for Husbanklån og bostøttens nivå i årene framover vil også være vesentlige faktorer for boutgiftenes andel av inntekten til en trygdet.

5.2.9 Forholdet mellom kommunenes utgifter og statlig finansieringsbidrag

Boligfinansieringsopplegget for psykisk utviklingshemmede skal være det samme som for andre vanskeligstilte grupper. I bunnen ligger en grunnfinansiering som er påbygd med behovsprøvde tilleggs lån eller tilskudd. Lånevilkårene (renter og avdrag) er på bestemte punkter gunstigere enn det som gjelder alle låntakere. Regneeksemplene viser rimelige kostnader med god finansiering, men illustrerer likevel hvor tyngende boutgiftene vil være.

Kommunene har et særlig ansvar for å skaffe vanskeligstilte grupper bolig, og dette gjelder ikke bare i tilknytning til ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede. Boutgiftene påvirkes av flere faktorer, og kommunene vil selv ha et stort ansvar for de løsningene som blir valgt. Dette vil gjelde planlegging og tilrettelegging, men det bør også gjelde tilbud av rimelige tomter eller andre tiltak som reduserer anleggskostnadene. Kommunene vil derfor også møte sitt ansvar for deknning av urimelig høye boutgifter for psykisk utviklingshemmede. Boutgiftene kan kommunene redusere gjennom tilskudd, lave leier e.l. Alternativt vil beboeren kunne ha rett på sosialhjelp i perioder med høy betalingsbelastning.

Rådet for funksjonshemmede har i en rapport om funksjonshemmedes bokostnader tatt til orde for at det offentlige fastsetter et mål for disponibel inntekt etter skatt og boutgifter. Noe slikt fastsatt mål foreligger ikke. Det er derfor heller ikke mulig å fastslå noe bestemt subsidiebehov på boligsiden eller beregne hvilket ansvar kommunene her vil stå overfor.

5.2.10 Budsjett- og rammemessige konsekvenser

For å bidra til en effektiv gjennomføring av reformen er det nødvendig å legge boligfinansieringen til rette slik at kommunenes program for boliganskaffelse kan gjennomføres i rett tid. Finansieringen skal skje innenfor det ordinære opplegget for generelle og behovsprøvde ordninger. Rammene for lån, tilskudd og bostøtte bør løpende vurderes slik at gjennomføringen av reformen ikke skjer på bekostning av behov hos andre vanskeligstilte grupper på boligmarkedet.

Det tas sikte på at boligfinansieringen skjer både ved hjelp av ordningen med utleielån og ved hjelp av etableringstilskudd og grunnlån. Begge ordningene omfatter såvel nye som brukte boliger. Brukte boliger vil i mange sammenhenger være et rimelig og tjenlig al-

ternativ. Utleieboliger vil i mange sammenhenger være et godt alternativ, både for den enkelte psykisk utviklingshemmede og for kommunene. Utleieboliger kan også finansieres med etableringstilskudd og lån.

Ordningene med oppføringslån (nye boliger), ervervslån (brukte boliger), etableringslån (brukte borettslagsboliger og toppfinansiering), utbedringslån og utleielån dekker alle aktuelle formål i forbindelse med reformen. Reformen skaper en økt etterspørsel etter boliger som vil presse Husbankens rammer. Dette vil særlig gjelde de behovsprøvde ordningene (alle ordningene unntatt oppføringslånet). Regjeringen og Stortinget vil måtte vurdere disse spørsmål i tilknytning til den årlige budsjettbehandling.

Etableringstilskudd bør utmåles med opp mot 20 pst. av lånegrunnlaget for nøkterne boliger slik regelverket gir rom for. Tilskuddet har egen post i statsbudsjettet i tilknytning til gjennomføring av reformen.

Felleshus, større felleslokaler i bofelleskap mv vil gjerne kunne finansieres med Husbankens miljølån. Det vil da ligge til rette for at kommunen kan stå som eier og bruke lokalene i tilknytning til omsorgsarbeidet. Miljølån har i dag kort løpetid (16) år og rentejusterte rentevilkår (HB II). Dette er samlet sett lite gunstige vilkår. Det bør derfor vurderes om miljølån kan gis 30 års løpetid på linje med oppføringslån mv.

Ut fra erfaringer Husbanken har vil anskaffelse av 6500 boliger kunne kreve lånerammer i Husbanken på anslagsvis 2500 millioner kroner i 1990-93, fordelt på alle låneordninger.

Av dette er 1 000 millioner kroner innenfor de behovsprøvde ordninger i Husbanken som også er et tilbud til andre prioriterte grupper.

Behovet for etableringstilskudd kan beløpe seg til rundt 500 millioner kroner i samme periode.

Bostøttebevilgningen vil for denne nye gruppen mottakere anslagsvis etter dagens regelverk kreve 80 millioner kroner.

5.3 OPPLÆRING.

Ansvar for opplæring også for personer med behov for spesialundervisning/spesielt tilrettelagt opplæring er hjemlet i henholdsvis lov om grunnskolen, lov om videregående opplæring og lov om voksenopplæring. Alle tre skolelovene inneholder vide og programatiske formålsparagrafer som vektlegger faglig og personlig utvikling for den enkelte. Lov om grunnskolen står i en særstilling blant de tre fordi grunnskolen er obligatorisk. Men prinsippet om likestilling når det gjelder adgang til samfunnets utdannings- og kultur-

goder gjelder både grunnskoleloven, loven om videregående opplæring og voksenopplæringsloven.

Barn og ungdom i grunnskolealder (det vil til vanlig si fra 7 år) har rett og plikt til opplæring. Kommunen har ansvar for å gi slik opplæring. Etter grunnskoleloven skal elevene skrives inn ved sin bostedsskole.

Alle elever skal ha fullt timetall, dvs. det timetall som er bestemt i lov om grunnskolen. Dersom en elev skal ha et lavere timetall enn dette, må det etter bestemmelsene i grunnskoleloven fattes særskilt vedtak om det i skolestyret. Formålet er å sikre at skolen gjør det som er mulig for å etablere et tilfredsstillende opplæringstilbud også til elever med særlige behov.

Fylkeskommunen har ansvaret for å gi opplæringstilbud til ungdom i alderen 16 - 20 år som har fullført grunnskolen. Etter lov om videregående opplæring har søkere i alderen 16 - 20 år som etter sakkyndig vurdering har et særlig behov for tilrettelagt opplæring, fortrinnsrett til inntak i videregående skole. Elever som er tatt inn, skal etter loven kunne få spesialundervisning om de har behov for det.

Etter voksenopplæringslovens paragraf 4 annet ledd har ungdom i alderen 16 - 20 år som etter sakkyndig vurdering har et særlig behov for spesialundervisning på grunnskolens område, rett til opplæring. Også dette ligger under fylkeskommunens ansvar.

I praksis overlapper disse to bestemmelsene hverandre. Det er ikke alltid en vurdering av om en ungdom har behov for fortsatt spesialundervisning på grunnskolens område eller videregående opplæring som er avgjørende for hva slags tilbud som blir gitt. Hvorvidt en ungdom med psykisk utviklingshemming får et tilbud om plass i videregående skole etter fortrinnsretten, avhenger først og fremst av i hvilken grad fylkeskommunen har bygd ut tilbud innenfor videregående skole og lagt forhold til rette for denne elevgruppen.

En stor utfordring for skoleverket i forbindelse med HVPU-reformen ligger derfor nå i å legge til rette et tilbud om videregående opplæring for elever med psykisk utviklingshemming.

Etter voksenopplæringslovens paragraf 5 annet ledd har voksne som etter sakkyndig vurdering har et særlig behov for spesialundervisning på grunnskolens område, rett til opplæring. Her er det kommunen som har ansvaret.

I og med at de fleste beboere ved HVPU-institusjoner er voksne mennesker, har også skolene ved HVPU-institusjonene i hovedsak hatt voksne elever. En av de store utfordringene kommunene nå får, er å organisere et vok-

senopplæringstilbud for mennesker med psykisk utviklingshemming. Mange har ikke tidligere fått fullstendig grunnskole. Det er også mange som har stort behov for spesialundervisning på grunnskolens område selv om de tidligere har hatt et fullstendig grunnskoletilbud. Utgangspunktet må hele tiden være det individuelle behov og ikke hva som tidligere er gitt av opplæring, og siktemålet må være det best mulige bidrag til meningsfylt liv og mestring av egen livssituasjon.

Dette må være retningsgivende både for valg av innhold, læremidler, undervisningsmetoder og organisering av undervisningen.

Det at voksne har rett til opplæring på grunnskolens område, betyr ikke at en skal følge - eller har fulgt - de samme undervisningsoppleggene som for barn. Opplæringen bør ses i nær sammenheng med bo- og arbeidssituasjon, og med deltaking i kulturaktiviteter i fritiden.

Utdannings- og forskningsdepartementet mener at det av disse grunner forøvrig det er lite heldig å knytte voksnes rett til opplæring til «grunnskolens område», og tar sikte på å fjerne denne tilknytningen, samtidig som en presiserer hva retten til opplæring for voksne skal innebære, både når det gjelder formål, mål, omfang og innhold.

I en egen stortingsmelding om spesialpedagogiske tiltak og tjenester vil Utdannings- og forskningsdepartementet gå nærmere inn på ulike sider ved opplæringstilbudet for psykisk utviklingshemmede. Vi viser til den.

Finansieringsordningen når det gjelder opplæringstiltak for institusjonsbeboere har i liten grad vært omtalt i tidligere stortingsdokumenter om reformen. Siden overgangen til nytt inntektssystem er opplæringsvirksomheten i institusjonsskolene finansiert ved en gjesteelevordning. Skolemyndigheten i institusjonens vertskommune har ansvaret for å organisere og drive opplæringen, og sørger i den sammenheng for den sakkyndige vurdering av beboernes behov for spesialundervisning som lovverket krever. Denne vurderingen danner grunnlaget for redegjørelse og søknad til hjemkommunen om ressurs til opplæring for den enkelte. Som følge av at hjemkommunen har ansvaret for å finansiere opplæringen, må hjemkommunen vurdere søknaden og fastsette timetallet for hver elev. Dette er enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Hjemkommunen betaler de utgiftene som følger av eget vedtak.

Grunnskoleopplæring i sosiale og medisinske institusjoner finansieres nå ved gjesteelevordninger rent generelt. Disse ordningene har i praksis vist seg å ha svakheter, og er i årets kommuneøkonomiproposisjon foreslått

allment erstattet med en annen og enklere ordning fra 1. januar 1991. Under HVPU-reformen vil det imidlertid foregå en utflytting fra institusjon, dels til den opprinnelige hjemkommune, dels til institusjonens vertskommune og dels til annen kommune. Utdannings- og forskningsdepartementet finner det derfor mest hensiktsmessig at midlene til opplæringstiltak for institusjonsbeboerne under HVPU følger klientene på tilsvarende måte som HVPU-midlene, jf. kap 8.1. Det vil si at beboernes opprinnelige hjemkommune fortsetter å betale også for opplæring inntil det foretas en engangsregistrering og eventuell tilpasning til inntektssystemet. Gjesteelevordningen i dens nåværende form vil likevel ikke kunne fortsette etter flytting til ny kommune, fordi det da ikke vil være den opprinnelige, men den nye bostedskommunen som må fastsette opplæringsressursen. Utdannings- og forskningsdepartementet finner derfor at den beste løsningen er å fastsette en betalingsatts for opplæringstiltak.

5.4 KULTUR OG FRITID

5.4.1 Målsetting

Psykisk utviklingshemmede må gis et kultur- og fritidstilbud - likeverdig med tilbudet til befolkningen forøvrig.

Mangel på meningsfylt fritid vil kunne føre til mistrivsel og sosial isolasjon selv om kvaliteten på andre tjenester, som bolig og sysselsetting, er god.

Integrasjon forutsetter ikke bare tilhørighet og delaktighet, men også medansvarlighet. Psykisk utviklingshemmede må gis muligheter til å tilføre fellesskapet sine kulturverdier ut fra egne forutsetninger.

Det blir nå en kommunal oppgave å sørge for at de psykisk utviklingshemmede får et tilrettelagt kultur- og fritidstilbud, både i offentlig regi og i regi av frivillige lag og organisasjoner. Samarbeid med det frivillige foreningsliv blir viktig.

HVPU-reformen aktualiserer samtidig behovet for lokalsamfunn der man viser medmenneskelighet og tar vare på hverandre.

5.4.2 Strategi

Organisering av tilbud

Psykisk utviklingshemmede har til nå i liten grad vært knyttet til det ordinære kultur- og fritidslivet i kommunene. De fleste har deltatt lite i integrerte aktiviteter, og de har hatt få venner utenom hjem eller institusjon.

Psykisk utviklingshemmede skal så langt som mulig gis integrerte fritidstilbud. Særlig tilrettelagte tilbud kan i enkelte tilfelle være

aktuelt for å imøtekomme variasjon i ønsker og behov. Slike særtiltak kan være av midlertidig eller permanent karakter. Midlertidige tiltak kan være i forbindelse med organisering av forkurs for psykisk utviklingshemmede før de integreres i ordinært tilbud. Dette er prøvd ut i Rana kommune med gode erfaringer. Andre modeller som skal prøves ut i Rana er:

- «kvalifiserende» kurs som er kurs som går over ett semester, og som har som målsetting å gi opplæring nok til at deltakerne neste semester kan delta på og ha utbytte av et ordinært kurs
- opplæring og
- ekstra lærer på kursene
- opplæring og veiledning av lærerne
- informering og motivering av andre deltakere.

Norges Idrettsforbund har et eget utvalg for psykisk utviklingshemmede, «Idrett for psykisk utviklingshemmede». Dette utvalget har utarbeidet følgende modeller for idrettslige aktiviteter som bør kunne være overførbare til også andre fritidsaktiviteter («Idrett for alle», 1990).

«Individuell, ordinær deltakelse i aktiviteter.

Deltakeren går inn i et allerede eksisterende tilbud i idrettslaget på vanlig måte, gjerne med en støtteperson ved sin side i begynnelsen. Dette burde være enkelt å gjennomføre i ulike trim/mosjonsaktiviteter der den enkeltes yteevne ikke er avgjørende for deltakelse. I en fri-idrettsgruppe, skigruppe o.l. burde dette gå greit.

Gruppedeltakelse, integrert aktivitet. Det tilrettelegges for at flere psykisk utviklingshemmede driver idrett hvor de trener og deltar «blandet» med resten, med felles trenere og ledere. Modellen passer godt i individuelle idretter.

Gruppedeltakelse, parallell/fellesaktivitet. Det tilrettelegges for at en gruppe av psykisk utviklingshemmede deltar med egen trener på tilpasset nivå, mens resten driver samme idrett på sitt nivå med sin trener. Dette er en modell som er brukt av flere svømmeklubber og i ballspill.

Gruppedeltakelse - egne tilbud. Dette kan være en mulig løsning på steder der det bor flere psykisk utviklingshemmede og for de som har liten idrettslig erfaring. Det er da viktig at de psykisk utviklingshemmede medlemmene får anledning til å føle identitet med resten av laget gjennom samme klubbdrakt, sosiale arrangementer, dagnader osv.

Mosjonsskole-modellen. Mange voksne psykisk utviklingshemmede har lite idrettslig erfaring. Da kan Mosjonsskole være aktuelt for dem på lik linje med andre, inaktive voksne. Å være med på Mosjonsskole kan også være springbrett til å velge andre aktiviteter i laget.

Idrettsskole-modellen. I mange kommuner tilbys det nå idrettsskoler for barn - der unge får prøve ut flere aktiviteter. For psykisk

utviklingshemmede barn vil det også være aktuelt å være med på et slikt tiltak siden de som oftest er integrert i barnehager og skoler. Idrettsskoler for voksne psykisk utviklingshemmede har vært utprøvd, ofte i samarbeid med ulike særkretser.

Trenere på disse skolene har som regel vært rekruttert fra ordinære idrettslag, og det har vist seg at de med sin kjennskap til idretten har taklet utfordringen med psykisk utviklingshemmede uten store problemer.»

Støttekontakter

Det vil være et stort behov for støttekontakter. Enkelte vil trenge hjelp til å komme til og fra en aktivitet. Andre vil ha behov for hjelp til å utføre selve aktiviteten. Andre igjen vil trenge sosial støtte. Målet er at støttekontakten i så stor grad det er mulig skal selvstendiggjøre den enkelte psykisk utviklingshemmede.

Det er viktig at støttekontakten er bevisst på at den psykisk utviklingshemmede skal integreres i et miljø. For mange har det ofte dreid seg om aktiviteter som kafebesøk, kino og teater, og svært lite om faste ukentlige aktiviteter. Dette gir små muligheter for sosial kontakt med andre utenom støttekontakten og muligheter til å få egne venner.

Støttekontakten bør få mer veiledning og oppfølging enn hva tilfellet er i dag. I dag er denne tjenesten lite stabil. Arbeidet er lavt betalt. Hovedsaklig er det elever i videregående skole som påtar seg dette arbeidet for jevnaldrende, og slutter når de slutter skolen. Voksne psykisk utviklingshemmede har ofte et dårligere støttekontakttilbud.

Støttekontaktmidlene dekker et begrenset antall timer i uka. Disse er ofte knyttet til faste dager, og det gir den psykisk utviklingshemmede liten mulighet til å delta på kulturtilbud til andre tider.

Støttekontaktordningen bør derfor gjøres vesentlig mer stabil og fleksibel enn det den er i dag. Følgende modeller kan være aktuelle:

- Transportører som besørger transport til og fra et kulturtilbud.
- Ledsagere som hjelper til i aktivitetene. Bamble og Kragerø kommune har opprettet en fritidsassistenttjeneste. Disse fritidsassistentene rekrutteres hovedsaklig fra den aktiviteten den psykisk utviklingshemmede ønsker å delta i. Man kan også tenke seg en mer frivillig fadderordning som det er vanlig at enkelte foreninger benytter for yngre eller nye medlemmer.
- Instruktører som tilrettelegger aktiviteter.
- Personale som hjelper psykisk utviklingshemmede til rette for å benytte kulturtilbud, eksempelvis ansatte i en svømmehall

som kan hjelpe til med av- og påkledning, ansatte på kino eller teater som kan anvisse plass etc.

- Kontaktpersoner som er en personlig støtte, ikke bare til praktiske gjøremål, men også i en sosial sammenheng. Dette tilsvarer dagens støttekontakttjeneste med en til en funksjon.

En fleksibel ordning tar utgangspunkt i den enkelte psykisk utviklingshemmedes behov. Kommunene bør ha oversikt over behovene og skaffe til veie støttekontakter til de ulike funksjonene. I noen tilfelle vil det være en fordel å gi midler til den enkelte forening som da forplikter seg til å fylle funksjonene.

Rana kommune har i tillegg til faste støttekontakter også knyttet til seg en del personer som kan kontaktes på kort varsel for å dekke opp umiddelbare behov.

Transport

Transport vil være et stort behov for mange psykisk utviklingshemmede for å kunne benytte aktuelle kultur- og fritidstiltak. Det hjelper ikke om tilbudene er godt tilrettelagt, dersom transport ikke besørges.

I lag- og foreningsliv er det ofte vanlig at foreldre bytter på kjøringen eller at flere medlemmer kjører sammen. Det er naturlig at også psykisk utviklingshemmede tas med på samme måte som alle andre.

Dersom slike uformelle transportordninger ikke finnes, bør kommunene bidra til å få dem etablert. I denne forbindelse kan det bli være naturlig å ta kontakt med ulike humanitære organisasjoner.

Forøvrig kan man benytte de offentlige spesialtransportordninger som fylkeskommunene har ansvaret for å etablere.

Motivasjon/informasjon

Godt utbygd støttekontaktordning og transportordning er ment som viktige forutsetninger til å kunne benytte ulike fritidstilbud. Like viktig er å gjøre psykisk utviklingshemmede kjent med hvilke tilbud som finnes og hva de går ut på. Psykisk utviklingshemmede har liten tradisjon på å velge aktiviteter selv. Deres valg har i stor grad vært styrt av personalet ved institusjonen og skole eller familie. Psykisk utviklingshemmede bør så langt det er mulig oppøves til selv å kunne ta initiativ og ansvarliggjøres for sin egen fritid.

Det er mange aktiviteter som vil være aktuelle for psykisk utviklingshemmede, men som de ikke har erfaring med. P.g.a. manglende forestillingsevne, vil ofte ikke verbal informasjon være tilstrekkelig. Det er derfor nød-

vendig for mange psykisk utviklingshemmede å få mulighet til å utprøve ulike aktiviteter for å kunne velge.

5.4.3 Offentlige oppgaver

Det vil være kommunenes ansvar å sørge for at det finnes et godt tilrettelagt kultur- og fritidstilbud for psykisk utviklingshemmede. Kommunen bør være et koordinerende og informerende organ. Psykisk utviklingshemmede bør få fra kommunen opplysninger om aktuelle fritidstilbud. Lag og organisasjoner bør også kunne få informasjon fra det offentlige om hvordan de skal tilrettelegge sine tilbud for psykisk utviklingshemmede. Kommunene bør også drive en utadrettet informativ virksomhet for å opplyse lag og organisasjoner om at deres tilbud vil kunne være aktuelle.

Kommunen må også sørge for at spesielle tjenester, som bl.a. støttekontakt, transport til psykisk utviklingshemmede blir ivaretatt, dersom det er behov for dette for å kunne delta i ulike tilbud.

Selv om det formelle ansvaret ligger hos offentlige organ, ligger det medmenneskelige ansvar hos alle. Det er ingen grunn til å vente på initiativ fra det offentlige for å iverksette tiltak.

For å gi et godt tilrettelagt kultur- og fritidstilbud for psykisk utviklingshemmede er kommunene avhengige av et godt samarbeid med de ulike nivå i den offentlige sektor, et tverrsektorielt samarbeid og et samarbeid med de frivillige organisasjonene.

Det vil melde seg et stort behov for kursing av personell til å tilrettelegge tilbud for gruppen psykisk utviklingshemmede. Det er naturlig at sentrale og fylkeskommunale organ legger forholdene bedre til rette for å drive opplysnings- og opplæringsvirksomhet. Kommunene bør dra nytte av den ekspertise som finnes hos kulturarbeidere på institusjoner.

En forutsetning for økonomisk støtte fra Kirke- og kulturdepartementet til kulturhus, allaktivitetsbygg, idrettsanlegg er at de skal være tilpasset funksjonshemmede. Mange psykisk utviklingshemmede har også en fysisk funksjonshemming. Tverrsektorielt samarbeid vil være hensiktsmessig for å samordne tiltak og tjenester for å utnytte ressursene best mulig for den enkelte psykisk utviklingshemmede.

Frivillige organisasjoner og lag blir svært viktige samarbeidspartnere. Deres arbeid er i alt vesentlig grad basert på frivillig innsats. Dersom psykisk utviklingshemmede har behov for spesiell tilrettelegging eller instruks-

jon, bør kommunen yte bistand til vedkommende lag eller forening. Flere kommuner har gitt økonomiske midler ut over det vanlige tilskuddet til organisasjoner som aktivt går ut og markedsfører sine tilbud for psykisk utviklingshemmede. Det bør ellers være et krav for å få det vanlige kommunale driftstilskudd at tilbudene er åpne for alle, også psykisk utviklingshemmede.

5.4.4 Aktuelle tilbud og aktiviteter

Kirken

Når det er snakk om det offentlige ansvar for å legge tilrette for integrering av psykisk utviklingshemmede i kultur- og fritidstiltak i lokalsamfunnene, blir det naturlig å nevne Den norske kirke særskilt. Statskirkeordningen, som innebærer at stat og kommune har ansvar i forbindelse med kirkens funksjoner, betyr at også kirkens bidrag må planlegges.

Kirken er av våre eldste kulturinstitusjoner, med lange tradisjoner som kulturformidler. Kirken står i lokalsamfunnet for en rekke tilbud som skal være åpne også for psykisk utviklingshemmede, tilbud som skaper fellesskap og tilhørighet.

Det er kirkens ansvar å legge til rette for at de psykisk utviklingshemmede kan betjenes på linje med andre når det gjelder faste tjenestetilbud, slik det f.eks. knytter seg til gudstjenestefellesskapet, til kirkens konfirmasjonsarbeid og til kirkens arbeid med å møte mennesker i sorg.

Det frivillige kirkelige foreningsliv og aktivitetstilbud, med fellesskapstiltak på barne-, ungdoms- og voksenplan er naturlige som samarbeidspartnere når de psykisk utviklingshemmede skal gis mulighet til å ta del i lokalsamfunnet.

Større sentralinstitusjoner innenfor HVPU har hatt egen kirkelig betjening, ansatt over institusjonenes egne budsjetter. Det må på sentralt hold i kirken legges planer for hvordan den fagkunnskap for kirkelig betjening av psykisk utviklingshemmede som er utviklet i forbindelse med institusjonene, kan bli tatt vare på i kirken og komme de enkelte lokalmenheter til gode.

Det er naturlig at bispedømmerådene, der det i hvert bispedømme er ansatt en *diakonikonsulent* med særlig ansvar for å utvikle omsorgsarbeidet i kirken, engasjerer seg i et planarbeid for å støtte de lokale menigheter når de skal forberede seg på de utfordringer reformen gir det lokale kirkeliv.

I lokalsamfunnet går kirken inn i rekken av instanser/organisasjoner som utfordres til samarbeid. Reformen vil utfordre lokalmiljøene til å bryte grenser og stå sammen med

psykisk utviklingshemmede i medmenneskelig solidaritet. Også på det holdningsskapende området vil kirken ha oppgaver her.

Barne- og ungdomsorganisasjonene

Frivillige barne- og ungdomsorganisasjoner har et bredt spekter av aktivitetstilbud, men vil i mange tilfeller mangle erfaring og nødvendig faglig kunnskap for å tilpasse virksomheten slik at psykisk utviklingshemmede kan delta på en meningsfylt måte. Gjennom organisasjonenes tillitsvalgte og organisasjonenes kurs- og konferansevirksomhet vil det ligge godt til rette for nødvendig kunnskapsformidling. Offentlige myndigheter og frivillige organisasjoner kan med fordel samarbeide om tilrettelegging av materiell og kursvirksomhet.

Fritidsklubber - allaktivitetshus - fritidssentra

I vilkårene for statstilskudd til fritidsklubber, allaktivitetshus, fritidssentra o.l. er det en forutsetning for å få tilskudd at tiltakene er åpne for all ungdom. Særlig skal det legges til rette for barn og unge som ikke, eller i liten grad, deltar i annen organisert virksomhet. Dette gjelder fysisk tilgjengelighet og tilrettelegging av aktiviteter.

Det er i enkelte kommuner opprettet fritidstiltak der psykisk utviklingshemmede har særlige tilbud eller tiltak der psykisk utviklingshemmede på ulike måter er integrert i den ordinære virksomheten. Det er den enkelte kommune som står faglig ansvarlig for opprettelse og drift av fritidsklubber m.v. Det vil derfor være en særlig utfordring for kommunene ved planlegging av ny og tilrettelegging av igangværende virksomhet å ta hensyn til de psykisk utviklingshemmedes særlige behov. Tverretattlig samarbeid, samarbeid med de psykisk utviklingshemmede og deres foresatte, og med frivillige organisasjoner bør danne grunnlaget for planlegging og tilrettelegging av virksomheten.

Bibliotek, litteratur

Biblioteket bør ha tilbud til psykisk utviklingshemmede i alle aldersgrupper og kunne yte den hjelp de trenger for å finne frem til aktuelle bøker, musikk- eller videokassetter. Det bør vurderes muligheter for å utvikle mer litteratur tilpasset psykisk utviklingshemmet ungdom og voksne. Det tenkes bl.a. på bøker med stor skrift og flere illustrasjoner.

I dag gir bibliotek tilbud om høytlesning for barn. Denne tjenesten kan benyttes av andre som har behov for det.

Den oppsøkende bibliotekstjenesten vil og-

så være et aktuelt tilbud for mange psykisk utviklingshemmede.

Kino, teater

Når det gjelder teater burde forholdene ligge godt til rette for at nær alle grader av psykisk utviklingshemmede og også alle aldersgrupper skal kunne godtgjøre seg tilbud. Både i form og innhold er det et stort spenn i de teatertilbud som bør kunne gis til psykisk utviklingshemmede både som publikummere og som aktive utøvere.

Det profesjonelle teatret - der det finnes - vil kunne gi tilbud på alle nivå og henvendt til forskjellige grupper innenfor barne- og ungdomsteater, dukketeater, familie- forestillinger og voksteater; mime, sang/musikk, dans og tale.

Etter avtale med et profesjonelt teater - eller med en eller flere frie sceniske grupper - vil det være mulig å lage egne forestillinger, også oppsøkende.

Det utdannes i dag en rekke teaterinstruktører og -pedagoger som virker innenfor amatørteater. Psykisk utviklingshemmede kan enten delta i allerede eksisterende amatørteatergrupper, eller det kan opprettes egne grupper, slik det i noen grad allerede har skjedd. Av tilbud kan også nevnes Senior teatret i Oslo, som har eldre og uføre som særskilt målgruppe, og gir teatertilbud på dagtid.

Teater - fra tilskuerplass og/eller som aktiv medvirkende - bør være et spesielt aktuelt tilbud til psykisk utviklingshemmede.

Også når det gjelder kino er det et stort spenn i tilbudet som mange psykisk utviklingshemmede kan benytte og ha glede av. Imidlertid vil tilbudet være begrenset for den gruppen som har problemer med å forstå utenlandske filmer.

Kunst, kunstutstillinger, museer

Psykisk utviklingshemmede bør i større grad oppmuntres til å besøke kunstutstillinger og museer. Museene er i dag vant til å legge opp omvisninger og andre formidlingstilbud på en måte som tar utgangspunkt i publikums varierende forutsetninger. De fleste museer vil dermed være i stand til å gi tilbud som på en fleksibel måte kan tilpasses også de spesielle behov som ulike grupper av psykisk utviklingshemmede vil ha.

Ved siden av ordinære åpningstider tilbyr mange museer forhåndsavtalte besøk. Dette gjør det lettere å innarbeide museumsbesøk i faste undervisningsopplegg, også for psykisk utviklingshemmede. Den visuelle og ofte håndgripelig konkrete kommunikasjonsformen som konstituerer et museum, burde lig-

ge særlig vel til rette for denne gruppen. De mulighetene for aktivisering og opplevelses-tilbud som ligger i museene, er trolig en ressurs som hittil ikke er utnyttet i tilstrekkelig grad i arbeidet med psykisk utviklingshemmede.

Musikk

Musikktiltak for psykisk utviklingshemmede har eksistert i mange år både igjennom de kommunale musikkskolene og i privat regi.

Tilbudene er gitt integrert og segregert. Rockegrupper som Dissimilis, Ragnarock og Proffene er kjente fra radio, TV og utallige konserter. Som eksempel kan også nevnes Torshov korpset, Oslo og Tveiterås skolekorps i Bergen.

«Gløppen prosjektet» i Sogn og Fjordane kan vise til gode erfaringer gjennom samarbeid mellom skole, musikkskole og det frivillige musikklivet.

Norges Sang- og Musikkråd har i handlingsplanen for 1989-1991 gitt høy prioritet til arbeidet med HVPU-reformen. Planen legger opp til informasjonsvirksomhet, opplæringsvirksomhet, planlegging og gjennomføring av tiltak. Det er innledet et samarbeid med Norsk Forening for Musikkterapi, Norsk Forbund for Psykisk Utviklingshemmede, Kommunenes Sentralforbund, Fylkeskommune, flere departement og andre statlige organisasjoner og institusjoner innen helse, musikk og kultur.

Musikkterapiutdanningen ved Østlandets Musikkonservatorium og ved Høgskolen i Sandane er også sentrale samarbeidspartnere.

Idrett

Norges Idrettsforbund har opprettet et eget utvalg «Idrett for psykisk utviklingshemmede» eller IPU-utvalget. Det er opprettet egne IPU-utvalg i de fleste idrettskretsene. Utvalget består vanligvis av representanter fra idrettskretsen, handicapidrettskretsen, fylkeskulturetaten og foreldreorganisasjonen. NIF fattet i juni 1988 følgende vedtak («Idrett for alle», NIF, 1990):

«Målsettingen for Norges Idrettsforbund er å integrere idrett for psykisk utviklingshemmede i organisasjonens ordinære aktivitetstilbud, og gjennom de ordinære organisasjonsledd. Arbeidet blir

derfor en integrert bestanddel i de oppgaver som NIF's lov og vedtekter er tillagt idrettskretser, særforbund, særkretser, kontaktutvalg og idrettslag.

- Norges Idrettsforbund og dets organer på forbunds-, krets- og lagsplan skal i arbeidet for psykisk utviklingshemmede legges spesiell vekt på samarbeidet med de offentlige myndigheter og aktuelle frivillige organisasjoner.
- Det overordnede ansvar for NIFs fremtidige arbeid med idrett for psykisk utviklingshemmede tillegges Idrettsstyret og utøves gjennom et eget utvalg. Utvalget oppnevnes av Idrettsstyret.»

Et annet satsingsområde for Norges Idrettsforbund er «Idrettslaget i Sentrum» eller «ILIS». Målsettingen med ILIS er å få idrettslaget til å være mer målrettet og vurdere sin virksomhet slik at det på en bedre måte kan møte behov i lokalmiljøet. Integrering av psykisk utviklingshemmede vil være en av oppgavene idrettslaget kan få. I dag er det omlag 250 idrettslag som gir tilbud til psykisk utviklingshemmede.

Helge- og ferietilbud

Helger og ferier er tider som vil kunne falle lange dersom de ikke blir benyttet på en måte som oppleves som meningsfylt.

Ferien er også en tid da tilbudet for øvrig er mer begrenset da støttekontakter og det faste bopersonalet har fri og de faste ukentlige aktivitetene ofte har en pause.

Når det gjelder de eksisterende helge- og ferietilbudene i den enkelte kommune, vil de være aktuelle også for psykisk utviklingshemmede uten spesiell tilrettelegging.

Det må informeres om tilbudene, og det trengs hjelp til å organisere ferien.

Mange psykisk utviklingshemmede vil ha behov for spesielt tilrettelagt ferieopplegg.

Flere organisasjoner arrangerer ulike integrerte ferie- og fritidstilbud for funksjonshemmede. Dette er tilbud både innenlands og utenlands.

Austjord HVPU i Ringerike kommune har i samarbeid med den lokale turistforening lagt opp turer spesielt med tanke på gruppen psykisk utviklingshemmede.

Det burde være flere muligheter for kommunene til å gi et tilbud i helger og ferier ved å samarbeide med ulike organisasjoner.

KAPITTEL 6.

Rettigheter og rettssikkerhetsspørsmål.**6.1 INNLEDNING.**

Mennesker med psykisk utviklingshemming er mer enn de fleste avhengig av at andre ivaretar deres rettssikkerhet og at de får hjelp til å gjøre sine rettigheter gjeldende. Utenfor institusjon vil mange være avhengig av hjelp etter kommunehelsetjenesteloven, lov om sosial omsorg og diverse kommunale ordninger som hjelpeordningene for hjemmene og støttekontaktordninger. Ingen av de nevnte lovene eller hjelpeordningene sikrer lovbestemte rettigheter i enhver situasjon, men tar sikte på at det er behovene som skal dekkes.

Av stor betydning er ellers at mennesker med psykisk utviklingshemming skal kunne gjøre sine trygderettigheter gjeldende.

Det er også viktig at man er oppmerksom på at disse menneskene lett kan bli utnyttet av andre, f.eks. bli narret til ukloke økonomiske disposisjoner, eller til handlinger de ikke forstår konsekvensene av.

Mange vil således ha behov for hjelp til å ivareta sine interesser og kan derfor trenge hjelpeverge eller eventuelt verge. Men det er også viktig at kommunale og andre offentlige myndigheter er påpasselige og hjelper dem som trenger det til rette, f.eks. er behjelpelige med å utforme søknader og klager.

Nedenfor gjøres det rede for en del sentrale regler og ordninger av betydning for de psykisk utviklingshemmede.

6.2 RETTSLIG HANDLEEVNE.

Rettslig handleevne er evnen en person har til selv å foreta handlinger som stifter rettigheter eller plikter. Denne evnen deles i to; *rettslig disposisjonsevne* og *rettsbruddsevne*. Med andre ord: I tillegg til å binde seg ved en rettslig disposisjon (avtale eller ensidig løfte) kan den som har rettslig handleevne bli ansvarlig for straffbare eller skadevoldende handlinger.

Når det gjelder *rettsbruddsevnen* har vi regler som fritar personer under 15 år (straffeloven § 46) og sinnssyke og bevisstløse (straffeloven § 44) fra straffansvar. Vi har også regler som begrenser det ordinære straffansvaret for personer med «mangelfullt utviklede eller svekkede sjelsevner» (ifølge straffeloven § 39a nr. 2 kan det overfor disse anvendes sikrings-

midler i stedet for straff og forvaring). Skadeserstatningsloven §§1-1 og 1-3 begrenser erstatningsansvaret for barn og ungdom under 18 år og for den som er «sinnssyk, åndssvak, bevisstløs eller befinner seg i en lignende forstyrrelse av sinnstilstanden».

For å verne de som ikke i rimelig grad selv kan vareta sine interesser har vi regler som begrenser slike personers *rettslige disposisjonsevne*. I tillegg har vi regler om rettslige stedfortredere som kan handle på deres vegne og forvalte deres midler. De viktigste reglene om dette har vi i lov 28. november 1898 om umyndiggjøring og i lov 22. april 1927 om vergemål for umyndige. Dessuten gjelder alminnelige avtalerettslige ugyldighetsregler og forskjellige regler om rådighetsinnskrenkninger og disponering av midler på særskilte områder i spesiallovgivningen.

Vi har ingen lovregler som spesielt regulerer de psykisk utviklingshemmedes rettslige disposisjonsevne. Dersom den psykisk utviklingshemmede er under 18 år eller umyndiggjort, vil de reglene som gjelder for disse gruppene komme til anvendelse. Etter vergemålsloven § 2 er hovedregelen at den som er umyndig ikke selv kan råde over sine midler eller binde seg ved rettshandel. Hvis den psykisk utviklingshemmede er myndig, er utgangspunktet at vedkommende har sin rettslige disposisjonsevne i behold. De generelle reglene i lovverket som tar sikte på å verne en svakere part/den som ikke kan vareta sine interesser kan imidlertid komme til anvendelse.

6.3 UMYNDIGGJØRING.

Det mest omfattende inngrep i voksne personers råderett er umyndiggjøring. Den umyndiggjorte mangler som hovedregel rettslig disposisjonsevne (vergemålsloven § 2, jfr. likevel § 34) og dessuten råderett eller kompetanse i forskjellige personlige forhold etter særregler i spesiallovgivningen. Vilkårene for umyndiggjøring og saksbehandlingsreglene reguleres av umyndiggjøringsloven. Vilkårene er strenge, og de er også tolket strengt i rettspraksis. Spørsmålet om en person bør umyndiggjøres må bero på en konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle. Bl.a. må det vurderes om mindre drastiske tiltak basert på frivillighet (f.eks. oppnevning av hjelpeverge) vil

være tilstrekkelig til å gi vedkommende det nødvendige vern mot egne uheldige disposisjoner eller utnyttelse av andre. Det er vergemålsretten som må ta stilling til spørsmålet. Vergemålsretten består av en dommer i herreds- eller byretten og to medlemmer av forliksrådet. For nærmere orientering om vilkårene for umyndiggjøring og saksbehandlingsreglene vises til Sosialdepartementets rundskriv I-57/89. I dette rundskrivet er det også gitt en generell orientering om vergeordningen for umyndige.

6.4 HJELPEVERGEORDNINGEN.

Justisdepartementet fremmet 30.3.90 en odelstingsproposisjon om endringer i umyndiggjøringsloven og vergemålsloven, jfr. Ot.prp.nr.45 (1989-90) Om lov om endringer i vergemålsloven m m (hjelpevergeordningen m m). Proposisjonen ble godkjent i statsråd samme dag. Endringene går særlig ut på å utvide og presisere reglene om hjelpeverge med sikte på å styrke rettssikkerheten for bl.a. aldersvekkede og psykisk utviklingshemmede.

Hjelpevergeordningen praktiseres i dag forskjellig og brukes i atskillig utstrekning ut over det strengt lovbestemte virkeområdet i vergemålsloven § 90a («sinnssykdom eller annen sinnslidelse»). Det har derfor lenge vært et ønske om å utvide lovens kriterier for å oppnevne hjelpeverge. Ved overføring av psykisk utviklingshemmede til åpen omsorg i kommunene må en regne med at behovet for hjelpeverger vil øke.

Forslagene til lovendringer bygger på forutsetningen om at umyndiggjøring ikke skal foretas når vedkommendes interesser på hensiktsmessig måte kan varets gjennom oppnevning av hjelpeverge eller andre mindre inngripende tiltak. Det er derfor foreslått at kriteriene for å oppnevne hjelpeverge utvides til ikke bare å omfatte de som har en sinnssykdom eller annen sinnslidelse, men også personer som p.g.a. andre psykiske forstyrrelser, senil demens, psykisk utviklingshemming eller legemlig funksjonshemming ikke kan varets sine interesser. Samtidig er det foreslått at saksbehandlingsreglene blir presisert og utbygd, bl.a. ved nye regler om hvem som kan begjære oppnevning av hjelpeverge, tilfredsstillende legeerklæring, domstolskontroll og fastsetting av hjelpevergens oppdrag. For å styrke kontrollen med hjelpevergene er det foreslått at overformynderiet skal kunne bestemme at midler som omfattes av hjelpevergens oppdrag, skal forvaltes av overformynderiet. Som ett av flere tiltak for å bedre tilgangen på verger/hjelpeverger er det fore-

slått en viss utvidelse av mulighetene til å gi disse godtgjøring.

På grunn av sammenhengen med hjelpevergereglene er det også foreslått endringer i umyndiggjøringsloven om hvem som kan begjære umyndiggjøring og meldeplikt for institusjoner m.m. dersom det anses å være behov for umyndiggjøring eller oppnevning av hjelpeverge.

Inntil nye regler er vedtatt og satt i kraft må gjeldende regler om hjelpevergeordningen følges. I rundskriv I-57/89 har Sosialdepartementet gitt en nærmere orientering om disse reglene. Som eksempler på aktuelle oppdrag for hjelpevergene nevnes forvaltning av trygdemidler og annen inntekt, evt. formue. Behov for hjelpeverge kan ellers være aktuelt i forbindelse med spørsmål om hvor den psykisk utviklingshemmede skal bo etter utflytting fra institusjon, ved spørsmål om å eie eller leie egen bolig, og når det gjelder å ivareta den psykisk utviklingshemmedes interesser overfor det offentlige tjenesteapparatet, f.eks. ved klage.

Hjelpevergens primære funksjon består i å være økonomisk forvalter og rettslig stedfortreder. En utbygd hjelpevergeordning kan ikke erstatte det alminnelige sosiale støtteapparatet. I tillegg til å vurdere behovet for hjelpeverge bør en f.eks. vurdere å oppnevne støttekontakt for den psykisk utviklingshemmede. En støttekontakt kan eventuelt oppnevnes i tillegg til hjelpeverge. For øvrig vises til det rettssikkerhetsutvalget som er omtalt nedenfor under pkt. 6.10. Ifølge mandatet skal dette utvalget også vurdere betydningen av støttekontakt- og verge-/hjelpevergeordninger.

6.5 FORSKRIFT OM KLAGE.

Med hjemmel i lov av 10. juni 1988 nr. 48 - om avvikling av institusjoner og kontrakter om privatpleie under det fylkeskommunale helsevernet for psykisk utviklingshemmede - § 11 fjerde ledd, har Sosialdepartementet fastsatt forskrift om klage og omgjøring av vedtak i forbindelse med reformen for å ivareta HVPU-brukernes rettssikkerhet (forskrift av 12. mai 1989 - Rundskriv I-30/89.)

Utskriving fra institusjon eller privatpleie under HVPU skal ikke iverksettes før det kommunale tilbud er tilfredsstillende. Videre kan det klages over flytting fra en HVPU-institusjon til en annen, tap av fast dagplass eller avlastningsplass og avslag på søknad om midlertidig opptak i HVPU-institusjon. Dersom den psykisk utviklingshemmede har fått avslag på søknad om hjelp til å etablere seg i en annen kommune enn bostedskommunen (etter lov om sosial omsorg § 6, jfr. sykehuslo-

ven § 12 åttende ledd) kan vedkommende klage over kommunenes vedtak. Klageinstans er fylkesmannen.

6.6 INSTITUSJONER I AVVIKLINGSFASEN - TILSYN OG TVANGSMIDLER.

Gjeldende instruks for tilsynsutvalg for helsernet for psykisk utviklingshemmede er fastsatt av Sosialdepartementet 1. juni 1977 med hjemmel i sykehuslovens § 3 tredje ledd, jfr. kongelig resolusjon av 28. februar 1975 (se rundskriv I-1064/77.)

Gjeldende forskrift om begrenset adgang til bruk av tvangsmidler m.v. er gitt ved kongelig resolusjon av 3. juni 1977 med senere endringer (se rundskriv I-1035/83.)

I den midlertidige lov om avvikling av institusjoner m.v. av 10.juni 1988 nr. 48 heter det i § 4 tredje ledd:

«Departementet kan for tiden etter 1. januar 1991 gi forskrifter om tilsyn og begrenset adgang til bruk av tvangsmidler for institusjoner som er besluttet nedlagt, men som fortsatt er i drift.»

Slike forskrifter vil nå bli utarbeidet. Det er på det rene at dagens ordning hva gjelder tilsynsutvalg vil bli videreført uten vesentlige endringer for de institusjoner som ikke er nedlagt pr. 1.1.91 og for det tidsrom disse fortsatt skal drives. Forslag til nye regler om tvangsmidler vil bli utarbeidet av det «rettsikkerhetsutvalg» som er omhandlet i pkt. 6.10.

6.7 KOMMUNENES ANSVAR.

Den som skrives ut fra HVPU kan klage til fylkesmannen dersom det tilbud han eller hun skrives ut til ikke er minst like godt som det tilbudet vedkommende hadde før utskrivningen. Men når utskrivning er skjedd, har vedkommende ikke lenger særlige rettigheter fremfor andre.

Lov om sosial omsorg bestemmer at det skal ytes hjelp til den som ikke er i stand til å sørge for sitt livsopphold eller til å dra omsorg for seg selv. De former for hjelp loven angir kan imidlertid vise seg å være utilstrekkelige i forhold til de behov mange psykisk utviklingshemmede har. Loven er da heller ikke utformet med denne gruppens behov for øyet.

Når de psykisk utviklingshemmede nå skal få sine tjenester gjennom det ordinære kommunale apparat, blir det snakk om å dekke andre behov enn det kommunene så langt har hatt ansvar for. De fleste vil f.eks. ikke selv være i stand til å skaffe seg tilfredsstillende bolig, dagtilbud/arbeid eller fritidsaktiviteter.

Det er et spørsmål om dagens regler i tilstrekkelig grad fanger opp de særlige behov mange innenfor denne gruppen har, og om reglene sikrer at disse behovene blir dekket.

I NOU 1989:17 Tjenestetilbud til autister drøftes også forhold vedrørende rettigheter. Utvalget mener, i likhet med departementet, at det ikke bør knyttes spesielle rettigheter - eller plikter - til diagnosen autisme. Utvalget mener imidlertid at det er behov for en gjennomgang av lovverket med sikte på å sikre tiltak og tjenester fra det offentlige til personer med sammensatte, omfattende og langvarige behov, og mener at rettighetsfesting i første omgang må prioriteres for disse.

Høringsinstansene har også drøftet dette punkt, og det pekes på at det er viktig at de som er svakest stilt og har størst behov for bistand blir sikret å få de tjenester de har behov for.

Rådet for funksjonshemmede ber departementet, i forbindelse med arbeidet med ny sosiallov, å vurdere spørsmålet om rettigheter for dem med store, langvarige og sammensatte behov.

Fylkesmannen i Finnmarks uttalelse er representativ for flere av høringsinstansene når det derfra heter: «Vi ser nødvendigheten av en snarlig og grundig gjennomgang av lovverket og støtter utvalget i bruk av tiltaksplaner som et utgangspunkt for å knytte rettigheter til et helhetlig tilbud.»

Regjeringsadvokaten mener at forholdet mellom på den ene side det offentliges rett og plikt til å disponere sine ressurser og på den annen side lovfesting av rettigheter som kan håndheves av domstolene bør vurderes på et mer generelt og prinsipielt grunnlag.

Kommunaldepartementet mener at en gjennomgåelse på dette området kan knyttes til det pågående arbeid om pasientrettigheter.

Helsedirektoratet uttaler seg ikke spesielt om lovfestede rettigheter, men mener fylkeslegekontorene bør settes i stand til å følge med i at klienter med funksjonshemminger får akseptable tilbud.

Kommunenes Sentralforbund mener at det utvilsomt er behov for en generell gjennomtenkning av bruken av rettigheter i forhold til offentlige tjenester før det tas stilling til utvalgets forslag på spesielle prioriterte områder for grupper med særlige behov.

Departementet vil vurdere hvordan man kan arbeide videre i forhold til de problemstillinger som her er reist i Autist-utvalgets innstilling og kommentert av høringsinstansene.

Spørsmålet om rettighetsfesting reiser prinsipielle problemstillinger, men også mer konkrete i forholdet til de enkelte lover på områ-

det. Spørsmålet må sees i sammenheng med annet pågående arbeid, f. eks. vedrørende pasientrettigheter. Videre vil det i forbindelse med en ny fremleggelse av forslag til lov om sosiale tjenester m.v. være aktuelt å vurdere spørsmål om rettigheter også i lys av synspunkter som er fremkommet og erfaringer en har vunnet under arbeidet med gjennomføringen av HVPU-reformen.

6.8 BARNEVERNLOVEN OG HVPU-REFORMEN.

1. Anvendelsen av barnevernloven på psykisk utviklingshemmede.

Barnevernloven omfatter alle barn og gjelder naturligvis også for psykisk utviklingshemmede. En del av de barn som har vært HVPU-klienter har også vært under omsorg av barnevernsnemnda. De aller fleste har imidlertid vært plassert i institusjonene i medhold av foreldrenes beslutning i kraft av deres foreldreansvar, uten å gå veien om noe barnevernsvedtak.

Erfaringene med planleggingen av HVPU-reformen hittil tyder imidlertid på at den reiser enkelt spørsmål mht barnevernlovens rekkevidde som hittil ikke har vært overveid.

2. Barnevernlovens inngrepskriterier

Barnevernlovens utgangspunkt er i grove trekk at barn kan tas under omsorg enten når det ikke får tilstrekkelig omsorg fra foreldrene i forhold til sine behov eller selv viser tilstrekkelig dårlig tilpasning til omgivelsene. Dette omfatter også, naturligvis, psykisk utviklingshemmede.

Dette innebærer ikke at foreldre bare kan fraskrive seg ansvaret for barnet og overlate det til barnevernet. I foreldreansvaret etter barneloven ligger en plikt til å gi forsvarlig omsorg så langt man kan. Først når man ikke makter å dekke barnets behov, kan barnevernet gripe inn.

Dette er det teoretiske utgangspunktet, i praksis er det annerledes. Dersom foreldre motsetter seg å ta seg av barnet, har man ingen anvendelige maktmidler som kan tvinge dem til det. I såfall blir barnet barnevernets ansvar. Dette gjelder uansett det formelle forholdet mellom barnevernlov og barnelov. Men det formelle forholdet gjør tross alt at det ikke er barnevernets oppgave å bøye seg for foreldrenes «ubestridte ønske».

Barnevernloven bygger nok på den underforståtte forutsetning at foreldre gjerne vil ta seg av barna sine og at de iallfall er helt uegnet hvis de ikke vil det.

Denne forutsetningen holder ikke nødvendigvis helt ut i de psykisk utviklingshemme-

des tilfelle (og ikke alltid når det gjelder atferdsvansker heller). Vi står dermed i en situasjon som lovgivningen ikke har noe helt godt svar på.

Særlig gjelder dette når saken også har en økonomisk side. Så lenge barnet bor hjemme, vil utgiftene til hjelpetiltak være et kommunalt ansvar. Dersom barnevernet overtar omsorgen og plasserer barnet i en barneverninstitusjon eller barnevernstiltak, følger det av barnevernloven § 65 a at kommunen i utgangspunktet bare skal dekke utgifter etter en sats fastsatt av departementet, rundt 80 000 kr pr år. Resten er et fylkeskommunalt ansvar. Dersom kommunen får barnet plassert i en helseinstitusjon er gevinsten enda større, siden det der ikke er noen kommunal andel overhodet.

I en situasjon med vanskelig kommunal økonomi, et nytt ansvarsområde og felles interesse mellom kommune og foreldre i en del tilfelle, er det en viss fare for at barnevernloven kan bli brukt til å omgå HVPU-reformens intensjoner. Kommunen får pengene, fylkeskommunene sitter tilbake med det økonomiske ansvaret.

Det kan kanskje hevdes at dette er en form for normalisering, iallfall juridisk sett. De som ikke får tilstrekkelig omsorg hjemme, er barnevernets ansvar. Nå er ikke omsorgsovertakelser helt ukjent innenfor HVPU-systemet heller. Men konsekvensene av det mellom forvaltningsnivåene vil bli helt annerledes etter reformen.

Mer problematisk er at denne form for juridisk normalisering ikke bidrar til den sosiale normaliseringen som er hensikten med reformen. Tvert imot er det en fare for at kommunene faktisk vil bli stimulert til å gå til institusjonsplassering i større utstrekning enn idag.

Barn som ikke kan bo hjemme, men trenger døgnkontinuerlig omsorg, vil kunne få den nødvendige hjelp etter kommunehelsetjenestelovens § 1-3 annet ledd nr. 5. Se punkt 4.1.2 foran.

3. Betalingsordningen mellom kommunen og fylkeskommunen innenfor barnevernet

Som nevnt er det en delt betalingsordning for tiltak som er definert som barnevernstiltak i forbindelse med omsorgsovertakelse. Begrunnelsen for den kommunale delbetalingen for institusjonsopphold er å hindre at kommunen plasserer barn i institusjon for å spare penger. Tanken bak den fylkeskommunale betalingen for plasseringer utenfor institusjon er noe av den samme. Systemet er tenkt å være kostnadsnøytralt mht. alternative omsorgstiltak.

Da ordningen ble etablert for ca 10 år siden tenkte man seg at bruk av tiltak utenfor institusjon som fylkeskommunen skulle betale for, ville forekomme nokså sjelden. Av ulike grunner har denne forutsetningen ikke slått til. Forsterkede fosterhjem (der en person ansettes på heltid i sitt eget hjem), utviklingen av ulike former for såkalte «alternative tiltak», en viss utvikling av et privat omsorgsmarked har gjort at bruk av tiltak som fylkeskommunen ikke har noen styring med er blitt langt mer aktuelt. Dersom fylkeskommunen skulle være forpliktet til å dekke alle utgifter for slike tiltak utelukkende på grunnlag av kommunale vedtak, vil det innebære at den som har beslutningsmyndigheten har et meget begrenset økonomisk ansvar for gjennomføringen av beslutningen. Dette vil i såfall være i strid med de forutsetninger som er lagt til grunn for funksjonsfordelingen mellom forvaltningsnivåene. HVPU-reformen gjør denne problemstillingen ytterligere aktuell.

På bakgrunn av den utvikling som har skjedd de siste 10 årene både mht utviklingen av alternative tiltak innen barnevernet og den klargjøring som har funnet sted av funksjonsfordelingen mellom forvaltningsnivåene, er departementet for sin del innstilt på å innta det standpunkt at en fylkeskommunal betalingsplikt forutsetter at de tiltak som iverksettes er avtalt mellom kommunen og fylkeskommunen, enten generelt eller i det enkelte tilfelle.

6.9 KOMMUNEHELSETJENESTEN.

Psykisk utviklingshemmedes behov for helsetjenester vil fra 1991 hovedsaklig måtte dekkes av kommunene og retten til helsehjelp vil være hjemlet i kommunehelsetjenesteloven av 19. november 1982 nr. 66.

Kommunehelsetjenesteloven § 2-1 første ledd bestemmer at «Envher har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han bor eller midlertidig oppholder seg». Etter denne regelen har alle i kommunen et rettskrav på helsehjelp.

Det som kan kreves og som kommunen plikter å sørge for er det som hører under kommunens helsetjeneste, jfr. kommunehelsetjenestelovens § 1-1. Dette omfatter all offentlig organisert helsetjeneste som ikke hører under stat eller fylkeskommune og privat helsevirksomhet som drives i henhold til avtale med kommunen.

Helsetjenester som kommunen skal sørge for er almenlegetjeneste, herunder også legevaktordning, fysioterapitjeneste, sykepleie, herunder også helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie. Videre skal kommunen sørge

for lønn og avlastningstiltak for personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid for pleietrengende familiemedlemmer. Kommunen skal også sørge for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie.

Kommunehelsetjenestelovens bestemmelse om rett til nødvendig helsehjelp er i utgangspunktet uten begrensninger. Det er ikke sagt noe i loven om hva rett til nødvendig hjelp innebærer, men det forutsettes i forarbeidene til loven at kommunens helsetjeneste holder en medisinsk forsvarlig standard. Det er imidlertid sagt at kommunens hjelpeplikt vil være begrenset av økonomi, tilgang på personell og utstyr. Likevel er det en minstandard som kommunen ikke kan gå under. Enhver må være sikret et verdig liv ved daglig å få hjelp til å ivareta nødvendige livsfunksjoner som blant annet matinntak, personlig hygiene og påkledning foruten medisinsk pleie.

Det kan klages over at en ikke får nødvendig helsehjelp. Klageinstansen er i første omgang helse- og sosialstyret eller kommunestyret. Fylkeslegen er andre klageinstans.

6.10 RETTSSIKKERHETS-UTVALG.

Bakgrunn

Det har vært og er til dels betydelige rettsikkerhetsproblemer ved HVPU-institusjonene. Helseinspektoren mottar jevnlig spørsmål og klager vedrørende behandlingsmåter m.v., og Tilsynsutvalget for HVPU i Oslo har tatt problemene direkte opp med departementet.

Når nå ansvaret for de psykisk utviklingshemmede går over fra fylkeskommunene til kommunene skal tiltak utvikles og drives i samsvar med normaliseringsprinsippet. Det vil bl.a. bety at de fleste med psykisk utviklingshemming vil bo i egen bolig, delta i opplæring, arbeid og fritidsaktiviteter utenfor boligen. I seg selv vil dette kunne medføre at en unngår enkelte av de rettsikkerhetsproblemer som er særegne for institusjoner brukt som bolig.

Imidlertid vil det fortsatt foreligge problemer, og nye kan oppstå. Det vil kunne mangle tilbud, forekomme overgrep, uetisk behandling m.v. også i et normalisert system.

Blant annet i forbindelse med arbeidet til straffelovkommissjonens særreaksjonsutvalg har det vært reist spørsmål om behovet er tilstede for en hjemmel for administrativ frihetsberøvelse for psykisk utviklingshemmede i visse tilfelle. Også på dette punkt medfører reformen et behov for avklaring.

Utvalgets mandat

På denne bakgrunn er det utarbeidet et mandat for et utvalg som skal utrede nærme-

re de problemstillinger som reiser seg og fremme forslag til løsninger.

I mandatet er det påpekt at utvalget skal legge til grunn de etiske retningslinjer som er alminnelig akseptert i vårt samfunn og som er nedfelt i FN's og Europarådets resolusjoner og anbefalinger.

Videre skal det legges spesielt vekt på at mennesker med psykisk utviklingshemming er sterkt avhengige av offentlige tiltak og tjenester, og at den enkelte selv ofte vil ha større problemer enn andre med å ivareta sine interesser.

Det skal også vurderes hvorvidt andre grupper mennesker kan ha tilsvarende problemer og behov, og om dette bør gi grunnlag for mer generelle regler eller retningslinjer.

Utvalgets arbeidsoppgaver er i mandatet nærmere beskrevet i fire punkter:

1) Det skal utarbeides *etiske retningslinjer* for omgang med, behandling, trening, opplæring og observasjon av mennesker med psykisk utviklingshemming.

2) Det skal fremmes forslag til nye regler om bruk av tvang i *nødsituasjoner*. Det er spesielt at det er særlig viktig at forholdet til straffelovens bestemmelser om nødrett og nødverge klarlegges og at grensen mot bruk av tvang i forbindelse med behandling, trening m.v. klarlegges. Videre skal utvalget vurdere om det er behov for en hjemmel for *administrativ frihetsberøvelse* i visse tilfelle.

3) Utvalget skal vurdere behovet for regler om bruk av forskjellige former for tvang i forbindelse med behandling, trening, opplæring m.v. Det skal gis en oversikt over metoder og teknikker som innebærer elementer av tvang og som er blitt eller blir benyttet overfor mennesker med psykisk utviklingshemming, herunder bruk av medisiner.

4) Utvalget skal vurdere om det i forhold til kommunale tiltak er nødvendig med klage-, ombud-, tilsynsordning e.l. for å ivareta rettsikkerheten og eventuelt fremme forslag til regler om dette.

I denne forbindelse skal utvalget også drøfte tiltak og ordninger som kan utfylle det formelle regelverk med tanke på å sikre tilfredsstillende tilbud og hindre overgrep. Eksempler på slike kan være måter å organisere tilbudene på, opplæring, veiledning, faglig utvikling m.v. Videre skal betydningen av støttekontakt og verge- / hjelpevergeordninger vurderes.

Tidsramme

Utvalget skal først avgi en delinnstilling om etiske retningslinjer og bruk av tvang i nødsituasjoner, jfr. mandatets pkt. 1 og 2, høsten 1990. Utvalgets arbeid er tenkt avsluttet våren 1991.

6.11 UTBETALING AV UREDUSERTE TRYGDEYTELSER.

Personer som er innlagt i HVPU-institusjoner får idag avkortet uførepensjonen og eventuelt andre trygdeytelser slik at de får beholde 25 pst. av grunnbeløpet og 10 pst. av tilleggpensjonen til eget bruk.

Personer som er født uføre eller som blir uføre før fylte 22 år og som er født senere enn 31. desember 1944, er sikret en garantert minste tilleggspensjon beregnet på grunnlag av et årlig poengtall på 3. Personer født før årskiftet 1944/45 og som var uføre ved fylte 22 år, får en minste tilleggspensjon beregnet etter poengtall 1,6.

Full uførepensjon er 77.345 kroner pr. år for de som får pensjonen beregnet på grunnlag av 3 poeng og 56.748 kroner pr. år for de som har 1,6 poeng.

Ifølge foretatte beregninger vil utbetaling av fulle trygdeytelser, når det fylkeskommunale helsevern for psykisk utviklingshemmede avvikes 1. januar 1991, medføre en merutgift til pensjonsutbetalinger fra folketrygden med ca. 170 mill. kroner.

6.12 FYLKESMENNENES OPPGAVER.

I midlertidig lov om avvikling av HVPU er det innført adgang til å klage over utskrivning fra HVPU-institusjoner og familiepleie, avslag på søknad om plass i HVPU og avslag på søknad om hjelp til etablering i annen kommune enn bostedskommunen etter lov om sosial omsorg. Fylkesmannen er klagemyndighet. De administrative konsekvenser ble omtalt i Ot.prp. nr. 49 (1987-88) s. 22 hvor det står:

«Det er idag ikke grunnlag for å vurdere hvilket omfang klage- behandlingen vil få. Klageordningen er imidlertid knyttet til overgangsperioden i forbindelse med reformen, og følgelig av begrenset varighet.»

Sosialdepartementet og Arbeids- og administrasjonsdepartementet har foretatt en kartlegging av situasjonen hos fylkesmennene pr. 02.04.90. Denne kartleggingen viser at det allerede på dette tidspunkt strømmer inn en god del klager, særlig klager som gjelder avslag på etablering i en annen kommune enn bostedskommunen.

Gjennomsnittlig arbeidsbelastning varierer mellom 0,5 og 1,5 årsverk uten at embetene er blitt styrket tilsvarende. Embetene prioriterer disse sakene høyt, og konsekvensene er at køene av klagesaker etter barnevernloven og sosialomsorgsloven øker. Arbeidsbelastningen i 1991 og 1992 må antas å bli større enn i 1990, for så å avta gradvis.

Det er nødvendig med en midlertidig styrking av fylkesmannsembetene, slik at HVPU-

Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming

reformen ikke blir forsinket på de områdene hvor staten har et ansvar. Fylkesmannen vil også få en del faste nye oppgaver i forbindelse med reformen. Dette gjelder fordeling av ekstra midler til små kommuner som får uforholdsmessig store utgifter til tiltak for mennesker med psykisk utviklingshemming (jfr.

forslaget i kap. 8 om en øremerket bevilgning). Det gjelder også råd og veiledning om tiltak og tjenester. Det er i dag ikke mulig å vurdere hvilken belastning disse oppgavene vil påføre fylkesmannen. En vil komme tilbake til dette spørsmålet når en slik vurdering foreligger.

KAPITTEL 7

Kompetanse og utviklingsarbeid**7.1 BEHOV FOR PERSONELL OG KOMPETANSE I KOMMUNENE.***Bakgrunn for økt behov*

Tilstrekkelig tilgang på kvalifisert personell vil være bestemmende for kvaliteten på den framtidige omsorg for mennesker med psykisk utviklingshemming. Behovet for ulike personellgrupper øker som en følge av ombygging og utbygging av tjenester for psykisk utviklingshemmede. Dette går klart fram i de kommunale virksomhetsplaner. Videre er helse- og sosialtjenesten i mange kommuner preget av underbemanning og stort arbeidspress. Reformarbeidet har avdekket udekkede behov for tiltak og tjenester til personer som bor i kommunene og som ikke har mottatt tjenester fra HVPU. En meget stor andel av yrkesutøvelsen har vært utført av ufaglærte. I følge St.meld.nr 41 (1987-88) Helsepolitikken mot år 2000 utgjorde disse 43 pst. av tilsatte i HVPU i 1985. Det er viktig å ta vare på den erfaring personell som har arbeidet mange år i HVPU har opparbeidet seg – og gi de ansatte muligheter til å få også formell kompetanse. Samtidig er det nødvendig å øke andelen av personell med relevant utdanning. Forarbeidene til midlertidig lov om avvikling av HVPU m.v har pekt på behovet for ulike yrkesgrupper (St.meld. nr.67 (1986- 87) og NOU 1985:34). Dette gjelder en rekke faggrupper, da arbeid med mennesker med psykisk utviklingshemming krever en tverrfaglig tilnærming. Her kan nevnes: Psykologer, vernepleiere, leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere, hjelpepleiere, hjemmehjelpere, aktivtørere, sosialarbeidere, spesialpedagoger, kulturarbeidere og førskolelærere. Som ledd i arbeidet med oppfølging av stortingsmeldingen om helsepolitikken og omorganisering av tjenester og tiltak for mennesker med psykisk utviklingshemming, vil departementet arbeide med å vurdere behov, etterspørsel og tilgang for de ulike personellgrupper der dette er aktuelt.

Personell i helse- og sosialsektoren er grundig behandlet i flere andre stortingsdokumenter. Det henvises særlig til følgende:

- St.meld.nr. 41 (1987-88) Helsepolitikken mot år 2000 og Innst.S. nr. 120 (1988-89)
- St.meld nr. 66 og nr. 19 (1984-85) Om høyere utdanning og Innst. S nr. 124 (1986-87)
- St. meld. nr.36 (1989-90) Røyninger med lova om helsetenesta i kommunane.

Ut i fra dette, og fordi departementet vil gå nærmere inn på vurdering av etterspørsel etter og tilgang på personell som oppfølging av Nasjonal helseplan, vil personellspørsmål i den foreliggende melding bli behandlet helt kortfattet. Dette kapitlet bør sees i sammenheng med kap.4.3 om autister og andre mennesker med omfattende utviklingsforstyrrelser og alvorlige atferdsavvik.

Kompetanse.

Det er i dag utviklet mye kunnskap om hvordan en kan tilrettelegge miljøet for utvikling, mestring og trivsel for mennesker med psykisk utviklingshemming, uten at dette i stor nok grad har kommet psykisk utviklingshemmede og deres pårørende til gode.

Sentralt her er kunnskap om:

- Psykisk utviklingshemming og andre funksjonshemminger som ofte opptrer i sammenheng med psykisk utviklingshemming.
- Hvordan man kan forebygge eller redusere ytterligere funksjonshemming.
- Bakgrunnen for normalisering som omsorgspolitik og hvordan man kan arbeide i tråd med dette prinsippet.
- Funksjonshemmedes rettigheter og behov for hjelp i ulike livssituasjoner.

Det må også legges vekt på kunnskap om metoder og teknikker i habilitering og opplæring. Dette er et nødvendig innsatsområde for å minske avstanden mellom den psykisk utviklingshemmedes kompetanse og krav og forventninger fra omgivelsene. En kan skille mellom to strategier i habilitering som utfyller hverandre. Den ene er bruk av metoder og teknikker for å utvikle en persons atferd, slik at vedkommendes kompetanse er i overensstemmelse med krav og forventninger fra omgivelsene. Den andre strategien er miljøtilpassing, som innebærer at man endrer på krav og forventninger fra omgivelsene, slik at disse er mer tilpasset personen. Yrkesutøverens væremåte og holdninger er av avgjørende betydning for kvaliteten på omsorgsutøvelsen. I rehabilitering og habilitering er det ofte en vanskelig balansegang mellom formynderi og unnfallenhet. Ethiske problemstillinger av denne karakter er særlig vanskelige hvis vedkommende ikke kan uttrykke sine behov. Dilemmaet vil også oppstå i situasjoner hvor

personen vet hva hun/han vil, men hvor yrkesutøverer tviler på at vedkommende forstår konsekvensene av sine handlinger. Slike situasjoner vil oppstå hyppig i arbeid med mennesker med psykisk utviklingshemming. Dette krever en grunnholdning som ivaretar den enkeltes menneskeverd og menneskerett.

Om visse yrkesgrupper

Det vil som nevnt være behov for fagfolk som har kunnskap om psykisk utviklingshemming og habilitering. Dette for å dekke funksjoner i direkte utøvende arbeid og samvær med psykisk utviklingshemmede, veiledning til pårørende og andre personellgrupper som hjelpepleiere, aktivitører, hjemmehjelpere, samt koordinering av tiltak og tjenester.

Psykologer

Psykologer i kommunene er i hovedsak knyttet til den pedagogisk-psykologiske tjenesten i skoleverket. Noen større kommuner har også knyttet psykologer til helse- og sosialsektoren. I Stortingsmelding nr.36 (1989-90) om kommunehelsetjenesten blir psykologtjenesten i kommunene behandlet i pkt. 6.10. Ved inngangen til 1989 var det kun 10 normerte årsverk for psykologer i kommunehelsetjenesten på landsbasis. I 1989 var det 101 psykologstillinger i HVPU, men hele 47 av disse var vakante. (T.Jenssen og W.T Mørch, November 1989). Aktuelle oppgaver for psykologer vil blant annet være identifisering av funksjonsavvik og generell utvikling hos barn, igangsetting av stimulerings tiltak for ulike grupper, funksjonskartlegging og spesifisering av ulike typer hjelpebehov, iverksetting og oppfølging av tiltak for å forebygge og redusere adferdsvansker, samt veiledning overfor foreldre og andre yrkesgrupper. Det er knapphet på psykologer, og det er grunn til å tro at det vil være økning av etterspørselen i årene framover som følge av avviklingen av HVPU. Utdanningskapasiteten av psykologer skal trappes opp. I Tromsø etableres det nå embetsstudium i psykologi, med oppstart 1.1. 1991.

Ergoterapeuter:

Det er en stadig økende andel ergoterapeuter som tilsettes i kommunehelsetjenesten. Stortingsmelding nr. 36 (1989-90) viser til en økning av stillingshjemler for ergoterapeuter i kommunene, men peker samtidig på betydelig andel av vakanser. Aktuelle oppgaver for ergoterapeuter er blant annet tilrettelegging av fysisk miljø, tilpassing av tekniske hjelpemidler og iverksetting, gjennomføring

og oppfølging av aktiviserings tiltak. St.meld. nr. 41 (1987-88) Helsepolitikk mot år 2000 peker på at det er et økende behov for ergoterapeuter, og foreslår at utdanningskapasiteten trappes opp. Sosialkomiteen har sagt seg tilfreds med dette. Det vil være gunstig for å dekke psykisk utviklingshemmedes behov for ergoterapitjenester.

Fysioterapeuter:

Flertallet av fysioterapeuter arbeider i kommunehelsetjenesten, men andelen årsverk utført av fastlønnede fysioterapeuter i kommunalhelsetjenesten var i 1988 på 22 %. Dekningen av fysioterapitjenester representerer en geografisk skjevdeling. I følge årsstatistikk for helsetjenesten(1988) var det på landsbasis 8,4 pst. vakante fysioterapeutstillinger. Behovet for fysioterapitjenester er større hos mennesker med psykisk utviklingshemming enn i befolkningen forøvrig. Aktuelle arbeidsoppgaver er blant annet vurdering av motorisk funksjonsnivå, forebygging og behandling ved motorisk/sensorisk trening og stimulering, samt veiledning til pårørende og personell i tilrettelagte tiltak. Når det gjelder tilgangen på fysioterapitjenester, vil departementet følge utviklingen nøye.

Vernepleiere

Vernepleiere arbeider i hovedsak i HVPU, psykisk helsevern, skolevesenet og i kommunens helse- og sosialapparat. Flertallet arbeider i HVPU, men som følge av reformen skjer det en rask forskyvning av ansatte fra HVPU til helse- og sosialetaten i kommunene. Videre skjer det en viss forskyvning av ansatte fra HVPU til andre sektorer. Vernepleiere dekker omsorgs- og opplæringsfunksjoner for mennesker med sammensatte funksjonsvansker av fysisk, psykisk og sosial karakter. Aktuelle arbeidsoppgaver er planlegging av tiltak for funksjonshemmede generelt og psykisk utviklingshemmede spesielt, habilitering med særlig vekt på utvikling av selvstendighetsferdigheter, sosiale ferdigheter og tilrettelegging av miljøet, samt råd og veiledning til psykisk utviklingshemmede, pårørende og andre yrkesgrupper. I følge St.meld. nr 41 (1987-88) forventes det fortsatt økt etterspørsel etter vernepleiere. Det bør derfor legges opp til en økning av utdanningskapasiteten.

Spesialpedagoger

Ved de fleste HVPU-institusjonene er det de siste tiårene bygd opp egne kommunale skoler for mennesker med psykisk utviklingshemming.

Skolene vil som en følge av ansvarsreformen bli gradvis nedbygd og avviklet. Alterna-

tive opplæringstilbud skal derfor utvikles. Disse institusjonsskolene gir opplæring til ca.5000 psykisk utviklingshemmede. Det store flertall av elevene er over 20 år. Ressurser til opplæring for denne gruppen elever skal gis ut fra en sakkyndig vurdering om behovet for opplæring. I dag foretas denne vurdering oftest av den enkelte institusjonsskole. I framtiden vil det være den kommunale PP-tjenesten som skal utføre denne sakkyndige vurdering. Ca.1500 lærere arbeider ved institusjonsskolene ved HVPU. En stor del av disse har både relevant videreutdanning og erfaring, og vil derfor kunne dekke opp noe av det behovet kommunene har for denne type spesialpedagoger, samtidig som det bør legges opp til en økning i videreutdanningen av lærere i spesialpedagogikk innen området psykisk utviklingshemming og sammensatte lærevansker.

Utdanning av personell uten formalkompetanse i HVPU

Det bør raskt iverksettes ulike utdannings tiltak for ufaglærte i HVPU. Slike tiltak vil være nødvendige virkemidler for å møte kommunenes behov for kvalifisert arbeidskraft i arbeid med psykisk utviklingshemmede spesielt og i omsorgsarbeid generelt. Samtidig som dette vil kunne forebygge arbeidsledighet blant berørte arbeidstakere. De synkende kull av utdanningssøkende er også et viktig moment som taler for at utdanning av voksne arbeidstakere i HVPU vil være gunstig. Det er foretatt en omfattende kartlegging av bemanningssituasjonen i HVPU, behovet for formell utdanning og framtidig sysselsetting (Norsk Kommuneforbund august 1989). Det går her fram at det er 3510 arbeidstakere uten formell utdanning. Denne kartlegging viser også at det er et sterkt ønske om og vilje til utdanning blant de ansatte. Det bør legges til rette for at disse får tilbud som sikrer formell kompetanse gjennom alternative utdanningsmodeller. Flere steder i landet er det satt i gang eller planlagt ulike utdanningstiltak i samarbeid mellom arbeidsmarkedsmyndighetene, skoleverket og fylkeskommunen. Det er positivt at slike initiativ iverksettes, forutsatt at de holder faglige mål. Slike utdanningstiltak bør styres, slik at det utdannes til yrkesgrupper det er behov for i et nasjonalt og langsiktig perspektiv. Sosialdepartementet har tatt initiativ til et samarbeid med andre berørte departementer med sikte på å finne fram til nødvendige tiltak.

Hjelpepleiere

Hjelpepleiere har vært en viktig ressurs i HVPU. De representerer en gruppe medar-

beidere med lang arbeidserfaring. I statistikken for «Helseinstitusjoner 1988» fremkommer det at omlag 27 pst. av stillingene innen HVPU er besatt av hjelpepleiere. Hjelpepleiere som har arbeidet i HVPU har opparbeidet en viktig realkompetanse som bør nyttiggjøres i kommunene. Det er ingen mangel på hjelpepleiere i landet som helhet, men det er visse regionale ulikheter. I HVPU var det i 1984 ca. 400 vakante hjelpepleierstillinger.

Etter og videreutdanning:

Avvikling av HVPU stiller store krav til yrkesutøvere med hensyn til endring av yrkesrolle. En stor andel av de tilsatte i kommunene har tidligere ikke hatt særlig kontakt med psykisk utviklingshemmede. Et særlig viktig tema for denne gruppen vil være praktisk arbeid med normalisering. Denne type kunnskap har tidligere vært lite tilgjengelig og bør derfor prioriteres. Dette gjelder særlig for det personellet som står for de hjemmebaserte tjenestene i kommunene. For personell som tidligere har arbeidet med psykisk utviklingshemmede vil det være behov for opplæring både i hvordan det kommunale system fungerer, og i hvordan arbeid med psykisk utviklingshemmede bør legges opp utenfor institusjon. Opplæring i metoder i habilitering bør vektlegges. Dette vil være nødvendig for å minske avstanden mellom den psykisk utviklingshemmedes ferdigheter og krav og forventninger fra omgivelsene. For disse personellgruppene vil det være nødvendig med et bredt utdanningstilbud. Departementet vil i samarbeid med berørte instanser vurdere nærmere hvordan dette bør legges opp. Det er dessuten nødvendig at opplæringstilbudene kan omfatte ansatte i ulike berørte sektorer som skole, barnehage, helse- og sosial og arbeidsmarkedssektoren. Et viktig eksempel her er ansatte i helsestasjoner, slik at disse i enda større grad enn hittil kan avdekke funksjonsavvik tidlig med sikte på raskt å kunne sette inn adekvate tiltak. Sosialdepartementet har i samarbeid med Kommunal Opplæring og andre sentrale organisasjoner og instanser utviklet et opplæringsprogram i forbindelse med omorganisering og utvikling av tjenester for mennesker med psykisk utviklingshemming. Programmet tar for seg basis kunnskap om normalisering og psykisk utviklingshemming. Målgrupper for opplæringen er ansatte i de ulike etater i kommuner, HVPU, trygde- og arbeidsmarkedsetaten og kommunale politikere. Fylkesmannsembetene og Kommunal Opplæring har tatt initiativ overfor målgruppene for å gjøre programmet kjent, og eventuelt bistå med organisering av opplæringen.

Overføring av personell fra HVPU til kommunene.

Departementet anser at personell i HVPU, både med og uten formell fagutdanning, vil være en viktig ressurs for utvikling av de kommunale tjenestene. Det er av stor betydning at man fortsatt får beholde dem i arbeidet med psykisk utviklingshemmede. Departementet har derfor med tilfredshet merket seg at Kommunenes Sentralforbund og de viktigste arbeidstakerorganisasjonene har gitt en felles tilråding hvor også dette spørsmål er behandlet.

7.2 FORSKNING, FORSØK OG UTVIKLING.

Forskning, forsøks- og utviklingsarbeid for mennesker med psykisk utviklingshemming har samme målsetting som reformen: Å øke kunnskapen for å utvikle bedre levekår og en mer normalisert tilværelse for mennesker med psykisk utviklingshemming.

7.2.1 FOU knyttet til gjennomføring av reformen.

Norges råd for anvendt samfunnsforskning (NORAS) vil innenfor Velferdstatsprogrammet stå for evaluering av ulike sider ved reformprosessen. Det blir gjennomført forskningsprosjekter som studerer velferdsendringer for mennesker med psykisk utviklingshemming og politisk-administrative studier av reformprosessen lokalt og sentralt (Nordlandsforskning/NIBR/Trondheim helsefaghøgskole). Også andre problemstillinger er aktuelle i forbindelse med den videre evalueringen av reformen. I 1990 støtter Sosialdepartementet og Kommunenes Sentralforbund evalueringsforskningen ved NORAS med tilsammen 1 mill kroner.

Sosialdepartementet har gitt økonomisk støtte til flere forsknings- og forsøksprosjekter knyttet til gjennomføringen av reformen. Bl.a. kan nevnes analyser av tiltaksplan- og virksomhetsplanarbeidet i kommunene, (Østlandsforskning/Diakonhjemmets sosialskole), utvikling av nye bolig- og tjenesteløsninger (Byggforskningsinstituttet). Videre er det i gang prosjekter som studerer og evaluerer omorganiseringen av spesialisttjenestene i Hedmark fylke (Østlandsforskning), og avviklingsprosessen i en sentralinstitusjon og samarbeidet med kommunene (HVPU-Vestfold).

Forsøks- og utviklingsprosjektene tar opp flere ulike tiltak som står sentralt i gjennomføringen av reformen i kommunene. Her kan nevnes brukermedvirkning bl.a. ved boligvalg (Oslo, Alta, Nordkapp, Stavanger) og kul-

tur og fritidsarbeid med bl.a. nytenkning når det gjelder støttekontaktarbeidet (Bamble, Kragerø og Samarbeidsprosjekter i Grenlandsområdet og fire Rogalandskommuner). Videre arbeider en i to forsøk med utvikling av tilbudet til autister (Samarbeidende kommuner i Vestfold og Telemark). Utflytting fra en sentralinstitusjon og tilrettelegging i egen bolig for sterkt funksjonshemmede er tema for et forsøksprosjekt i Meland kommune. Kommunenes Sentralforbund har i samarbeid med Østlandsforskning utarbeidet en oversikt over FOU-prosjekter i 1989 knyttet til gjennomføringen av reformen (KS-1990).

7.2.2 FOU innen ulike fagmiljøer ellers.

Samlet pågår det en relativt omfattende FOU-virksomhet knyttet til mennesker med psykisk utviklingshemming i Norge. Dette er knyttet til ulike fagrener innen medisin som f.eks. klinisk diagnostikk og psykiatri, psykologi, pedagogikk og andre samfunnsvitenskapelige fag. I dette avsnittet redegjøres bare kort for noen hovedområder og fagmiljøer.

Ved Senter for mental retardasjon ved Rikshospitalet arbeider en med bl.a. å utvikle kompetanse innen diagnostikk av syndromer, stoffskiftesykdommer og andre årsaker til psykisk utviklingshemming. Det er et nært samarbeid mellom dette senteret og Pediatrik avdeling ved samme sykehus og Barnepsykiatrisk klinikk ved Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri. Det arbeides bl.a. med å utvikle undersøkelsesmetoder for å kunne gi en god funksjonsbeskrivelse hos barn med ulike utviklingshemninger, og undersøkelsesmetoder for autisme. Innen psykiatrien kan nevnes ett prosjekt ved Dikemark sykehus som arbeider med behandling av voksne psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser.

Ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo er det igang bl.a. en oppfølgingsundersøkelse av barn født med Downs Syndrom. I samarbeid med Landsforeningen for autister gjøres en kartlegging av familier med autistiske barn og unge, og det utvikles opplæringsprogram for autister.

Ved Statens Spesiellærerhøgskole drives det forskning som særlig tar opp opplæring, undervisning og behandling, men også spørsmål knyttet til familie, bolig, arbeid og fritid, og mer samfunnspolitiske perspektiver.

Databasen ved Samordningsutvalget for skoleutvikling som gir oversikt over forsøks- og utviklingsarbeid i skolen har registrert om lag 50 tiltak som gjelder elever med psykisk utviklingshemming.

Spørsmål både av praktisk og etisk art når en skal utføre tjenester i bofellesskap og i private hjem er tatt opp i undersøkelser ved Akershus Vernepleierhøgskole.

På området arbeid for psykisk utviklingshemmede er det utført undersøkelser ved bl.a. Senter for Samfunnsforskning, Trondheim, og ved Arbeidspsykologisk institutt i Oslo. Ved Senter for Samfunnsforskning i Bergen er det igang et nordisk prosjekt om yrkesvalghemmede, bl.a. psykisk utviklingshemmede.

Arbeidsdepartementet har støttet forsøksprosjekter som har arbeidet med utplassering av psykisk utviklingshemmede i ordinært arbeidsliv, og å lette overgangen mellom skole og arbeid for ungdom med lærevansker.

Tilpassing av tekniske hjelpemidler for mennesker med psykisk utviklingshemming både på arbeidsplassen og i hjemmesituasjonen arbeides det med ved Rådet for tekniske tiltak for funksjonshemmede (RTF).

Det er viktig å understreke at forskning, forsøk og utvikling som gjelder andre grupper yngre og eldre funksjonshemmede også vil komme mennesker med psykisk utviklingshemming til gode. Dette kan f.eks. gjelde medisinsk forskning om epilepsi og C-P skader som er et tilleggshandicap hos noen psykisk utviklingshemmede. Det samme gjelder for fagområder og grener innen psykiatri, psykologi og ulike samfunnsfag der en forsker og driver forsøk for funksjonshemmede.

7.2.3 Framtidige behov for FOU-virksomhet.

Den foreløpige oversikten over forskning, forsøk og utviklingsprosjekter for mennesker med psykisk utviklingshemming, viser en relativt omfattende virksomhet i Norge. Men det kan se ut til at denne virksomheten foregår noe spredt, og at det er behov for å knytte forbindelse mellom ulike fagmiljøer slik at kunnskapsutvekslingen og kunnskapsformidlingen styrkes. Dette gjelder også forbindelser til forsknings- og andre fagmiljøer som arbeider med emner som har betydning for levekårene til mennesker med psykisk utviklingshemming, selv om denne FOU-virksomheten ikke dreier seg om denne gruppen spesielt.

Som et første skritt bør det utarbeides en oversikt over all FOU-virksomhet innen dette området, både avsluttet, igangværende og planlagt virksomhet. Dette vil kunne gi grunnlag for å utarbeide en mer samlet plan for utviklingen av FOU-virksomheten på dette området de neste ti årene. Det er her viktig også å se forbindelseslinjene til internasjonal

forskning på dette området, særlig det som pågår i Norden.

Nedenfor skisseres kortfattet noen områder der FOU-virksomhet bør iverksettes i åra framover. Det er grunn til å presisere at denne oversikten ikke er fyldestgjørende, og at det bør utarbeides en mer samlet oversikt og plan.

Spesialisttjenestene innen psykiatri og psykologi vil få endrede og nye oppgaver. Dette betyr behov for FOU-virksomhet knyttet til kommunalt og fylkeskommunalt psykisk helsevern.

Endringer i bosituasjon, tjenestetilbud, nye fritidstiltak og arbeids- og opplæringsvirksomhet bør være gjenstand for både videre forskning og forsøksvirksomhet. Dette bør også ses i sammenheng med utviklingen av tilbud for andre yngre og eldre funksjonshemmede i kommunene.

Som utgangspunkt for det videre arbeidet med levekårs/velferdsstudier for mennesker med psykisk utviklingshemming er det et rikt datatilfang i de tiltaksplanene som nå foreligger for ca. 15.000 personer. Disse dataene representerer det nærmeste vi kan komme en fullstendig populasjons- og behovsbeskrivelse av en gruppe funksjonshemmede.

Habilitering gjennom skolegang krever bl.a. annet tidlig stimulering og innlæring av grunnleggende ferdigheter. Det er behov for videre forskning og forsøk for å utvikle og begrunne et stadig rikere og mer allsidig opplæringstilbud for en elevgruppe som forholdsvis nylig er kommet innenfor skoleporten. Vi vil her vise til den gruppen voksne mennesker med psykisk utviklingshemming som ikke har fullstendig grunnskole, og deres rett til opplæring ved bl.a. å kunne fullføre grunnskolen som voksne.

Opplæring og trening for å kunne delta i arbeidslivet er et annet sentralt habiliteringsområde.

Utvikling av både omsorgstjenestene og differensierte og normaliserte botilbud krever videre FOU-innsats. Tjenesteyterens rolle i en normalisert omsorg med fokus på tjenestenes kvalitet, profesjonens kompetanse og rolle blir viktig å studere og utvikle. Her gir også forskning og forsøk for andre grupper funksjonshemmede viktig kunnskapstilfang. Dette gjelder også utvikling og erfaring når det gjelder tilgang til kultur- og fritidsaktiviteter. Særlig på dette feltet ligger det muligheter for samarbeid mellom privat og offentlig sektor som kan være gjenstand både for forskning og forsøk.

Medisinsk forskning knyttet til diagnostikk, funksjonsbeskrivelser og behandling bør være et prioritert innsatsområde. Denne

forskningen bør sees i nær tilknytning til annen FOU-virksomhet innenfor psykiatri, psykologi, pedagogikk og annen samfunnsvitenskapelig forskning på dette området.

I forsøket med å skape en mer normalisert tilværelse for alle mennesker med psykisk utviklingshemming er stigmatisering et viktig tema. Dette handler dels om selve stemplingen og om den psykisk utviklingshemmedes og pårørendes opplevelse av denne stemplingen. Her er det behov for tiltak og samvirke med omgivelsene som dels reduserer stigmatiseringen, og dels gjør den lettere å leve med. Dette kan nedfelles i forsøks- og utviklingsprosjekter lokalt og i bomiljøene.

7.3 INFORMASJON.

I 1990/91 vil det bli gjennomført flere informasjonstiltak knyttet til reformen.

Kommunenes Sentralforbund og Sosialdepartementet har sammen engasjert en informasjonsmedarbeider som utvikler og koordinerer ulike informasjonstiltak. Det vil bl.a. komme ut en bulletin om utviklingen i reformarbeidet, og en større publikumsrettet opplysningskampanje vil bli satt i gang i samarbeid med Statens informasjonstjeneste.

Ulike veiledninger og eksempelsamlinger er utarbeidet, bl.a. boligløsninger (sosialdep.) og voksenopplæring (Utdanningsdepartementet.) Høsten 1990 vil Kirke- og kulturde-

partementet utgi et hefte om kultur, fritid og idrett. Sosialdepartementet støtter utgivelsen av en publikasjon om tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming utgitt av Norsk Vernepleierforbund. Norsk Forbund for Psykisk Utviklingshemmede driver et omfattende informasjonsarbeid i forbindelse med reformen, og har støtte fra Sosialdepartementet til dette. Bl.a. har NFPU gitt ut en informasjonsavis i en rekke av landets fylker. Brukerinformasjon direkte rettet til personer med psykisk utviklingshemming vil bli utarbeidet i 10 hefter ved NFPU.

Rådet for funksjonshemmede har i flere nummer av «Nota Bene» behandlet ulike sider av reformarbeidet.

Det har vært arrangert en rekke kurs og konferanser. Bl.a. arrangerer Kirke- og kulturdepartementet våren 90 fylkesvise konferanser om kultur, fritid og idrett.

Som en del av Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede 1990 - 93 er det bl.a. under oppstarting en informasjonskampanje om støttekontaktarbeidet, og under utarbeidelse en veileder om kultur- og fritidsarbeidet for ulike grupper funksjonshemmede, som også har stor relevans for mennesker med psykisk utviklingshemming.

KS-informasjon har utarbeidet en oversikt over informasjonsmateriell knyttet til reformen. Det henvises også til Sosialdepartementets opplæringsprogram som gir opplysninger om informasjonsmateriell og litteratur.

KAPITTEL 8

Økonomiske spørsmål

Her omtales disponeringen av den fylkeskommunale rammen til drift av Helsevernet for psykisk utviklingshemmede, samlede kostnader ved utbyggingen av et dekkende tilbud til alle med psykisk utviklingshemming, og ulike spørsmål knyttet til overføringsordningen til kommunene.

8.1 DISPONERINGEN AV HVPU-RAMMEN.

Ved behandlingen av St.meld.nr.67(1986-87) forutsatte Stortinget at fylkeskommunenes inntekter blir redusert i samsvar med det reduserte ansvar avviklingen av HVPU pr 1.1.1991 innebærer, mens kommunene gis økte inntekter i forhold til utvidet ansvar. Det var forutsatt at overføringene skulle tilpasses inntektssystemet. Ved behandlingen av Ot.prp.nr.49(1987-88) fant Stortinget det praktisk at overføringen til kommunene blir basert på normalsatser for henholdsvis døgn- og dagtilbud i HVPU basert på fylkeskommunenes utgifter i regnskapsåret 1987. Det var videre forutsatt at kommunene skal beholde de midler de var tilført fra fylkeskommunene gjennom samarbeidstiltak og avlastning for hjemmeboende, samt midler til pleiekontrakter der kommunene overtar fylkeskommunens ansvar. Voksne HVPU-beboere skal gå over til full uførepensjon fra 1.1.1991.

Ifølge oppgaver fra fylkeskommunene utgjorde utgiftene til drift av HVPU på landsbasis justert til 1990-kroner 3 029 mill kroner. Regjeringen har vedtatt følgende disponering av rammen med forbehold om Stortingets samtykke og endelig prisjustering:

1. Alle kommuner vil få overført kr 420 000 pr person som hadde døgntilbud i HVPU pr. 31.12.1987. For personer som hadde bare dagtilbud i HVPU pr 31.12.1987 vil det bli overført kr 125 000. I tillegg vil vel 100 mill kroner av HVPU-rammen bli overført til de kommuner som mottok midler av fylkeskommunen til samarbeidstiltak og avlastning m.v. i 1987. Rent teknisk vil midlene overføres til kommunene som et tillegg til de rammeoverføringer kommunene ville fått uten reformen i 1991. I 1992 legges midlene inn i basisbeløpet i inntektssystemet for hver kommune.

2. Til dekning av overgangen til full uførepensjon for voksne HVPU-beboere vil 170 mill kroner bli overført til trygdebudsjettet.

Satsene idag utgjør kr 77 345 for personer født i 1945 eller senere og kr 56 748 for personer født før 1945. De fleste vil også være berettiget til hjelpestønad.

3. Det er avsatt 175 mill kroner som skal fordeles til små kommuner som totalt sett kommer dårlig ut pga. svært ressurskrevende personer og til kommuner som i en overgangsperiode vil få svært høye institusjonsutgifter. I beløpet er også inkludert midler til å møte Oslo's spesielle situasjon som både kommune og fylkeskommune. Den faktiske overføring til Oslo må vurderes konkret, og beløpet vil blant annet avhenge av hvor mange Oslo-tilhørige personer som vil få ny bostedskommune.

Fordelingen til små kommuner, herunder vertskommuner, vil bli foretatt av fylkesmenene. Kriteriene for fordelingen blir omtalt under kap. 8.3.

Hele beløpet er øremerket tilskudd som ikke omfordeles etter kriteriene i inntektssystemet.

4. Det er avsatt 170 mill kroner av rammen til å dekke fylkeskommunale spesialisttjenester som var en del av HVPU-tilbudet i 1987. Midlene blir fordelt med lik vekt på folketall i fylket og antall brukere av fylkeskommunens HVPU-tjenester i 1987.

8.2 KOSTNADER VED ET FULLT UTBYGGET TILBUD TIL MENNESKER MED PSYKISK UTVIKLINGSHEMMING.

I Ot.prp.nr.49(1987-89) var det lagt opp til at det kommunale planarbeidet gjennom kostnadsberegnete virksomhetsplaner skulle legges til grunn for kommunens budsjett for 1991. Det ble fremholdt at planene måtte tilpasses kommunenes påregnelige ressurser. Under budsjettbehandlingen for 1989 ba Sosialkomiteen departementet om å forsere arbeidet med «å få klarlagt de reelle kostnader reformen vil medføre og kostnadene ved et utvidet tilbud til dem som nå bor hjemme.»

Arbeidet med beregning av kostnadene ved et fullt utbygget tilbud til mennesker med psykisk utviklingshemming ble tatt opp i samarbeid mellom Kommunenes Sentralforbund og Sosialdepartementet, og ledet av en styringsgruppe der også Finansdepartementet, Kommunaldepartementet og Norsk For-

bund for Psykisk Utviklingshemmede var med. Beregningsarbeidet bygget på informasjon fra 15 kommuner som var valgt ut fordi de på det tidspunkt (våren 1989) var kommet relativt langt i sitt planarbeid. Kommunene representerte 10 pst. av folketallet, hadde god geografisk spredning, og omfattet både by- og landkommuner. Rapporter og informasjon fra andre kommuner, Husbanken, Kommunenes Sentralforbund og ulike departementer ble også benyttet.

Selv om det ble lagt vekt på å finne fram til kommuner som var kommet langt i planarbeidet, må beregningene anses som foreløpige anslag. Gjennomsnittlig omfattet tiltaksplanleggingen 4 o/oo av befolkningen i kommunene. På landsbasis tilsvarer dette 17 000 personer.

Kommunene ble bedt om å fordele brukerne på 4 nivåer fra svært lite til svært omfattende tjenestebehov. Ut fra tilgjengelig informasjon og en fordeling av brukerne etter alder og nivå ble det anslått hva tjenestene til brukerne i de ulike gruppene ville koste på ulike virksomhetsområder. Ambisjonsnivået er generelt høyt, men spredningen mellom kommunene stor. På landsnivå tilsvarte samlede kostnader for brukerne i utvalgskommunene ca 6 mrd. kroner.

Beregningene tok også for seg inntektssiden, ved å lage anslag over beløp som ble nytte i 1989 på ulike virksomhetsområder. Utgiftene til HVPU foreligger det regnskap for. Utover dette nyttet en tilgjengelig statistikk og regnskapstall, som i varierende grad er egnet for å skille ut kostnader som spesifikt dekker tilbud til psykisk utviklingshemmede.

Samlet ble det anslått en nåværende utgift i HVPU og kommunene på ca 3,8 mrd. kroner i 1989. Disse tallene, som det knytter seg betydelig usikkerhet til, gir en underdekning i forhold til et fullt utbygget tilbud på vel 2,3 mrd. kroner, som meddelt Stortinget i St.prp. nr. 1 (1989-90).

Data fra kommunenes virksomhetsplaner.

Det er relativt kort tid fra den kommunale planleggingen skulle være klar til arbeidet med denne stortingsmeldingen måtte være avsluttet. Departementet har derfor bedt et representativt utvalg på 88 av landets kommuner om diverse data fra deres virksomhetsplaner som grunnlag for økonomiske vurderinger.

Ca 80 pst. av disse kommunene har (i løpet av mars måned 1990) svart på forespørselen. De fleste kommunene har gitt relativt fyldige svar. Noen kommuner har hatt vansker med å fylle ut en del spørsmål av økonomisk art i det spørreskjemaet som ble sendt ut. Et lite

antall kommuner kunne ennå ikke gi økonomiske opplysninger.

Tallene nedenfor bygger på de utvalgskommunene som har svart på departementets henvendelse, og må anses som *beregnete* tall på landsbasis. Det bør understrekes at også disse tallene knytter det seg store variasjoner og atskillig usikkerhet til. Departementet vil arbeide videre med data fra de kommunale planene.

Ut fra det materialet som er innhentet er det, avhengig av hvilke statistiske metoder en nytter, laget tiltaksplaner for mellom 14 200 og 17 000 personer. (3,5-4 % av befolkningen.) Det faktiske antall vil en få frem når alle virksomhetsplanene foreligger. Det er en generell tendens til at andelen psykisk utviklingshemmede er lavere i de store enn i de mindre kommunene. Det kan delvis skyldes at oversikten er bedre i de små kommunene. De store kommunene er godt representert i utvalget. Departementet finner det rimelig ut fra det store antall mindre og små kommuner å basere seg på et antall på 15 000 personer. Dette er noe lavere enn anslaget i Beksrud-rapporten.

Oversikten viser at 37 pst. bor i HVPU-institusjoner, 16 pst. er hjemmeboende med dagtilbud fra HVPU, mens 47 pst. er hjemmeboende uten tilbud fra HVPU.

Kommunene planlegger å ta i mot ca 1 000 personer fra HVPU-institusjoner i 1990. Tallene for 1991, 1992 og 1993 er henholdsvis 1900, 675 og 725. Omlag 270 flyttet ut i årene 1988/89, og ca 120 avgikk ved døden i samme periode. Tallene viser at kommunene i alt vesentlig tar sikte på å gjennomføre omleggingen fra institusjonsomsorg til åpen omsorg innen utgangen av 1993.

Antall personer som skal skaffes bolig anslås til 1175 i 1990 og 2530 i 1991. For årene 1992/93 anslås 2800 personer å skulle skaffes bolig - tilsammen vel 6500. Antallet samsvarer godt med de anslag som ble foretatt i forbindelse med boligmeldingen, men konsentrasjonen om årene 1991/92 er noe sterkere enn tidligere antatt. Dette har betydning for boligfinansieringsopplegget og fordelingen av låne- og tilskuddsrammer i 4-årsperioden 1991-93. Det vises til kap.5.2 om boligspørsmål.

Omlag 11 500 av brukerne er i yrkesaktiv alder. Etter kommunenes opplysninger skulle ca 4 000 personer være sysselsatt. Det er et noe høyere tall enn det antall personer som er sysselsatt i tiltak knyttet til arbeidsmarkeds-etaten, inkludert verkstedene under HVPU. Det har vært anslått at ca 2/3 av de psykisk utviklingshemmede har behov for tilpasset arbeid. Arbeidsdepartementet har lagt til grunn at det er et udekket behov på vel 3000 plasser - jfr kap 5.1.

Kommunenes anslag for samlede kostnader ved et fullt utbygget tilbud utgjør 6 mrd. kroner. Tallet må tas med forbehold. Det dreier seg om statistiske gjennomsnittstall med betydelig variasjon mellom kommunene i mellom. Det har ikke vært anledning til å foreta en mer inngående vurdering av om det nivå kommunene har lagt seg på er rimelig. Beløpet inkluderer utgifter til opplæring, som forutsettes dekket innen nåværende rammeoverføring på opplæringssektoren (ca. 600 mill. kroner).

Sosialdepartementets utvalgsundersøkelse viser at de kommunale kostnader pr. person varierer etter kommunestørrelse og svært mye kommunene imellom. Utgiftsbelastning pr. innbygger viser samme tendens. Variasjonen mellom kommunene i mellom er størst i kommuner med 2 - 5.000 innbyggere. I disse kommunene er gjennomsnittsutgiften beregnet til ca. 350.00 kroner pr. person, men varierer fra 88.000 til 831.000 kroner. I de øvrige kommunene er variasjonen noe mindre og betydelig mindre i kommuner over 50.000 innbyggere (Oslo ligger høyere enn de øvrige). Gjennomsnittsutgiften pr. person er størst i kommuner mellom 5 - 50.000 innbyggere med ca. 380.000 kroner pr. person og lavest i kommuner under 2.000 innbyggere med ca. 313.000 kroner pr. person.

Ut fra det innkomne materiale fra utvalgs-kommunene, er det ikke mulig å gi noen konkret vurdering av sammenhengen mellom kvalitet og kostnader på tiltaksplaner som er utarbeidet. Et forhold som kan ha påvirket planlegging og kostnader er hvem som har stått for planarbeidet. I størstedelen av kommunene har det vært tilsatt egne planleggere. Vi kan ikke se bort fra at enkelte av disse har mindre kunnskap om kommunal virksomhet fra før og heller ikke har hatt tilstrekkelig samarbeid med etatene i kommunen under planleggingen. Slike forhold kan lett føre til høyere kostnader enn i kommuner der planarbeidet har blitt drevet av kommunens egne folk. Andre viktige forhold som vil påvirke kostnadene og forklare noen av variasjonene i utgiftene pr. person i kommunene, er organiseringen av tiltakene og hvilket ambisjonsnivå man har lagt seg på.

Det er imidlertid grunn til å anta at størstedelen av de varierende kostnadene pr. person har sammenheng med variende behov for helse- og sosialtjenester i kommunene. Dette skyldes ulik sammensetning av sterkt ressurskrevende personer og personer med mindre ressursbehov i kommunene. Dette tilsier at ytterligere overføringer må ta hensyn til dette forholdet når midlene skal fordeles til kommunene.

I tillegg kommer midler til utvikling av fylkeskommunale krise- og behandlingstiltak for psykisk utviklingshemmede og autister med så store psykiske lidelser eller atferdsavvik at de i perioder ikke kan fungere i åpne kommunale boformer eller kommunale helseinstitusjoner. Det kan her være tale om bruk av tvangsmidler i behandlingen, tilbakeholdelse uten eget samtykke eller medikasjon som krever kontinuerlig tilsyn av spesialister - jfr. kap. 4.2.5.

Personer med psykisk utviklingshemming vil få rett til ytelser fra folketrygden etter vanlige bestemmelser når de flytter ut fra institusjon og skal bo i vanlig bolig. Det gjelder grunnstønad, hjelpestønad, hjelpemidler og stønad til bil. Disse ytelsene fra folketrygden er rettigheter som den enkelte har krav på og som tilstås etter en individuell og konkret vurdering. De tilstås på grunnlag av behov, og ses i forhold til vedkommendes fungeringssevne.

Departementet har ingen opplysninger om omfanget av de enkelte personers rettigheter og behov, slik at beregningen av folketrygdens utgifter bygger på et anslag over hvor mange av de som skrives ut av institusjonene som vil kunne ha rett til ulike ytelser fra folketrygden.

Utgiftene til grunnstønad og hjelpestønad anslås til 20,7 mill. kroner i 1991. Dessuten anslås utgiftene til legemidler på blå resept, almenlegetjenester m.v. til 11,2 mill. kroner.

Endelig må det tas med engangsutgifter i forbindelse med reformen til hjelpemidler, eventuelt bil og etableringstilskudd til bolig ved utflytting fra institusjon og til boliger for hjemmeboende.

Det er anslått at det i 1990 eksklusive opplæring nyttes knapt 3,7 mrd. kroner til tiltak for psykisk utviklingshemmede. Også disse anslagene knytter det seg usikkerhet til. På flere virksomhetsområder er det vanskelig å få fram eksakte tall for hva som nyttes til slike formål. Hovedtyngden faller på helse- og sosialsektoren (vel 3,4 mrd. kroner) som inkluderer driftsutgiftene til HVPU.

8.3 FORSLAG TIL ØKTE BEVILGNINGER I 1991.

Med de forbehold som er nevnt ovenfor er anslaget for totale kostnader ved et fullt utbygget tilbud til alle med psykisk utviklingshemming, og anslaget for merkostnader i forhold til dagens situasjon, et uttrykk for de mål kommunene har satt seg for utviklingen av tilbudene. Det varierer mellom kommunene i hvilken grad de kostnadene som kommer til uttrykk i kommunenes virksomhetsplaner er

framkommet etter en politisk vurdering av hvilket ambisjonsnivå en bør ha på tjenestetilbudet sett i forhold til levekårene for befolkningen ellers. En kan vanskelig uten videre legge til grunn at de beregninger som nå foreligger, er det beløp som vil måtte medgå ved et fullt utbygget tilbud. Det vil derfor være nødvendig å videreføre arbeidet med vurderinger av kostnadene.

På den annen side er det klart at den kommunale planleggingen har avdekket at spesielt hjemmeboende psykisk utviklingshemmede har et underforbruk av ulike typer tjenester. Under faste utgifter gjelder dette spesielt helse- og sosialtjenestene og arbeidssektoren. Her er det primært tale om en standardheving.

Engangsutgiftene er hovedsaklig knyttet til selve omleggingen til åpen omsorg, ved etableringstilskudd til bolig og anskaffelse av tekniske hjelpemidler ved etablering i egen bolig. Økt innsats på disse områdene er en forutsetning for å kunne gjennomføre reformen for HVPU-beboerne.

På boligsektoren er det også et oppsamlet behov for boliger til voksne hjemmeboende som ikke har hatt et alternativ til foreldrehjemmet.

Spesielt i forbindelse med overgangen fra institusjonsomsorg til kommunale tiltak er det avgjørende at overføringene er samordnet med de kommunale planene for utflytting og oppbygging av det lokale tilbudet. Det tilsier at innsatsen må være størst de første årene.

Det er Regjeringens mål at mennesker med psykisk utviklingshemming innen midten av 90-årene skal få et tjenestetilbud og levekår forøvrig som er rimelig sett i forhold til andre grupper. Dette forutsetter en ekstraordinær styrking av kommuneøkonomien og økte bevilgninger på en del poster på statsbudsjettet, hvilket tilsier at andre formål må prioriteres lavere. Dessuten forutsetter det at kommunene følger opp i sine prioriteringer. I kommuner hvor tiltak for hjemmeboende med psykisk utviklingshemming har vært særlig lavt prioritert, forutsetter det også omprioriteringer innen nåværende økonomiske rammer.

I Budsjett-innst. S.nr.11(1988-89) ga Sosialkomiteen uttrykk for fortsatt behov for ørmerking av midler til kommunene til nye og utvidede tjenestetilbud til hjemmeboende, og ba Regjeringen komme tilbake med slike forslag når en hadde bedre oversikt på kostnadsiden.

Av hensyn til kommunenes planlegging vil departementet allerede nå antyde en økning i overføringene til kommunene på kr. 700 millioner for gjennomføringen av reformen i 1991.

Dersom det skulle vise seg å være ytterligere behov for midler, vil dette bli justert i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 1991. Den videre oppbygging vil en komme tilbake til i forbindelse med den årlige budsjettbehandling etter hvert som en vinner erfaring med gjennomføringen.

8.4 OVERFØRINGSORDNINGER.

Regjeringen foreslår at 175 mill. kroner (1990) av HVPU-rammen avsettes til fordeling til små kommuner som totalt sett kommer dårlig ut ved fordelingen av HVPU-rammen. I beløpet er også inkludert midler til å møte Oslo kommunes spesielle situasjon. Størrelsen på beløpet vil bl.a. avhenge av hvor mange Oslo tilhørende personer som vil få ny bostedskommune.

Fordelingen til små kommuner, herunder vertskommuner, foreslås foretatt av fylkesmennene. Sosialdepartementet vil utarbeide egne retningslinjer for fordelingen der fylkesmennene, bl.a. på grunnlag av inntekts- og utgiftsoversikter henført til tjenester til personer som hadde tilbud innen HVPU tidligere, fordeler beløpet. I denne sammenheng vil det også være aktuelt å foreta en skjønnsmessig vurdering av nivået på tjenestene og om utforming/organiseringen av tjenestene er økonomisk rasjonelt lagt opp og i overensstemmelse med intensjonene i reformen.

Om overføringer for å styrke tilbudet til de hjemmeboende - behov for spesielle ordninger

Det foreslås at en betydelig del av ytterligere overføringer til helse- og sosialsektoren ørmerkes til psykisk utviklingshemmede i kommunene i oppbyggingsfasen og fordeles etter spesielle kriterier utenom inntektssystemet. En viser her til at departementet ved fordelingen av styrkingsmidlene i 1989 og 1990 har prioritert kommuner som har relativt mange hjemmeboende psykisk utviklingshemmede. Dette er i tråd med Sosialkomiteens ønske. I tillegg vil det være ønskelig med et visst innslag av skjønnsmessig vurdering av kommunenes organisering av tjenestene og om disse er økonomisk rasjonelt lagt opp og i overensstemmelse med reformens intensjoner. I fordelingen vil det måtte tas hensyn til de faktiske utgifts- og inntektsforhold som knytter seg til tjenester til psykisk utviklingshemmede i kommunene, og til kommunenes generelle økonomiske bæreevne. Fordelingen av disse midlene bør fortrinnsvis skje etter økonomiske kriterier der kommunene får overført et beløp som kompenserer for spesielt høye utgifter. Kompensasjonen bør inntre når utgiftene totalt sett overstiger en grense,

og fordeles mellom kommunene innen den ramme som står til rådighet.

Denne spesielle overføringen foreslås øremerket i reformens oppbyggingsfase. Ut fra de store utgiftsvariasjonene kommunene i mellom er det imidlertid stor sannsynlighet for at en slik øremerket overføringsordning vil være nødvendig i relativt lang tid fremover. Sosialdepartementet vil senere vurdere behovet for overføring til inntektssystemet.

I Ot.prp. nr. 49 (1987-88) er det vist til den skjønnsmessig fordelte delen av det generelle tilskottet i inntektssystemet som virkemiddel til å utjevne skjevheter i utgifter kommuner i mellom. Etter kontakt med fylkesmennene, har Sosialdepartementet kommet til at dette i praksis ikke vil virke tilfredsstillende. Det foreslås at midlene til dette formålet istedet går inn i den øremerkede overføringen som er omtalt ovenfor.

Autistutvalget har i sin innstilling til Sosialdepartementet foreslått en noe annerledes overføringsordning enn den som anbefales ovenfor. Utvalget foreslår at kommunene anses å ha et økonomisk basisansvar som dekkes via inntektssystemet. Det foreslås at staten i tillegg yter et tilskudd til personer som har ressursbehov som overstiger det som overføres via inntektssystemet og normalsatsene fra HVPU-rammen for de personer som hadde tilbud i HVPU.

Autistutvalgets forslag til overføringsordning og den som foreslås her er noe forskjellig utformet, men begge forslagene vil i hovedsak imøtekomme de hensyn som må tas når

utgiftsbelastningen varierer så mye kommunene i mellom.

Departementet vil foreslå at ordningen administreres av fylkesmennene etter nærmere retningslinjer fra departementet. Ved fordelingen av midlene vil det være naturlig å se denne i sammenheng med fordelingen av de 175 mill kroner fra HVPU-rammen som er omtalt ovenfor.

Det vil i tillegg være behov for å overføre midler til fylkene for å kunne gi et behandlingstilbud til psykisk utviklingshemmede med store adferdsavvik som trenger langvarig oppfølging. Behovet er tidligere antydnet å være i størrelsesorden 200 behandlingsplasser på landsbasis.

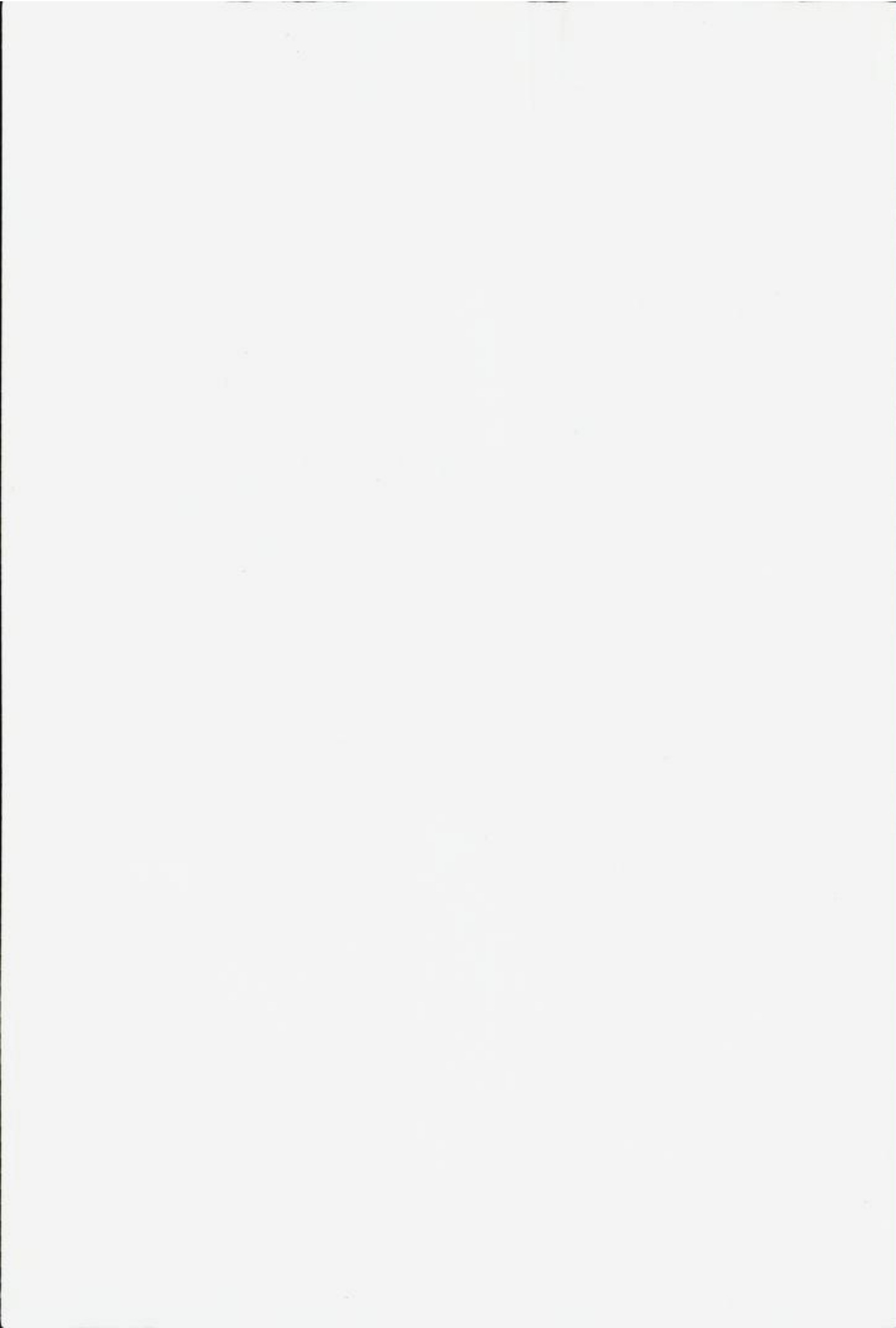
Spesielt om vertskommuner

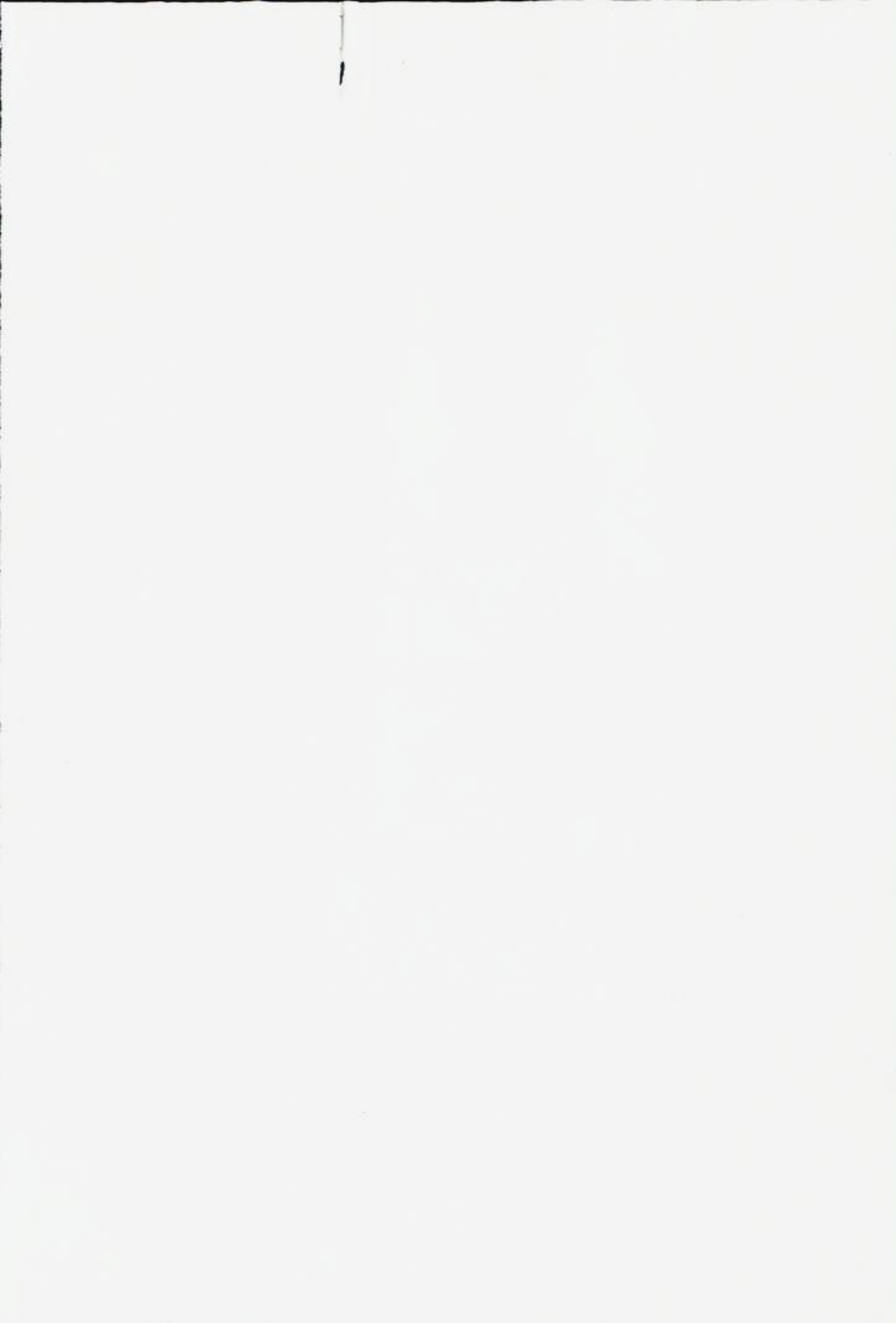
Mange psykisk utviklingshemmede ønsker å bosette seg i vertskommunen til den institusjonen de har bodd på. For vertskommuner som overtar ansvaret for et stort antall institusjonsbeboere, som skal integreres og bo i disse kommunene i mange år fremover, må det sikres at normalsatsene fra HVPU-rammen som følger disse personene ikke blir borte i inntektssystemet etter 1991.

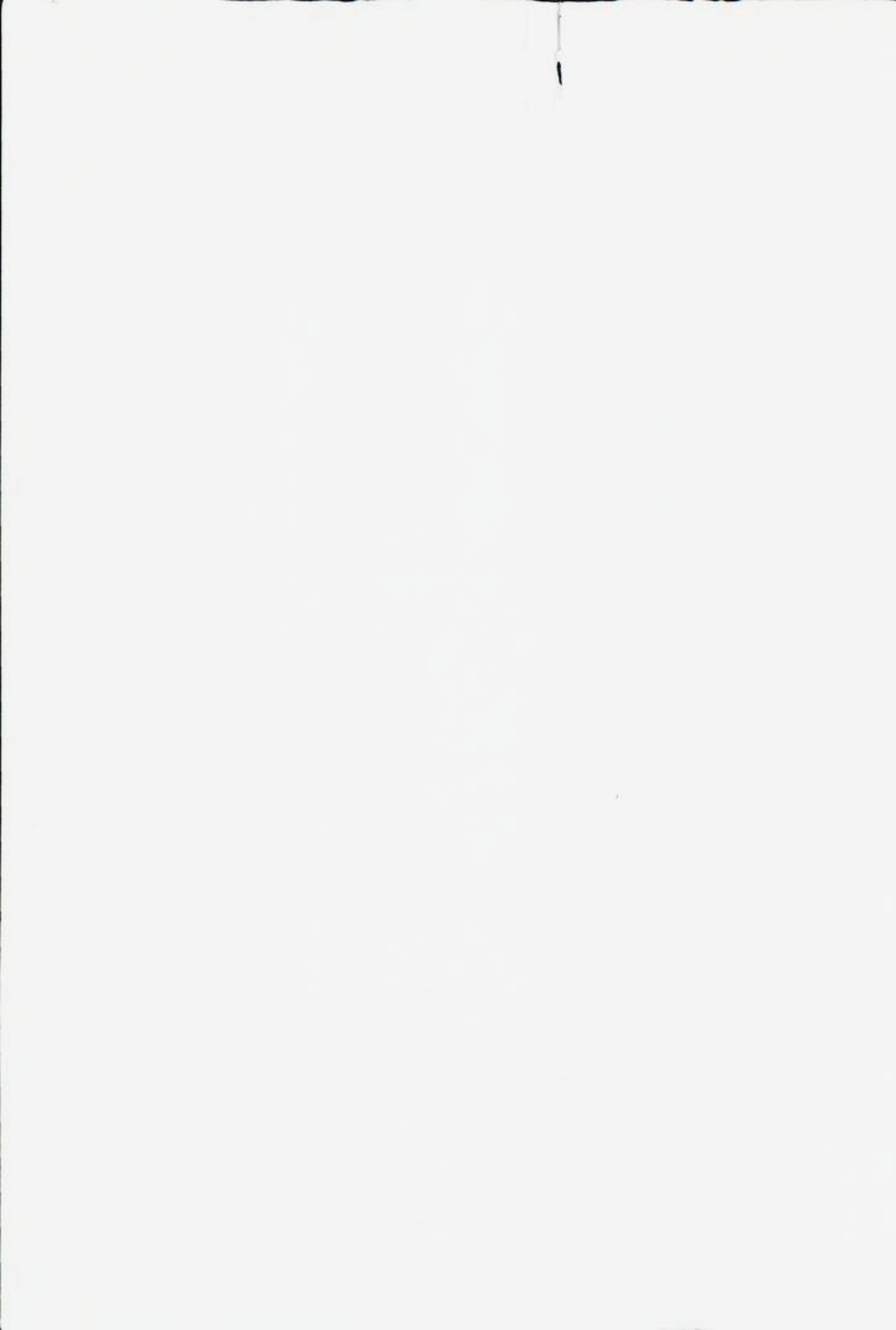
Sosialdepartementet

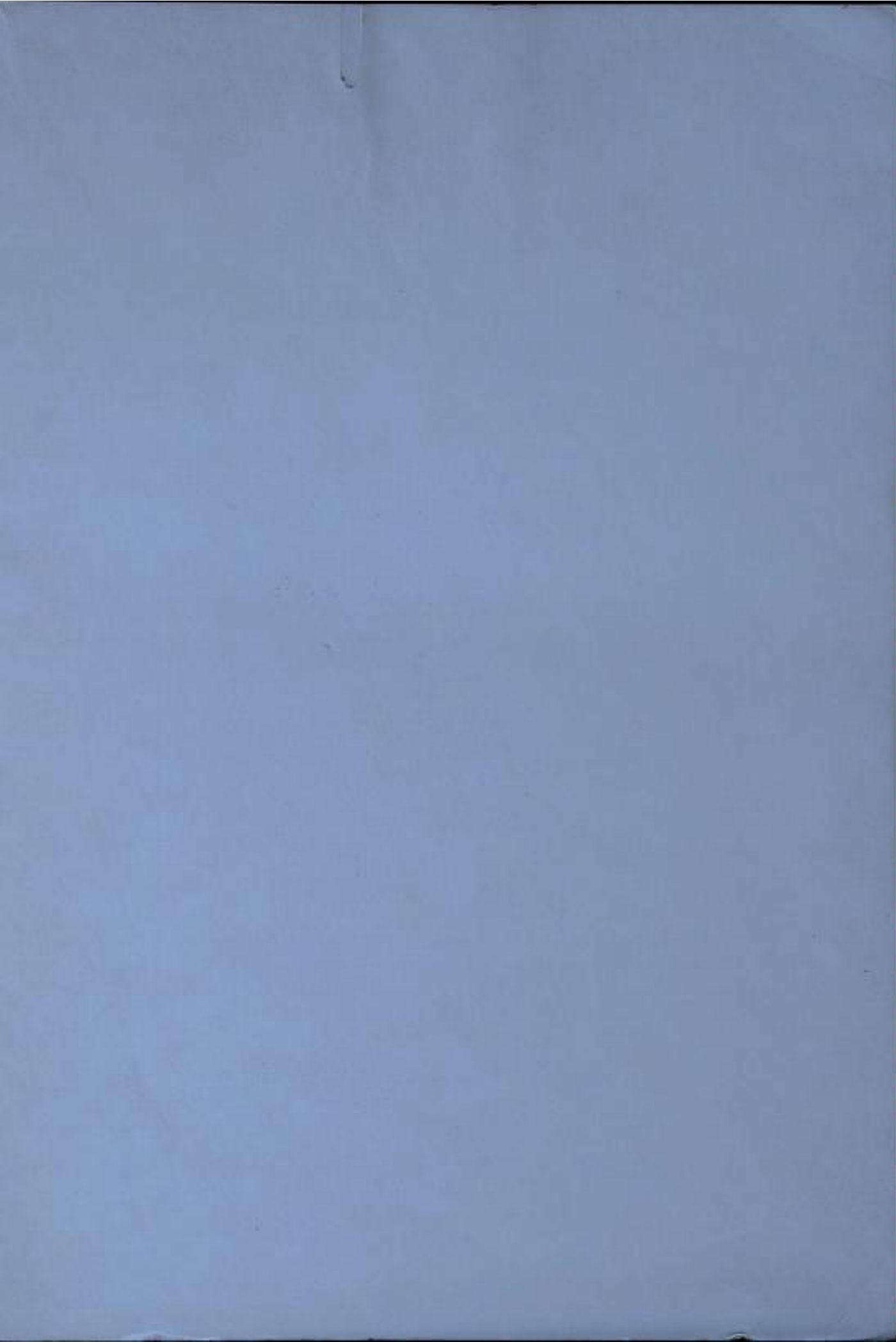
tilrår:

Avtrykk av tilråding fra Sosialdepartementet av 4. mai 1990 Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming blir sendt Stortinget.











Depotbiblioteket



76sd 27 961

NASJONALT
LÆREMIDDELSENTER



00191662

ST. MICHAEL'S COLLEGE (1988-1990) - CHINA (1990-1992) - CHINA (1992-1994) - CHINA (1994-1996) - CHINA (1996-1998) - CHINA (1998-2000) - CHINA (2000-2002) - CHINA (2002-2004) - CHINA (2004-2006) - CHINA (2006-2008) - CHINA (2008-2010) - CHINA (2010-2012) - CHINA (2012-2014) - CHINA (2014-2016) - CHINA (2016-2018) - CHINA (2018-2020) - CHINA (2020-2022) - CHINA (2022-2024) - CHINA (2024-2026) - CHINA (2026-2028) - CHINA (2028-2030) - CHINA (2030-2032) - CHINA (2032-2034) - CHINA (2034-2036) - CHINA (2036-2038) - CHINA (2038-2040) - CHINA (2040-2042) - CHINA (2042-2044) - CHINA (2044-2046) - CHINA (2046-2048) - CHINA (2048-2050) - CHINA (2050-2052) - CHINA (2052-2054) - CHINA (2054-2056) - CHINA (2056-2058) - CHINA (2058-2060) - CHINA (2060-2062) - CHINA (2062-2064) - CHINA (2064-2066) - CHINA (2066-2068) - CHINA (2068-2070) - CHINA (2070-2072) - CHINA (2072-2074) - CHINA (2074-2076) - CHINA (2076-2078) - CHINA (2078-2080) - CHINA (2080-2082) - CHINA (2082-2084) - CHINA (2084-2086) - CHINA (2086-2088) - CHINA (2088-2090) - CHINA (2090-2092) - CHINA (2092-2094) - CHINA (2094-2096) - CHINA (2096-2098) - CHINA (2098-2100)