

Utviklingshemmedes bo- og tjenestesituasjon

Separat analyse av utviklingshemmede
i Helsetilsynets undersøkelse i 2003.
Om Pleie- og omsorgstjenestene
i kommunene

Tittel: **Utviklingshemmedes bo- og tjenestesituasjon**
Separat analyse av utviklingshemmede i Helsetilsynets undersøkelse i 2003. Om Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene

Forfatter: Ivar Brevik

NIBR-notat: 2006:116

ISSN: 0809-6929
ISBN: 82-7071-618-9
Prosjektnummer: O-2268
Prosjektnavn: Bolig- og tjenestetilbud for utviklingshemmede

Oppdragsgiver: Den Norske Stats Husbank (Husbanken)

Prosjektleder: Ivar Brevik

Referat: Notatet gjør rede for prosjektets mandat, oppbygging og innhold og resultatene fra analyse av utviklingshemmedes bo- og tjenestesituasjon i en undersøkelse i regi av Statens Helsetilsyn i 2003. De viser hvor utviklingshemmede bor, fra hvor de kom og når de bosatte seg i kommunale boliger. Videre bruken av fast bemanning ved utføring av praktisk bistand på dag- og nattid samt omfanget av ytt hjelp og bruk av faglig spesialisert hjelp samt tilstrekkelig/utilstrekkelig hjelp fra sykepleie og lege. Og det samme i forhold til sosiale tiltak, praktisk hjelp og tilsyn.

Sammendrag: Norsk

Dato: Juni 2006

Antall sider: 47

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Sinsenvn. 47 B, Postboks 44 Blindern
0313 OSLO

Vår hjemmeside: Telefon: 22 95 88 00
Telefaks: 22 22 37 02
E-post: nibr@nibr.no
<http://www.nibr.no>

Org. nr. NO 970205284 MVA

© NIBR 2006

Forord

Dette notatet er del av rapporteringen fra prosjektet *Bolig - og tjenestetilbud for utviklingshemmede*, som Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) utfører på oppdrag fra Husbanken.

Innledningsvis gjør vi rede for prosjektets bakgrunn, mandat og innhold slik det går fram av mandatet fra Husbanken og NIBRs prosjektforslag. Her er prosjektets delundersøkelser omtalt, herunder seks casestudier i tre kommuner, som er utført i samarbeid med forsker Karin Høyland ved SINTEF. Rammene for og oppbyggingen av hovedprosjektet er således angitt i kapittel 1 i dette notatet.

Det vil seinere bli rapportert fra delundersøkelsene og særlig fra de to surveyene om utviklingshemmedes bo- og tjenestesituasjon som NIBR gjennomførte i et utvalg kommuner i 2005. Disse utgjør hovedmaterialet i prosjektet.

Statens Helsetilsyn gjennomførte imidlertid i 2003 undersøkelsen *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Her inngikk et betydelig antall utviklingshemmede. Vårt prosjekt omfatter analyse av deler av dette materialet. Det er resultatene av dette arbeidet som presenteres i dette notatet.

Siktemålet i denne omgang har vært å gi en oversikt over hovedresultater og enkle analyser av Helsetilsynets datamateriale med særlig relevans for utviklingshemmedes bo- og tjenestetilbud. Vi har imidlertid ikke gått gjennom samtlige relevante aspekter for utviklingshemmede i materialet. De fleste hovedtema er likevel belyst, også spørsmål som befinner seg noe i ytterkanten av de problemstillinger som følger av mandatet for vårt prosjekt, men som er av betydning for utviklingshemmede. Data fra denne undersøkelsen er forøvrig ikke tidligere analysert med samlet henblikk på utviklingshemmede.

Etter vår vurdering avtegner det seg en rekke interessant funn og resultater med betydelig relevans for prosjektets siktemål. Vi har forøvrig nyttet resultatene fra Helsetilsynets undersøkelse ved utformingen av spørreskjemaene i NIBRs undersøkelse. I det videre arbeid med rapporteringen fra prosjektet vil vi nytte resultatene fra Helsetilsynets undersøkelse i hypotesetesting ved analyse av vårt eget undersøkelsesmateriale.

Prosjektet gjennomføres av Ivar Brevik ved NIBR i samarbeid med Karin Høyland ved SINTEF. Ivar Brevik har skrevet og er ansvarlig for dette notatet.

Oslo, juni 2006

Olaf Foss
Forskningsjef

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt	4
Figuroversikt.....	5
Sammendrag	6
Del I Om bakgrunn, mandat og innhold i undersøkelsen Bolig- og tjenestetilbud for utviklingshemmede	10
1 Innledning	11
1.1 Om HVPU-reformen	11
1.1.1 Normalisering.....	11
1.1.2 Standardheving.....	12
1.2 Om bakgrunn og mandat for prosjektet Bolig- og tjenestetilbud for utviklingshemmede	13
1.2.1 Mandatet for undersøkelsen Bolig- og tjenestetilbud for utviklingshemmede	13
1.2.2 Mandatet for undersøkelsens innhold.....	15
1.3 Datainnsamling gjennom fire delundersøkelser	16
1.3.1 Delundersøkelsene 1 og 2 er gjennomført som spørreskjemaundersøkelser ved NIBR	16
1.3.2 Om utvalg for undersøkelsene ved NIBR	16
1.3.3 Brukerundersøkelse ved hjelp av stedfortredere	19
Del II Utviklingshemmedes bo- og tjenestesituasjon. Noen resultater fra Statens helsetilsyns undersøkelse i 2003.....	20
2 Kjennetegn ved utviklingshemmede og hvordan de bor	21
2.1 Oversikt over innholdet i Helsetilsynets undersøkelse.....	21
2.1.1 Kjennetegn ved utviklingshemmede som omfattes av undersøkelsen.	21
2.1.2 Hvor de utviklingshemmede bor	22
2.1.3 Bruk av hjemmehjelp og hjemmesykepleie	22
2.1.4 Vurdering av ulike former for hjelp som er tilstrekkelig	22
2.1.5 Utviklingshemmedes funksjonsnivå	22
2.2 Begrunnelse for egen analyse av utviklingshemmede i Helsetilsynets materiale	23
2.3 Om kjennetegn ved utviklingshemmede i denne undersøkelsen.....	23
2.3.1 Om utvalget.....	23
2.3.2 Noen basiskjennetegn ved utviklingshemmede i undersøkelsen.....	25
2.3.3 Utviklingshemmede og øvrige funksjonshemmede 20-66 år etter type kommunal boform	26
2.4 Utviklingshemmede som bor i kommunalt disponerte boliger etter tid for innflytting og tidligere bosted	28
2.5 Utviklingshemmede etter funksjonsnivå	29

3	Utviklingshemmede som bor med stasjonær service på dag- og nattid	31
3.1	Med fast bemanning på dagtid	31
3.2	Med fast bemanning om natta	33
3.3	Andel utviklingshemmede som bor i med stasjonær eller tett tilgang på tjenester	33
4	Om bruk av ulike tjenester	35
4.1	Om bruk av hjemmehjelp og hjemmesykepleie	35
4.2	Utviklingshemmede som mottar omfattende og/eller faglig spesialisert hjelp	37
5	Oversikt over ulike tiltak som vurderes som utilstrekkelige av kommunenes personell	38
5.1	Personlig og praktisk hjelp i hverdagen, aktiviseringstiltak og sosiale tiltak	38
5.2	Sykepleiefaglig tilsyn, legetilsyn og annet faglig tilsyn	40
	Litteratur	41
Vedlegg 1	Oversikt over spørsmål/ data om utviklingshemmede i undersøkelsen i regi av <i>Statens helsetilsyn</i> med relevans for dette notatet	43
Vedlegg 2A	Mål for evne til å utføre dagligkivets gjøremål og mål for mentale evner	46
Vedlegg 2B	Mål for ulike andre funksjoner	47

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Utviklingshemmede brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester etter kjønn sammenliknet med-ikke utviklingshemmede og alle brukere 20-66 år. Sammenlikning med alle brukere av pleie- og omsorgstjenester i hver kategori i 2003. Prosent.	25
Tabell 2.2	Andel utviklingshemmede bosatt i kommunale boliger/institusjoner eller i ordinære boliger med hjemmehjelp + hjemmesykepleie gruppert etter alder. 2003. Prosent.	26
Tabell 2.3	Funksjonshemmede 20-66 år som ikke bor i egen bolig etter type kommunalt bosted. Utviklingshemmede, andre funksjonshemmede og alle. 2003. Andeler i prosent.	27
Tabell 2.4	Andel av alle utviklingshemmede og øvrige funksjonshemmede 20-66 år som bor i kommunale fellesskapsboliger (bofellesskap eller bokollektiv). Andeler i prosent.	28
Tabell 2.5	Tidspunkt for når utviklingshemmede flyttet inn i kommunalt disponert bolig eller til sykehjem/aldershjem*). Prosent og absolutte tall.....	28
Tabell 2.6	Tidligere bosted blant utviklingshemmede i kommunalt disponerte boliger og institusjoner. Fra hvor har utviklingshemmede flyttet hit. Type tidligere bosted. Andeler i prosent (N=462).	29
Tabell 2.7	Funksjonsvikt hos utviklingshemmede mål med Barthels ADL-indeks for personlige gjøremål og mental/kognitiv svikt målt ved KVD-indeks. Sammenlikning med andre brukergrupper og personer i somatisk sykehjem. Kilde: Romøren 2003, Tabell 3.1 og 3.2.....	30
Tabell 3.1	Andel kommunalt disponerte boliger med fast bemanning og med tilgang på hjelp utenfra etter ventetid om dagen. Funksjonshemmede 20-66 år. Andeler med ulike tilbud etter type kommunal bolig i prosent.	32
Tabell 3.2	Andel kommunalt disponerte boliger med fast bemanning og andel med tilgang på hjelp utenfra etter ventetid om natta. Andeler funksjonshemmede 20-66 år med ulike tilbud etter type kommunal bolig. Prosent.	33
Tabell 4.1	Bruk av hjemmehjelp/praktisk bistand pr uke blant utviklingshemmede og andre funksjonshemmede 20-66 år etter type bosted. Timer pr uke gruppert. Andeler i prosent.....	36
Tabell 4.2	Andel utviklingshemmede som mottar omfattende og/eller faglig spesialisert hjelp. Andel av alle. Prosent.....	37

Figuroversikt

Figur 5.1	Andel utviklingshemmede uten tilstrekkelig hjelp i forhold til personlige daglige gjøremål og praktisk hjelp samt aktivitetstiltak og sosiale tiltak. Sammenlikning med øvrige funksjonshemmede 20-60 år (HVPU1).....	38
Figur 5.2	Andel utviklingshemmede uten tilstrekkelig sykepleiefaglig tilsyn, legetilsyn og annet faglig tilsyn. Sammenlikning med øvrige funksjonshemmede 20-60 år	40

Sammendrag

Ivar Brevik

Utviklingshemmedes bo- og tjenestesituasjon

Separat analyse av utviklingshemmede i Helsetilsynets undersøkelse i 2003.

Om Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene

NIBR-notat: 2006:116

Notatet er delt i to deler. Den første omhandler bakgrunn, mandat og innhold i prosjektet *Bolig- og tjenestetilbud for utviklingshemmede*. Den andre er en analyse av *utviklingshemmedes bo- og tjenestesituasjon* på grunnlag av resultater fra Statens Helsetilsyns undersøkelse i 2003.

Del I

I den første delen gjør vi rede for bakgrunnen for prosjektet *Bolig- og tjenestetilbud for utviklingshemmede* der oppdragsgiver tar utgangspunkt i en del hovedmålsettinger for Reformen i helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU-reformen) fra 1991, med vekt på normalisering og standardisering. Vi gjengir kort noen av de hovedmålsettingene for reformen som oppdragsgiver Husbanken legger til grunn i sitt mandat for prosjektet. Videre gjør vi rede for innholdet i undersøkelsen slik det går fram av mandatet og NIBRs prosjektforslag

Hovedproblemstillingene i prosjektet er knyttet til de fire forhold:

1. Å gi et representativt bilde av boliger og boformer for utviklingshemmede
2. Kommunens bruk av kriterier ved tildeling av bolig og utviklingshemmedes medvirkning ved valg av bolig
3. Samsvaret mellom dagens boligtilbud og utviklingshemmedes ønsker
4. Sammenhengen mellom boform og tjenesteyting.

Prosjektet belyser problemstillingene knyttet til de nevnte forholdene vil bli belyst gjennom fire delundersøkelser. De to første ved hjelp av spørreskjemaundersøkelse som NIBR gjennomført i 59 kommuner og bydeler i 5 større byer i 2005. Utvalgte kommuner var de samme som i Statens helsetilsyns undersøkelse i 2003 om brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester. Svarprosenten var 90, og nettoutvalget omhandler 53 kommuner/bydeler og 1.430 utviklingshemmede personer.

Undersøkelsen ble gjennomført blant utviklingshemmede 20-66 år som bor i egen bolig og som samtidig har vedtak om å motta minst en kommunal tjeneste. Skjemaene er besvart av stedfortreder som er en eller flere kommunalt ansatt fagperson. Resultatene fra disse to del-undersøkelsene vil bli rapportert separat.

Del II

I den andre delen av dette notatet gjør vi rede for resultatene fra analysen av materialet i Statens helsetilsyn sin undersøkelse fra 2003 med vekt på bo- og tjenestesituasjonen. Innledningsvis gir vi en oversikt over innholdet, dvs de spørsmål som er stilt i Helse-tilsynets undersøkelse og begrunner hvorfor vi analyserer dette materialet i vår prosjekt-sammenheng.

Her følger et sammendrag av de viktigste funnene fra denne innledende gjennomgangen av utviklingshemmedes bo- og tjenestesituasjon på grunnlag av datamaterialet i Statens helsetilsyns undersøkelse fra 2003. Vi minner om at det stort sett er svarfordelinger som presenteres og få analyseresultater. Vi vil imidlertid i det videre arbeid med prosjektet reise spørsmål overfor oppdragsgiver om hvilke problemstillinger og tema som burde analyseres nærmere i dette materialet.

1. Hvem undersøkelsen gjelder

Denne undersøkelsen fra 2003 i regi av Statens helsetilsyn er basert på et landsrepresentativt utvalg som besto av 73 kommuner. Undersøkelsen omfatter:

- a) samtlige utviklingshemmede som bor i institusjon eller i bolig som kommunen disponerer til pleie- og omsorgsformål, og
- b) alle som bor i ordinære egen privat bolig eller hjemme hos foreldre/familie og som samtidig mottar *både* hjemmehjelp og hjemmesykepleie.

Alle som bor i ordinær bolig, inkludert hos foreldre, og som enten mottar bare den ene eller den andre tjenesten eller ingen av dem, er holdt utenfor i denne undersøkelsen. Undersøkelsen er således bare representativ for dem som bor i kommunalt disponerte boliger til pleie- og omsorgsformål eller eventuelt i institusjon.

Dette er mao *ikke en representativ undersøkelse av alle utviklingshemmede*. For øvrig holder vi oss i det følgende i hovedsak til aldersgruppa 20-66 år.

2. Hvor de utviklingshemmede bor

Av utviklingshemmede 20-66 år *i dette utvalget* bor 82 prosent i kommunalt disponerte boliger, 2 pst i institusjon og 16 pst i ordinære private boliger. Av dem som bor i kommunale boliger, bor 3 av 10 i omsorgsboliger, mens 7 av 10 bor i ulike typer andre kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål. De utviklingshemmedes relative andel i de to utgavene av kommunal boliger er for øvrig den samme som for andre beboere i samme aldersgruppe.

Blant utviklingshemmede i kommunalt disponerte boliger bor 8 av 10 *i ulike former for bofellesskap og bokollektiv*. Denne andelen er dobbelt så stor som blant øvrige beboere 20-66 år i kommunale boliger.

3. Når de kom til de kommunale boligene og fra hvor

Halvparten har flyttet inn i de kommunalt disponerte boligene etter 1995, dvs da HVPU-reformen jevnt over var fullført, mens nesten hele resten kom til i perioden 1990-1995. Og 4 av 10 er flyttet til nåværende kommunale bolig fra heimen, mens like mange kommer fra annen type kommunalt disponert bolig enn omsorgsbolig. Bare hver femte er flyttet direkte fra HVPU-institusjon.

4. Andel utviklingshemmede med stasjonær service på dag- og nattid

- **Med fast bemanning på dagtid (stasjonært personale)**

Boform og tjenesteyting for utviklingshemmede er jevnt over integrert i svært stor grad. Av alle utviklingshemmede som bor i kommunalt disponerte boliger, har 8 av 10 fast (stasjonær) bemanning knyttet til boligen på dagtid. Andelen med fast bemanning er omtrent den samme som andelen som bor i bofellesskap/bokollektiv. I tillegg bor 13 pst slik at hjelp på dagtid kan tilkalles utenfra og kommer i løpet av 3-10 minutter. Så å si samtlige er plassert i rimelig nærhet til hjelp på dagtid.

Det er en tendens til at omsorgsboligene oftest er plassert nært opp til 'omsorgsbases'. Omsorgsboligbyggingen fra 1994 og utover synes å ha konsolidert og forsterket et mønster med fast bemanning eller bemanning fra omsorgsbases i tilknytning til kommunalt disponerte boliger. Forøvrig har også 75 pst av de øvrige funksjonshemmede under 67 år i kommunalt disponerte boliger tjenestetilførsel gjennom fast bemanning eller fra personale like i nærheten.

- **Med stasjonær bemanning om natta**

Og 7 av 10 utviklingshemmede i kommunalt disponerte boliger, bor med fast personale om natta. I tillegg bor 17 pst slik at hjelp kan tilkalles utenfra i løpet av 10 minutter. I alt 86 prosent av de utviklingshemmede bor med stor nærhet til tilsyn også om natta. Og det er 94 pst som har stasjonær og nær bemanning om natta når de bor i omsorgsboliger, mot 81 pst for dem som bor i andre kommunale boliger. Retningen i de 10 siste års utvikling synes også på denne måten å ha beveget seg mot hyppige tette tjenesteopplegg i kommunale boliger.

Vi har estimert at *av samtlige* utviklingshemmede 20-66 år bor tre av fire i boliger med stasjonær eller omsorgsbases-tilknyttet tjenesteyting på dagtid. En klar majoritet synes å leve under nokså 'kompakte' og institusjonsliknende omsorgsregimer. Realitetene befinner seg i betydelig avstand til idealene om sjølstendige og uavhengige boformer integrert og normaliserte i forhold til samfunnet.

5. Om bruk av praktisk bistand (miljøarbeid)/hjemmehjelp

Henimot halvparten av dem som bor i kommunalt disponerte boliger, har 30 timer eller mer pr uke i hjemmehjelpa. Da nærmer vi oss ett årsverk pr år pr bruker. Og av disse igjen hadde i underkant av halvparten hjemmehjelp i 60 timer eller mer pr uke, dvs hver femte av samtlige med plass i kommunale boliger. I tillegg kommer så bruk av hjemmesykepleie og andre tjenester og tilsyn.

Innslaget av hjelpekrevende brukere må etter vår vurdering være en betydelig del av forklaringen på utstrakt bruk av fast bemanning og samlokaliseringer nær sykehjem og andre omsorgsbases.

6. Om bruk av faglig spesialisert hjelp, hjelp i hverdagen og faglig tilsyn

- **Omfattende og/eller faglig spesialisert hjelp**

Når det gjelder omfattende eller faglig spesialisert hjelp, omfattes hver femte utviklingshemmede *i dette utvalget* av kontrolltiltak i forhold adferdsavvik. Og henimot hver femte mottar behandling for flere eller sammensatte sykdommer eller er underlagt ulike spesialiserte prosedyrer.

- **Personlig og praktisk hjelp i hverdagen, aktiviseringstiltak og sosiale tiltak**

Relativt få utviklingshemmede får 'alt for lite' hjelp i forhold til de fire områdene: hjelp til personlig stell, hjelp til måltider, praktisk hjelp i huset og tilsyn om kvelden/natta. Det gjelder 1-2 prosent. I alt er det jevnt over hver åttende utviklingshemmet som har *for liten eller utilstrekkelig hjelp* på de nevnte områdene.

Det er imidlertid betydelig underskudd på tilstrekkelige *aktivitetstiltak og sosiale tiltak*. For 15 pst av utviklingshemmede rapporteres det om 'altfor liten' aktivitet her og for 4 av 10 er den type aktivitet 'noe for lite', dvs situasjonen mht aktivitetstiltak er utilfredsstillende for 55 pst. Situasjonen mht sosiale tiltak synes enda dårligere, idet en rapporterer at for 6 av 10 er den utilfredsstillende. Dette er i samsvar med tidligere evalueringer av HVPU-reformen, som viser at en ikke har lyktes så godt på disse områdene som f.eks det gjelder det fysiske boligtilbudet.

- **Sykepleiefaglig tilsyn, legetilsyn og annet faglig tilsyn**

Om lag 1-2 pst har direkte utilstrekkelig sykepleiefaglig tilsyn og tilsyn av lege, og i om lag 1 av 20 tilfeller er det mangelfullt. Og det er færre enn øvrige funksjonshemmede i samme alder. Hver femte mangler ulike former for annet faglig tilsyn. Her nevnes særlig *vernepleiefaglige tiltak, habiliteringstjenester* og fysio- og ergoterapi.

Del I

Om bakgrunn, mandat og innhold i undersøkelsen Bolig- og tjenestetilbud for utviklingshemmede

1 Innledning

1.1 Om HVPU-reformen

Ansvar for bo- og tjenestetilbud for psykisk utviklingshemmede ble formelt overført til kommunene 1.1. 1991, den såkalte HVPU-reformen. Reformen skulle gjennomføres fram til 1995.

Det hadde sin bakgrunn i det arbeid som ble lagt fram av Lossius-utvalget i NOU 1985:34, *Levekår for psykisk utviklingshemmede*. Innstillingen ble fulgt av St meld nr 67 (1987-88) *Ansvar for tiltak og tjenester for psykisk utviklingshemmede*. Meldinga omhandler imidlertid ikke mye direkte om ideologi og prinsipper. Gjennomføringen av reformen ble så behandlet i St meld nr 47 (1989-90), *Om gjennomføringen av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming*.

Idegrunnlaget for reformen gjenfinnes imidlertid i Ot prp nr 49 (1987-88), *Midlertidig lov om avvikling av institusjoner og kontrakter om privatpleie under det fylkeskommunale helsevern for psykisk utviklingshemmede* ('avviklingsloven'). Her går det fram at det var bedre og normaliserte levekår som var hovedmålet idet en ved reformen særlig tok sikte på å:

- bedre og normalisere levekårene
- gjøre det mulig å leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre
- avvikle institusjonsomsorgen og bygge ut alternative tilbud.

1.1.1 Normalisering

Reformen ble drevet fram av normaliseringsideologien, som gjennom mer enn tjue år hadde fått stadig større tilslutning.¹ I Lossius-utvalgets innstilling er sammenlikningen med andre det prinsipielle utgangspunktet. I St meld nr 47 (1989-90) legger en til grunn at utviklingshemmede skal ha levekår slik vi ellers ønsker å ha for våre borgere (s 4). I komiteinnstillingen som fulgte la en vekt på at levekårene for utviklingshemmede skulle bedres og normaliseres. En ønsket å legge til rette for at utviklingshemmede så langt som mulig skulle kunne leve og bo sjølstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre (Ot prp nr 49 (1987-88), s 31). 'Avviklingsloven' uttrykte et verdistandpunkt om likeverd (Skjerve 1992). I det ligger forutsetningen om mulighet til å

¹ I det videre arbeidet med prosjektet kommer vi mer utførlig tilbake til bakgrunnen for HVPU-reformen. Den er forøvrig gjort rede for i en rekke sammenhenger. Vi nevner her: *En bedre hverdag? Utviklingshemmedes levekår etter HVPU-reformen* (Tøssebro 1996) og *HVPU-reformen i forskningens lys* (Romøren 1995).

kunne velge hvordan en vil bo innefor det spenn for dette som er vanlig i befolkningen. Utviklingshemmedes levekår skal vurderes fra de normer vi normalt bruker, det skal ikke gjelde en særskilt målestokk for utviklingshemmede.

Med normalisering mens at tjenesteytingen skal ta utgangspunkt i det enkelte menneske som skal gis bidrag til å leve et liv så nært det normale som mulig. I henhold til reformdokumentene bør tjenester ikke knyttes til boligen, men til den enkelte person. Tiltak og tjenester ytes der en bor og av det vanlige tjenesteapparatet. De kommunale tjenestene skal mao ikke ytes som særomsorg, men som del av tjenestene til alle.

Utviklingshemmede skal gis anledning til mer styring med eget liv og med mulighetene til å delta i samfunnet. Normalisering av levekår, roller, av døgn- og livsrytme for den enkelte og normalisering av ansvarsforhold og tjenester er forutsetninger for velferd for utviklingshemmede. Men normalisering vil innebære mål for den enkeltes tilværelse. Normalisering kan slik sett forstås som de forhold som gir best velferd for den enkelte (Tøssebro 1988).

Normalisering og integrering var en viktig ledestjerne, men var i følge Tøssebro og Lundebj (2002) dog ikke et entydig begrep. ”*Grunnbetydningen er imidlertid at funksjonshemmede skal leve et liv som er så likt andres som mulig, og at tjenestene skal ytes på en så lite påfallende måte som mulig*” (op sit s 15).

1.1.2 Standardheving

Intensjonene med reformen var at den skulle føre til en standardheving, og at levekårene skulle bedres og normaliseres. Bakgrunnen var de utviklingshemmedes levekår i institusjonene. Og en var klar på at i ”*normaliseringen av livssituasjonen for mennesker med psykisk utviklingshemming, så er løsningen av boligspørsmålet sentralt*” (Sosialdepartementet, Rundskriv I-31/88).

Noe av målet med HVPU-reformen var at:

- flest mulig utviklingshemmede skulle få eie eller leie egen bolig med samme utforming, standard og plassering som øvrige boliger, og at
- boliger for utviklingshemmede med omfattende behov for tiltak og tjenester *så langt som mulig skulle utformes slik at man unngikk institusjonspreg* (St.meld. nr 67 (1986-87)).

I St meld nr 47 (1989-90) legger en til grunn de prinsipper som allment gjelder i boligpolitikken, og en legger til grunn *de samme krav til boligstandard som for andre mennesker* (op sit s 14).

Dette ble presisert i Husbankens rundskriv HB-1212, kap 4. Her legger en i retningslinjene for finansiering av boliger under HVPU-reformen til grunn at boligene skal:

- være en vanlig bolig i et vanlig bomiljø
- være tjenlige for andre typer hushold i framtida
- være selvstendige leiligheter og at bokollektiv bare brukes til kortvarig avlastning,
- ha livsløpsstandard
- med minsteareal for 2-roms leilighet er 50 kvm og ved livsløpsstandard 55 kvm, og hvor fellesareal er tilleggsareal.

1.2 Om bakgrunn og mandat for prosjektet Bolig- og tjenestetilbud for utviklingshemmede

Med bakgrunn i St meld. nr 40 (2002-2003), *Nedbygging av funksjonshemmedes barrierer*, har Kommunal og regionaldepartementet (KRD) tatt initiativ til en undersøkelse av bolig- og tjenestetilbud for utviklingshemmede. Den Norske Stats Husbank har gitt Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) i oppdrag å gjennomføre undersøkelsen.

I vedlegg til utbudsdokumentet for undersøkelsen av Bolig og tjenestetilbud for utviklingshemmede, *Bakgrunn, mål og problemstillinger for undersøkelsen*, Husbanken, Oslo, 5.5. 2004, gjør en rede for mandat og formål for dette prosjektet.

Som bakgrunn for undersøkelsen viser oppdragsgiver til regjeringens mål om:

å legge forholdene til rette slik at alle som ønsker det skal kunne bo i egen bolig og motta de nødvendige tjenester der. Mennesker med nedsatt funksjonsevne, herunder utviklingshemmede, skal så langt som mulig velge bosted og boform ut fra egen behov og ønsker (op cit).

1.2.1 Mandatet for undersøkelsen Bolig- og tjenestetilbud for utviklingshemmede

I notatet om *Bakgrunn, mål og problemstillinger for undersøkelsen* tar Husbanken utgangspunkt i grunnlaget for iverksetting av reformen i *Helsevernet for psykisk utviklingshemmede* (HVPU) i 1991, der kommunene fikk ansvaret for bo- og tjenestetilbudet til utviklingshemmede. Husbanken viser her til at et av målene med reformen var:

at flest mulig utviklingshemmede skulle få eie eller leie egen bolig med samme utforming, standard og plassering som øvrige boliger (op cit).

Med henvisning til St meld nr 67 (1987-88), *Ansvar for tiltak og tjenester for mennesker med psykisk utviklingshemming*, viser Husbanken til:

at også for utviklingshemmede med omfattende behov for tiltak og tjenester skulle boligene så langt som mulig utformes slik at man unngikk institusjonspreg (op cit).

Disse punktene er for øvrig identiske med målsettingene for HVPU-reformen slik de er gjengitt her i pkt 1.1.2 om standardheving. HVPU-reformens ideologi er mao et sentralt premiss for prosjektets mandat. Her uttrykkes det eksplisitt at prosjektet i betydelig grad skal gjennomføres som en etterprøving av i hvilken grad det bo- og tjenestetilbud som er realisert for utviklingshemmede fram til i dag, er i overensstemmelse med de prinsipper som HVPU-reformen la til grunn, jfr kap 1.1. Dette uttales forøvrig utvetydig og direkte i utbudsdokumentet:

I samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet, Kommunal- og regiondepartementet og Husbanken ønsker Sosialdepartementet å undersøke bo- og tjenestetilbudet for psykisk utviklingshemmede. Det overordnede formålet er å øke kunnskapsgrunnlaget med hensyn til om reformen har bidratt til å nå målene som ble satt i forbindelse med reformen (op cit).

På bakgrunn av Husbankens utbudsdokument kan disse målene oppsummeres slik:

- utviklingshemmede skal så langt som mulig kunne velge bosted og boform ut fra egne behov og ønsker
- flest mulig utviklingshemmede skal disponer bolig med samme utforming, standard og plassering som øvrige boliger
- flest mulig utviklingshemmede skal få eie eller leie egen bolig
- alle som ønsker det skal kunne bo i egen bolig og motta de nødvendige tjenester der
- for utviklingshemmede med omfattende behov for tiltak og tjenester skal boligene så langt som mulig utformes slik at man unngår institusjonspreg

I forhold til bolig, boform og tjenester legger en mao til grunn at utviklingshemmedes situasjon bør *normaliseres* i det en på linje med enhver annen voksen person *så langt som mulig* sjøl skal kunne velge bosted og boform, utforming, standard, plassering og disposisjonsforhold til boligen samt motta kommunale tjenester på ordinært vis. Sjøl for utviklingshemmede med omfattende behov må boform og tjenester ikke få institusjonspreg.

Men prinsipper og mål er ikke utformet i absolutt forstand, idet det er knyttet forbehold til de ovennevnte mål av f.eks typen: 'så langt som mulig', 'flest mulig', 'alle som ønsker det'. Det betyr at i en undersøkelse av hva som faktisk er situasjonen på disse områdene i dag, er vi henvist til å måtte etterprøve *i hvilken grad* en har realisert disse målene, dvs hvor langt har f.eks 'så langt som mulig' blitt realisert.

Men heller ikke så enkelt. Normaliseringsprinsippet i HVPU-reformen kan ikke bare oppfattes som et absolutt mål med modifikasjonsreservasjoner, men er et *regulerende* mål. Et slikt måls natur er at det aldri er ment å skulle nås helt ut. Det skal etterstrebnes, men må ikke under enhver omstendighet etterleves. Ikke bare de faktiske mulighetene, f.eks kommunenes økonomiske evne, skal kunne modifisere det. Også den enkeltes utviklingshemmedes faktiske individuelle behov og ønsker - særlig de som avviker fra hovedretningen - må tas hensyn til.

Normaliseringsprinsippet er etter vår vurdering ikke et absolutt men et *regulerende mål*: Utgangspunktet for HVPU-reformen var at et betydelig antall av utviklingshemmede var plassert i institusjon². Noen fordi institusjonsløsningen på sett og vis var adekvat ut fra ut tidens oppfatning og organisering av tilbudet, mens andre ut fra rimelighetsbetraktninger var feilplassert. Sjøl om reformen innebar avinstitusjonalisering i den forstand at det radikalt ble flyttet ut fra institusjonene - nesten samlet avvikling - var det ikke slik at alle kunne flytte direkte ut i den ordinære boligmassen som om det hele dreide seg om vilkårlig skifte av bolig. En skulle tross alt bosettes ut fra de de facto handicaps en faktisk og fortsatt hadde. Det innebar i praksis på den ene sida flytting til alt fra til nye miniinstitusjoner i form av kommunale bokollektiver - ofte med mer eller mindre institusjonsregime - til sjølstendige boliger i den ordinære boligmassen. Det siste i mindre grad, slik resultatene fra vår undersøkelse også vil vise. Poenget er at den nye bosettingen av tidligere institusjonsbeboere skjedde langs hele denne skalaen, dog mest i form av kommunale gruppeboliger fordi utviklingshemmedes faktiske helsemessige og sosiale situasjon i hovedtrekk tilsa at dette oftest var det mest hensiktsmessige.

² En kan ofte få inntrykk at HVPU-reformen gjadt majoriteten av utviklingshemmede. Det var langt fra tilfellet. I følge oppgaver fra Helsedirektoratet bodde i 1989 vel 2.400 utviklingshemmede i sentralinstitusjoner og 2.900 bodde i mindre institusjoner eller vernet boliger. En regnet at om lag 5.100 på denne måten hadde et døgntilbud. I 1995 var det i alt registrert 18.611 utviklingshemmede i Norge. Det betyr at 70 pst av utviklingshemmede bodde andre steder enn i HVPU-institusjoner (Tøssebro 1996, 3 8-10).

Det er således ikke en realistisk problemstilling for en undersøkelse i ettertid å legge opp til en kartlegging og gå gjennom med kommunene det ideelle spørsmålet om hvorvidt 'alle' utviklingshemmede er blitt 'absolutt' normaliserte mht bolig og tjenester. Men heller om boligtilbud og tjenester er utformet og gitt så nært som mulig opp til det normale, dvs ut fra hensiktsmessighet der en har tatt i betraktning de betydelige handicaps og avvik fra det 'normale' som de utviklingshemmede faktisk representerer, herunder bredden i graden av handicaps hos de utviklingshemmede. Disse problemstillingene kommer vi tilbake til i hovedrapporten fra prosjektet.

1.2.2 Mandatet for undersøkelsens innhold

På bakgrunn av mandatet for prosjektet avtegner det seg en undersøkelse i 4 hoveddeler. Denne er beskrevet i det prosjektforslaget fra NIBR som ligger til grunn for undersøkelsesopplegget og arbeidet med prosjektet³.

Hovedproblemstillingene knyttet til de fire hoveddelene av undersøkelsen går fram av det nevnte utbudsdokumentet og er som følger:

1. Representativt bilde av boliger og boformer for utviklingshemmede

- Hvilke boliger tilbys utviklingshemmede i dag med hensyn til:
 - boligtype, boform, utforming av boligen, størrelse og standard, disposisjonsform
 - samt type bosted og boligens plassering i den lokale bosettingen
- Hva er det kommunene sjøl har lagt til grunn for de valg av boformer som er gjort?

2. Kommunens bruk av kriterier ved tildeling av bolig og utviklingshemmedes medvirkning ved valg av bolig

I undersøkelsen kartlegges kommunens bruk av kriterier ved tildeling av bolig og utviklingshemmedes medvirkning ved valg av bolig:

- Bruk av kriterier ved boligtildeling
 - Er det slik at kommunene anvender kriterier for tildeling av boliger, og hvordan er disse utformet?
 - Etter hvilke kriterier gir kommunene utviklingshemmede tilbud om bolig (f. eks etter alder eller pleievurdering)?
- Medvirkning ved valg av bolig
 - I hvilken grad har de utviklingshemmede fått ta del i valget av sin bolig og sine samboere?
 - I hvilken grad foretar pårørende avgjørelsen mht valg av boligen?

3. Samsvar mellom dagens boligtilbud og ønsker

I undersøkelsen kartlegges samsvar mellom dagens boligtilbud og utviklingshemmedes ønsker slik:

- Har alle utviklingshemmede i kommunen med et utilfredsstillende behov for bolig fått et tilbud om bolig?

³ Undersøkelse av *Bolig- og tjenestetilbud for utviklingshemmede*. Prosjekttilbud til Husbanken fra NIBR og SINTEF, Oslo, 10. juni 2004

- Om en har fått tilbud om bolig, samsvarer så det med den enkeltes ønsker?
- Hvilke prosedyrer nyttes for å finne fram til ønsket tilbud?
- Hvilke prosedyrer nyttes når utviklingshemmede ikke aksepterer tilbudet eller ønsker å flytte?
- Hvilke muligheter har den enkelte til å skifte kommunal bolig?
- I hvilken grad opplever de pårørende at det er samsvar mellom behov og tilbud?"

4. Sammenhengen mellom boform og tjenesteyting

- I hvilken grad er tjenesteytingen gjort avhengig av boformen?
- Hvordan fungerer særskilte boformer i forhold til å yte tjenester?

1.3 Datainnsamling gjennom fire delundersøkelser

Dette prosjektet gjennomføres ved hjelp av data fra 4 ulike delundersøkelser (datainnsamlers navn i parentes):

1. En bredt anlagt intervjuundersøkelse av utviklingshemmedes bolig- og tjenestetilbud ved bruk av spørreskjema på *kommunenivå* med kommunale representanter i 59 kommuner/bydeler (NIBR)
2. En kartlegging av boforhold, bruk av kommunale tjenester samt medvirkning, sosial kontakt og fritidsaktiviteter etter fastlagt skjema på *individnivå* av samtlige registrerte utviklingshemmede 20-66 år som bor i egen bolig i de samme 59 kommunene/bydeler (NIBR)
3. En case-studie i med 6 utvalgte boliganlegg i 3 kommuner av erfaringer med organisering og drift av boliger for utviklingshemmede (SINTEF)
4. En analyse av Statens helsetilsyns undersøkelse i 2003 av brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester, herunder utviklingshemmede (Statens helsetilsyn).

1.3.1 Delundersøkelsene 1 og 2 er gjennomført som spørreskjemaundersøkelser ved NIBR

Undersøkelsene ved NIBR er således **to-delt**. I første del - kommuneundersøkelsen innhentes data på *kommunenivå*. Her er kommune undersøkelsesenheter. Den andre delen - individundersøkelsen - gjelder alle utviklingshemmede 20-66 år i de samme kommunene/bydelene i henhold til det administrative registeret og som i tillegg bor for seg sjøl.

1.3.2 Om utvalg for undersøkelsene ved NIBR

Undersøkelsen er basert på administrativt utvalg

Utvalget for denne kartleggingen er hentet ut på grunnlag av en statlig liste i Sosial- og helsedirektoratet over utviklingshemmede i kommunene (på grunnlag av kommunal innrapportering av antall utviklingshemmede i kommunene hvert år som grunnlag for fordeling i statens rammeoverføringer til kommunene i inntektssystemet for kommuner og fylkes-

kommuner)⁴. Opplysningene om *antall utviklingshemmede* i kommunene og på landsbasis *pr 1.1 2005* er lagt til grunn for utvalget for undersøkelsen⁵ som omfattes av 51 av de 73 kommunene som inngikk i Helsetilsynets undersøkelse.

Vi nytter således et *administrativt utvalg* for undersøkelsen, dvs personer som på forhand er klassifisert som utviklingshemmede (herunder inngår som kriterium at det for samtlige foreligger enkeltvedtak om at vedkommende skal ha en eller flere kommunale tjenester). En del personer som er utviklingshemmede, men som ikke er registrert som brukere av kommunale tjenester, vil falle utenfor utvalget. Det er imidlertid i denne sammenhengen ikke et problem, da det er bruken av kommunalt bo- og tjenestetilbud som er siktemålet med undersøkelsen. NIBR nytter således i sine undersøkelser et administrativt utvalg definert på nevnte måte.

Om utvalg av kommuner

Undersøkelsene 1 og 2 er gjennomført innenfor det samme utvalg kommuner som lå til grunn for Helsetilsynets undersøkelse i 2003 av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene.⁶ Denne ble gjennomført i et landsrepresentativt utvalg bestående av 73 kommuner. De fem større byene som inngikk i utvalget var representert ved bydeler.⁷

Undersøkelsesutvalget i Helsetilsynets undersøkelse gjaldt *samtliges beboere i kommunale boliger til pleie og omsorgsformål og i institusjoner* samt alle hjemmeboende med både hjemmesykepleie- og hjemmehjelp, i alt 13.240 brukere, herunder 628 utviklingshemmede⁸. Alle data ble samlet inn av kommunalt personale.

I vår undersøkelse ved NIBR i 2005 har vi nyttet det samme utvalget kommuner. Vi har imidlertid utelukket de 23 kommunene⁹ i Helsetilsynets kommuneutvalg hvor det pr 1.1. 2005 bodde færre enn 10 utviklingshemmede 16 år og eldre¹⁰ i henhold til Sosial- og

⁴ Den kommunale administrasjon skal for interne formål ha et register (liste) over alle utviklingshemmede som er tildelt tjenester av kommunen og for hvem det foreligger enkeltvedtak med hjemmel i Lov om sosiale tjenester, § 4-2 og/eller § 4-3 i Lov om helsetjenester i kommunen.

⁵ Pr 1.1. 2005 var det 19.917 utviklingshemmede registrert i kommunene, derav 15.193 16 år og eldre. Disse foreligger samtidig i interne kommunale registre.

⁶ Vi viser her til undersøkelsen *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud* som ble gjennomført vinteren 2003. Den er rapportert fra NOVA og beskrevet av Helsetilsynet. Resultatene er rapportert i Helsetilsynets rapport, nr 10 2003.

⁷ Dette gjelder byene Oslo, Bergen, Trondheim, Kristiansand, Tromsø, samt deler av Asker. Fra Bergen mottok en imidlertid ikke svar. Forøvrig mottok en svar fra 70 av de 73 kommunene.

⁸ Av Sosial- og helsedirektoratets registrering pr 1.1. 2004 bodde det i disse kommunene imidlertid 4.500 utviklingshemmede 16 år+. Den betydelige differensen i forhold til de 628 som inngår i Helsetilsynets undersøkelse, må for en stor del tilskrives at de 4 største byene som inngår i Helsetilsynets undersøkelse, bare er representert ved bydeler, inkludert Asker. Registreringsdata fra SHD gjelder imidlertid hele byene Oslo, Trondheim, Kristiansand, Tromsø, samt Asker, hvor det pr 1.4. 2004 bodde 2.694 utviklingshemmede. Resten kan sannsynligvis tilskrives det forhold at en betydelig andel utviklingshemmede i egen privat bolig ikke mottar både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, slik forutsetningen er for Helsetilsynets utvalg var.

⁹ I disse 23 kommunene bodde det til sammen 137 utviklingshemmede 16 år +. I alt var det pr 1.1. 2005 103 kommuner (24 % av kommunene) med under 10 utviklingshemmede 16 år +. Disse utgjorde i alt 590 utviklingshemmede 16 år +, eller 4 prosent av alle administrativt registrerte utviklingshemmede 16 år + i våre kommuner i 2005.

¹⁰ I mindre kommuner med et lite antall utviklingshemmede, vil vi antakelig finne en betydelig variasjon i bolig- og tjenestetilbud og hvordan dette er organisert. Vi ønsker imidlertid å undersøke mønstre i bolig- og tjenestetilbud. Da er det en fordel å ha et så vidt stort antall brukere at tilbudene framstår som tilbud for representative *grupper*. Dette også fordi vi i dette prosjektet ikke

helsedirektoratets liste over utviklingshemmede med vedtak om minst en kommunal tjeneste.

Vårt utvalg besto i alt av 51 kommuner (46 + 5 større byer) med mer enn 10 utviklingshemmede 16 år og eldre. De fem nevnte større byene er representert ved 13 bydeler¹¹. Således besto undersøkelsens bruttoutvalg av 59 kommuner/bydeler.

NIBRs undersøkelse gjennomføres således i 51 av de samme kommunene som inngikk i Staten helsetilsyn sin undersøkelse om Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene i 2003 (Helsetilsynet 2003).

I utvalget for NIBRs undersøkelse inngår alle administrativt registrerte utviklingshemmede 20-66 år som bor i egne boliger. Utviklingshemmede som bor hos foreldre, familie eller andre foresatte omfattes ikke av undersøkelsen.¹²

Om datainnsamling, data og svarprosent

Da det ikke har vært ressurser i prosjektet til personlige intervju, har undersøkelsene ved NIBR måttet gjennomføres som *postenquete*, etter strukturert spørreskjema, oftest med ferdige og lukkede svarkategorier.

Datainnsamlingen ble foretatt i tidsrommet november 2005-februar 2006. Data forelå analyseklare pr 10. april 2006 og analysene er nå under arbeid ved NIBR. I hovedrapporteringen fra prosjektet kommer vi mer utførlig tilbake til utvalget for undersøkelse, datainnsamlingen, metoder og analyseopplegg.

Vi har mottatt svar både i kommune- og individundersøkelsen fra samtlige 13 bydeler i de fem byene. Dessuten har 40 av de 46 øvrige kommunene besvart begge skjema. Vi har således mottatt positivt svar fra 53 av de 59 kommunene/bydelene. Svarprosenten er 90. Det betrakter vi som svært tilfredsstillende samtidig som eventuelle utvalgsskjevheter pga frafall vil måtte være små.

Bruttoutvalget i individundersøkelsen utgjør ca 1700 personer 20-66 år i egne boliger i de 53 kommunene /bydelene eller *alle* utviklingshemmede 20-66 år som bodde slik. Nettoutvalget består av 1430 personer. Svarprosenten på individnivå er mao ca 84 prosent. Det mindre frafallet i denne delen kommer vi mer utførlig tilbake til i hovedrapporteringen fra prosjektet.

I kommuneundersøkelsen har vi kartlagt alle administrativt registrerte utviklingshemmede uavhengig av alder. Videre registreres alle etter type disposisjonsforhold til boligen, dvs etter om en bor i sjøleid bolig, kommunalt disponert bolig eller hos foreldre /familie/pårørende.

søker er en uttømmende kartlegging av alle variasjonsmønstre, men hva som i hovedsak *kjenner* tegner bolig og tjenestetilbud til utviklingshemmede på landsbasis.

¹¹ Disse var med antall bydeler i parentes: Oslo (3), Kristiansand (2), Bergen (2), Trondheim (4) og Tromsø (2)

¹² Personer som bor hos pårørende eller er 67 år+ omfattes ikke av undersøkelsen. For de eldste vil utvalget ha blitt komplisert ved eldreomsorgsproblematikk. Bolig og tjenestesituasjonen for de som bor hos pårørende, er dessuten ofte vesentlig annerledes enn for dem som bor i egen bolig. En viktig årsak til at vi har valgt slik, skyldes at koplingen boform og tjenesteyting står sentralt i undersøkelsen.

I følge en undersøkelse fra 2001 av utviklingshemmede 20-66 år som ikke bodde hos foreldre/familie/foresatte (Tøssebro 2002), bodde om lag 8 av 10 i egne boliger/leiligheter eller i bokollektiv/-bofelleskap eller samlokaliserte boliger, de aller fleste kommunale. I denne undersøkelsen vil vi få en nøye kartlegging av fordelingen av utviklingshemmede etter boform.

Undersøkelsen vil for første gang gi en nokså pålitelig kvantitativ oversikt over utviklingshemmede i Norge etter alder, boform og disposisjonsforhold til boligen.

1.3.3 Brukerundersøkelse ved hjelp av stedfortredere

I prosjektsøknaden pekte vi på at de problemstillinger som lå til grunn for prosjektet og undersøkelsesopplegget forutsatte en god del vurderinger og subjektivt skjønn, bl.a knyttet til bolig- og tjenestetilbud og trivsel og fornøydhed. Da det ikke var ressurser til direkte intervju, ei heller mulig å få fram disse subjektive vurderinger på en tilfredsstillende måte direkte fra de utviklingshemmede sjøl, unntatt fra et mindretall (jfr Tøssebro og Lundebry 2002), var vi uansett henvist til å benytte stedfortreder, fortrinnsvis de utviklingshemmedes nærpersioner¹³.

Men også det vil være problematisk, fordi svarene da vil være gitt av andre. Det er nærpersionens og ikke den utviklingshemmedes vurderinger som vil bli registrert. Derfor er det i slike sammenhenger tilrådelig mest mulig å unngå vurderende spørsmål. Dette står imidlertid noe i motsetning til noe av intensjonen med prosjektet slik oppdragsgiver hadde utformet det. Her var det gjort ønskelig at utviklingshemmedes egne vurderinger skulle gis anledning til uttrykk.

På grunnlag av de begrensede ressurser som forelå til datainnsamling og analyse, var en direkte brukerundersøkelse, dvs intervju med de utviklingshemmede sjøl eller deres pårørende, uansett ikke gjennomførbart. Vi har valgt - på samme måte som Statens helsetilsyn - å erstatte dem ved å nytte kommunalt ansatte fagpersioner som informanter

I denne sammenhengen er vi henvist til å nytte den instans i kommunene som kjenner best til bolig- og tjenestetilbudet på overordnet plan, da det som nevnt ikke var ressurser til å gjennomføre intervjuene ved personlige stedfortredere. Intervjuene er således gjennomført ved hjelp av en eller flere *persioner i det kommunale tjenesteapparatet* som kjenner den utviklingshemmede så godt at svar kan avgis på vegne av vedkommende. I begge delundersøkelsene er det representant (er) fra *kommunene som besvarer skjemaene*.

Brukerperspektivet vil imidlertid til en viss grad bli ivaretatt gjennom case-studiene i 6 boliganlegg bebodd av utviklingshemmede, hvor vi har fått inngående kunnskap om de enkelte utviklingshemmedes opplevelser og vurdering av bo- og tjenestesituasjonen.

For fortsatt å bøte på brukerperspektivet har vi lagt opp til en å supplere vår undersøkelse med en analyse av allerede innsamlet materiale i undersøkelsen *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud* i regi av Statens helsetilsyn (Helsetilsynet 2003). Denne undersøkelsen har nokså omfattende opplysninger om utviklingshemmede, bl.a om funksjonsnivå og mentale evner, jfr kap 2.1. Slik sett inneholder den også personopplysninger.

¹³ Det problematiske knyttet til å innhente opplysninger om utviklingshemmedes situasjon og levekår ut over det som er observerbart for hvem som helst, dvs forhold av mer subjektiv karakter er drøftet i forskningslitteraturen. Vi henviser her bl.a til Tøssebro og Lundebry 2002, kap 3

Del II

Utviklingshemmedes bo- og tjenestesituasjon. Noen resultater fra Statens helsetilsyns undersøkelse i 2003

2 Kjennetegn ved utviklingshemmede og hvordan de bor

2.1 Oversikt over innholdet i Helsetilsynets undersøkelse

2.1.1 Kjennetegn ved utviklingshemmede som omfattes av undersøkelsen.

Denne innledende del-analysen av utviklingshemmedes bo- og tjenestesituasjonen i vårt prosjekt: *Bolig- og tjenestetilbud for funksjonshemmede*, bygger på data samlet inn i en undersøkelse i regi av Statens Helsetilsyn i 2003. Den gjelder utviklingshemmede i et representativt utvalg av 73 kommuner De som inngikk i utvalget var:

- samtlige beboere i kommunale boliger til pleie og omsorgsformål/institusjoner,
- alle hjemmeboende med både hjemmesykepleie- og hjemmehjelp

Undersøkelsen omfatter i alt 13.240 brukere, herav 628 utviklingshemmede¹⁴.

Alle data ble samlet inn av kommunalt personale og er basert på deres kunnskap og vurderinger.

Undersøkelsen inneholder basisopplysninger som:

- kjønn, alder og
- årstall for flytting til nåværende kommunalt bolig, og
- hvilken boform disse flyttet fra.

¹⁴ I henhold til Sosial- og helsedirektoratets registrering pr 1.1. 2004 bodde det imidlertid i disse kommunene ca 4.500 utviklingshemmede 16 år+. Den betydelige differensen i forhold til de 628 som inngår i Helsetilsynets undersøkelse, må for en stor del tilskrives at de 4 største byene som omfattes av Helsetilsynets undersøkelse, bare er representert ved bydeler, inkludert deler av Asker. Registreringsdata fra SHD gjelder imidlertid hele byene Oslo, Trondheim, Kristiansand, Tromsø samt Asker. I disse 5 kommunene bodde pr 1.4. 2004 2.694 utviklingshemmede. Mye av resten av differansen kan sannsynligvis tilskrives det forhold at en betydelig andel utviklingshemmede i egen privat bolig ikke mottar både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, slik forutsetningen er for Helsetilsynets utvalg var. Undersøkelsen er således bare representativ i forhold til utviklingshemmede som bor i kommunale boliger/institusjoner.

2.1.2 Hvor de utviklingshemmede bor

I undersøkelsen i regi av Statens helsetilsyn skiller det mellom:

- *omsorgsboliger* (bygget med tilskudd fra Husbanken fra og med 1994) og,
- *annen bolig med kommunal disposisjonsrett* (annen type tilrettelagt bolig, servicebolig, bofellesskap, trygdebolig eller lignende).

En har kartlagt om boligene inngår i et *bofellesskap* eller *bokollektiv* og om de har *fast bemanning*.

En har videre kartlagt *hvor nær hjelpen er* for utviklingshemmede bosatt i denne typen boformer, enten ved å være *stasjonær* eller om den må *tilkalles uten ifra* innen kort tid (3-5 min, 5-10 min, mer enn 10 min). Dette i forhold til tjenester separat både på *dagtid* og *nattid*.

2.1.3 Bruk av hjemmehjelp og hjemmesykepleie

En har videre nøye kartlagt *bruken av hjemmehjelp/praktisk bistand og hjemmesykepleie* målt ved antall timer pr uke på dagtid (antall ganger og varighet) samt antall ganger pr uke med hjemmesykepleie i mindre enn 15 minutter og antall ganger med besøk som varer mer enn 1 time.

Dessuten er registret regelmessig tilsyn fra hjemmesykepleien om kvelden og om natta. En har også kartlagt utbredelsen av trygghetsalarm.

Likeens foreligger opplysninger om hvor lenge hver enkelt utviklingshemmet har mottatt det omfang av hjelp vedkommende nå får.

2.1.4 Vurdering av ulike former for hjelp som er utilstrekkelig

Det er videre foretatt en kartlegging av hvorvidt personer med hjelp - inkludert utviklingshemmede - *har tilstrekkelig hjelp* etter en 4-punkts skala når det gjelder hjelp til:

personlig hygiene og stell	mat og måltider	praktisk hjelp i huset
tilsyn om kvelden/natten	aktivitetstiltak	sosiale tiltak
sykepleiefaglig tilsyn	legetilsyn	annet faglig tilsyn

2.1.5 Utviklingshemmedes funksjonsnivå

Undersøkelsen inneholder data om utviklingshemmedes *funksjonsnivå etter Barthels adl-indeks* (se vedlegg til dette notatet), som også inkluderer hjelpebehov i forhold til mobilitet, men særlig behov i forhold til hjelp til personlig stell og pleie og fødeinntak.

Utviklingshemmede med hjelp er videre *vurdert etter mental evne* etter en 4-punkts skala når det gjelder hukommelse, orienterings- og vurderingsevne, samfunnsaktiviteter og huslige gjøremål. Hvordan disse målene eller indeksene er bygd opp går fram i Vedlegg II til dette notatet.

Dette materialet er særlig verdifullt fordi det er foretatt individuelle *pleietyngdemålinger* og vurderinger av *mental evne*. Vi vet at det også blant utviklingshemmede er stort spenn mht dette, noe som bekreftes av Helsetilsynets undersøkelse (Romøren 2003). Dette er svært viktige data for vurdering både av bo- og tjenestesituasjon. Egen innsamling av dette på nytt, vil ha krevd betydelige ressurser.

Materialet gir videre anledning til analyse av hvordan utviklingshemmede bor, deres nærhet til offentlige tjenester, omfanget av disse tjenestene og om den hjelpen som gis er tilstrekkelige. Alle sentrale og nødvendige basisdata foreligger.

Vi viser til *Vedlegg I* for mer eksakt oversikt over de spørsmål som er stilt og dermed hvilke data som foreligger om utviklingshemmede og som kan analyseres nærmere i Helsetilsynets undersøkelse om *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*.

2.2 Begrunnelse for egen analyse av utviklingshemmede i Helsetilsynets materiale

NIBR har i dette prosjektet gjennomført en egen datainnsamling både på kommune- og individnivå i de samme kommunene hvor Helsetilsynet gjennomførte sin undersøkelse i 2003. Når vi likevel har gått inn i Helsetilsynets materiale er det to grunner til det.

For det første har Helsetilsynet i kraft av sin vinkling av undersøkelsen tatt opp spørsmål som befinner seg noe i ytterkanten av de problemstillinger som følger av mandatet for vårt prosjekt, men som er av vesentlig betydning. Dette gjelder bl.a. registrering av hvorvidt utviklingshemmede mottar særlig omfattende og/eller spesialisert hjelp. Videre en gradert vurdering av hvorvidt hjelpa til utviklingshemmede på en rekke felter er tilstrekkelig.

På den andre siden har vi nyttet resultatene fra Helsetilsynets undersøkelse ved utformingen av spørreskjema i vår egen undersøkelse, i det de resultatene derfra som presenteres i dette notatet, ble analysert og forelå før vi utformet vårt spørreskjema. Således har vi ved kartlegging av omfang og tidspunkt for mottatt praktisk bistand (hjemmehjelp o.l) og hjemmesykepleie nyttet samme spørsmål og spørsmålsformuleringer som i Helsetilsynets undersøkelse. I den videre analysen vil vi nytte resultatene fra denne undersøkelsen i hypotesetesting for analyse av vårt eget undersøkelsesmateriale.

2.3 Om kjennetegn ved utviklingshemmede i denne undersøkelsen

2.3.1 Om utvalget

Helsetilsynets undersøkelse omfatter også personer som er utviklingshemmet i de 73 kommunene som inngår i det landsrepresentative utvalg et ¹⁵. Hvem som er gruppert som

¹⁵ Utvalget besto i utgangspunktet av 76 kommuner, men 3 falt fra ved datainnsamlingen. De 73 kommunen som inngikk i nettoutvalget for undersøkelsen utgjorde 17 pst av kommunene i landet. Utvalget av kommuner var stratifisert etter flere kjennetegn. Først etter de fem landsdelene. Der- nest ble det innenfor de utvalgte fylkene i hver landsdel trukket et tilfeldig og like stort antall kommuner etter størrelse basert på variasjon i kostnader ved kommunal tjenesteproduksjon

utviklingshemmet er basert på vurderinger og opplysninger fra en kommunal fagperson som kjenner den utviklingshemmede¹⁶. For å komme med i undersøkelsen må en dessuten:

- a) bo i institusjon eller i bolig som kommunen disponerer til pleie- og omsorgsformål eller
- b) bo i egen ordinær privat bolig eller hjemme hos foreldre/familie og samtidig motta *både* hjemmehjelp og hjemmesykepleie.

Kravet om både å ha hjemmehjelp og hjemmesykepleie for å komme med i undersøkelsen, gjelder således bare dem som bor i private boliger, det være seg i egen boliger eller om en bor hos foreldre, familie/foresatte. Alle utviklingshemmede som bor i kommunalt disponerte boliger (omsorgsboliger, serviceboliger o.l) og eventuelt i institusjon vil i utgangspunktet være omfattet av undersøkelsen.

Av dem som bor heime, er imidlertid bare de kommet med som *både har hjemmehjelp og hjemmesykepleie*. Utviklingshemmede som bor i privat ordinær bolig og ikke mottar begge de nevnte tjenestene - men som f.eks har den ene eller den andre eller ingen - faller utenfor denne undersøkelsen i regi av Statens helsetilsyn¹⁷.

Undersøkelsen er således ikke representativ for *utviklingshemmede som bor privat*. Det reiste spørsmålet om vi gjennom NIBRs undersøkelse Bolig- og tjenestetilbud for utviklingshemmede i de samme kommunene, burde innhente en del basisopplysninger om dem som bor privat. Det forutsetter ikke nødvendigvis en undersøkelse på individnivå - lik Statens Helsetilsyns herværende undersøkelse. Ut fra analyseformål vil imidlertid en slik undersøkelse være å fortrekke. NIBR har derfor innhentet opplysninger om utviklingshemmede som bor i sjølstendige boliger både på kommune- og individnivå, jfr omtalen av NIBRs undersøkelse innledningsvis i kap 1. 3.

De som bor i egne ordinære boliger utgjør 16 prosent av alle utviklingshemmede som inngår i undersøkelsen i regi av Statens helsetilsyn. I en undersøkelse av administrativt registrerte utviklingshemmede 20-66 år i 2001, bodde 21 pst i egen ordinær bolig (Tøssebro og Lundeby). Som forventet tyder det på en viss underrepresentasjon av de som bor heime i dette materialet fra Helsetilsynet.¹⁸

(Fimreite 2000). Det er gjort nærmere rede for utvalg og datainnsamling i kap 2 i rapporten *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Statens helsetilsyn, Rapport 10/2003, Oslo oktober 2003.

¹⁶ Hvem som er 'utviklingshemmed' i denne undersøkelsen – ut over å være bruker av kommunale tjenester slik vi alt har beskrevet – er at psykisk utviklingshemming er bedømt til å være viktigste årsaken til de behov for tjenester som en får, idet spørsmålet lød: "Hva er den viktigste årsaken til personenes hjelpebehov" (Spm 9), Statens helsetilsyn, Rapport nr 10/2003.

¹⁷ Denne begrensningen er gjort av datainnsamlingsmessige hensyn, dvs for å redusere den arbeidsinnsats som har måttet til fra kommunenes side ved en så vidt stor registrering som ble utført av fagpersoner (hjelpe- og pleiepersonalet) i kommunene og som etter denne begrensningen omfattet vel 13.000 brukere. Ved bruk av personer som arbeider med brukerne som informanter må det for øvrig antas at resultatene fra undersøkelsen har god validitet (relevans og gyldighet) i forhold til vurdering av tjenestenes innhold og omfang og i forhold til vurdering av forholdet mellom tilbud og behov.

¹⁸ Størrelsen av denne underrepresentasjonen kan ikke beregnes under forutsetning av at andelen utviklingshemmede etter disposisjonsforhold til boligen er representative i de to undersøkelsene. Undersøkelsen fra 2001(Tøssebro og Lundeby 2002) er basert på administrativt utvalg, dvs det skal foreligge enkeltvedtak om en eller flere kommunale tjenester for å være registrert som utviklingshemmed. Personer som er utviklingshemmede, men som ikke har vedtak om minst en

2.3.2 Noen basiskjennetegn ved utviklingshemmede i undersøkelsen

Utviklingshemmede brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester etter kjønn

Undersøkelsen viser at de utviklingshemmede består av halvparten kvinner og halvparten menn. Det samme gjelder utviklingshemmede 20-66 år. Og det samme gjelder ikke-utviklingshemmede 20-66 år, hvor fordelingen mellom menn (51 pst) og kvinner (49 pst) er den samme.

Tabell 2.1 *Utviklingshemmede brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester etter kjønn sammenliknet med-ikke utviklingshemmede og alle brukere 20-66 år. Sammenlikning med alle brukere av pleie- og omsorgstjenester i hver kategori i 2003. Prosent.*

Kjønn	Uviklingshemmede		Ikke-utviklingshemmede		Alle	
	Alle	Alle 20-66 år	Alle	Alle 20-66 år	Alle	Alle 20-66 år
Mann	50	50	29	51	30	51
Kvinne	50	50	71	49	70	49
Alle %	100	100	100	100	100	100
Abs tall	(624)	(521)	(12.441)	(1389)	(13.065)	(1508)

Men siden personer under 67 år utgjør om lag 10 pst av alle brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester definert slik en gjør i denne undersøkelsen, er det personer 67 år + som dominerer. Her er kjønnsfordelingen 70/30 mellom menn og kvinner (som igjen sånn noenlunde gjenspeiler kjønns sammensetningen blant personer 67 år+), men likevel med en liten overvekt av kvinner. Kjønns spesifikke ulikheter i bruken av pleie- og omsorgstjenester er således små også blant eldre.

Utviklingshemmede fordelt etter type bosted gruppert etter alder

I følge denne undersøkelsen bor 6 pst av utviklingshemmede i institusjon (sykehjem/-aldershjem)¹⁹. Det er andelen utviklingshemmede med plass i institusjon blant utviklingshemmede 67 år+ som høyner dette gjennomsnittet for gruppen som helhet, jfr tabell 2.2.

Av utviklingshemmede 20-66 år i dette utvalget bor 82 prosent i kommunalt disponerte boliger. Av disse bor de fleste i andre kommunale boliger enn såkalte 'omsorgsboliger', dvs tilrettelagte og kommunalt disponerte boliger bygget fra 1994 og utover.

kommunal tjeneste, er ikke kommet med. Disse vil imidlertid antakelig relativt sett være nokså få. Her vil mest sannsynlig hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie oftest inngå i de tjenester som gis. Det betyr at vi kan gå ut fra at en god del utviklingshemmede som bor i egne ordinære boliger i utvalget fra 2001, har hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie, men ikke nødvendigvis begge deler. I undersøkelsen fra 2001er imidlertid utviklingshemmede som bor hos foreldre, holdt utenfor utvalget, mens disse er kommet med i Helsetilsynets undersøkelse så framtidig de mottar både hjemmehjelp og hjemmesykepleie.

For å bli i stand til å etablere en fullgod oversikt over alle administrativt registrerte utviklingshemmede etter type bosted, bør det etter vår vurdering gjennomføres en fullstendig registrering av disse brukerne. Det er noe vi har tatt opp i denne vår undersøkelse for Husbanken.

¹⁹ Denne andelen er imidlertid ikke riktig og representativ i forhold til alle utviklingshemmede. Hvis vi hadde registrert alle utviklingshemmede i dette materialet – dvs de uten hjemmetjenester i ordinære boliger eller som bor hos foreldre/familie, ville denne andelen ha vært mindre (siden prosentueringsutgangspunktet ville ha vært større).

Det tyder på at de fleste av dem som flyttet inn i perioden 1990-95, i overveiende grad kom fra HVPU-institusjoner og flyttet til og har blitt boende i øvrige kommunale boliger, dvs andre enn 'omsorgsboliger'²⁰, jfr neste avsnitt.

Tabell 2.2 *Andel utviklingshemmede bosatt i kommunale boliger/institusjoner eller i ordinære boliger med hjemmehjelp + hjemmesykepleie gruppert etter alder²¹. 2003. Prosent.*

	Under 20 år	20-66 år	67 år +	Alle*)
I institusjon (syke- og aldershjem)		2	30	6
Omsorgsbolig med husbankstandard	-	26	24	25
Annen bolig med kommunal disposisjonsrett	-	56	30	53
I ordinær privat bolig	-	16	16	16
Alle, prosent	-	100	100	100
Alle, absolutte tall	(7)	(497)	(83)	(587)

*) I alt er det 628 utviklingshemmede i materialet fra Helsetilsynet, 624 er kjent med kjønn og 587 etter alder. 599 er plassert etter boform og 587 er plassert både etter boform og alder, derav 497 i alderen 20-66 år.

2.3.3 Utviklingshemmede og øvrige funksjonshemmede 20-66 år etter type kommunal boform

Utviklingshemmede og andre funksjonshemmede 20-66 år etter type kommunalt bosted

Når vi ser bort fra dem som bor i egne boliger eller hos egen familie, inneholder undersøkelsen registrering av *samtlig*e som bor i kommunalt disponerte boliger og i institusjoner (syke-/aldershjem).

Utviklingshemmede 20-66 år bor - som alt nevnt - i stor grad i andre kommunale boliger enn omsorgsboliger²². Det gjelder 7 av 10, jfr tabell 2.3. Det har sannsynligvis betydelig sammenheng med at de fleste som flyttet fra HPVPU-institusjoner flyttet i perioden 1990-

²⁰ De første såkalte 'omsorgsboligene' ble finansiert gjennom tilskuddsordninger i Husbanken som ble etablert med virkning fra 1994 (Brevik 2001). Det betyr at de aller fleste 'omsorgsboligene' sto ferdigstilt etter at HVPU-reformen og utflyttingen fra HVPU-institusjonene i hovedsak var sluttført i 1995/96

²¹ Siden utviklingshemmede som bor i egne boliger eller hos familie er utelukket når de ikke mottar både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, vil dette materialet ikke gi en riktig fordeling av utviklingshemmede *etter alder* i kommunene. Det vil for så vidt heller ikke det administrative utvalget av utviklingshemmede i regi av Sosial- og helsedirektoratet gjøre, siden utviklingshemmede må ha enkeltvedtak om kommunal tjeneste for å komme med her. Utviklingshemmede som bor hos familie vil f.eks ha en viss utsikt til ikke å komme med.

²² Når vi skiller mellom 'omsorgsboliger' og andre 'kommunalt disponerte boliger til funksjonshemmede og eldre', går dette skillet i hovedsak på måten de er finansiert på. Omsorgsboliger er tilrettelagte boliger som siden 1994 er finansiert gjennom en særskilt definert ordning i Husbanken. Men Husbanken har også tidligere finansiert kommunalt tilrettelagte boliger, ofte med samme tilgjengelighet som de såkalte omsorgsboligene. Betegnelsen 'omsorgsbolig' referer således til kommunalt tilgjengelige boliger bygget fra 1994 og utover. Disse har dessuten et minste privat-areal. I denne sammenhengen er dette skillet mest interessant i forhold til boligens alder (byggeår), siden alt som er bygget etter 1994 er 'omsorgsboliger' mens 'andre kommunale boliger for funksjonshemmede og eldre' er bygget før 1994.

1995, før en var kommet i gang med omsorgsboligbygging finansiert med særskilte tilskudd fra Husbanken.²³

Tabell 2.3 *Funksjonshemmede 20-66 år som ikke bor i egen bolig etter type kommunalt bosted. Utviklingshemmede, andre funksjonshemmede og alle. 2003. Andeler i prosent.*

	Utviklings- hemmede	Andre funksjons- hemmede	Personer 20-66 år, i alt	Alle, uansett alder
I Institusjon (syke- og aldershjem)	2	22	15	55
Omsorgsbolig med husbankstandard	30	24	26	18
Annen bolig med kommunal disposisjonsrett	68	54	59	27
Alle, prosent	100	100	100	100
Absolutte tall	(497)	(679)	(1097)	(7773)

Andre funksjonshemmede personer 20-66 år som bor i kommunalt disponerte boliger eller institusjoner, bor i langt større grad i eldreinstitusjoner (syke-/aldershjem), i det dette gjelder hver 5. blant øvrige funksjonshemmede.²⁴ Men ser vi for begge grupper (utviklingshemmede og andre funksjonshemmede) bort fra dem som bor i institusjon, og regner andeler i de to hovedkategoriene kommunalt disponerte boliger, er andelene i respektive omsorgsboliger og øvrige kommunale boliger 30/70 for begge grupper. De utviklingshemmedes relative andel i andre kommunalt disponerte boliger enn omsorgsboliger, er mao den samme som for øvrige brukergrupper i alderen 20-66 år.

Andel utviklingshemmede og andre funksjonshemmede 20-66 år som bor i kommunale fellesskapsboliger (bofellesskap eller bokollektiv)

Undersøkelsen viser at 6 av 10 funksjonshemmede 20-66 år med plass i kommunalt disponerte boliger, bor i fellesskapsboliger, dvs i bofellesskap eller bokollektiv. For alle under ett er andelen den samme både i såkalte omsorgsboliger og i øvrige kommunalt disponerte boliger, jfr tabell 2.4. Det kan tyde på at andelen i fellesskapsboliger har vært nokså konstant over tid, dvs både i perioden 1990-1995 og i åra etter.

²³ Ved utgangen av 1995 var det ferdigstilt ca 1300 omsorgsboliger (Brevik 2005b).

²⁴ NB: Her må en være klar over at det ikke er slik at hver femte person 20-66 år andre enn utviklingshemmede med plass i kommunal bolig/institusjon, har plass i institusjon. Det egentlige antallet brukere utenom institusjon og kommunale boliger, kjenner vi ikke til gjennom denne undersøkelsen. Undersøkelsen og tabellen gjengir bare den interne fordelingen kun mellom dem som bor i kommunal bolig + i institusjon.

Tabell 2.4 *Andel av alle utviklingshemmede og øvrige funksjonshemmede 20-66 år som bor i kommunale fellesskapsboliger (bofellesskap eller bokollektiv). Andeler i prosent.*

	Utviklingshemmede	Andre funksjonshemmede	Personer 20-66 år, i alt
Omsorgsbolig med husbankstandard	76	43	58
Annen bolig med kommunal disposisjonsrett	84	37	59
Begge boligformer, prosent	81	39	59
Absolutte tall	(393)	(438)	(831)

Av utviklingshemmede som bor i øvrige kommunale boliger, bor 84 pst i fellesskapsboliger. Og andelen blant dem i omsorgsboliger er 76 pst, jfr tabell 2.4. Men andelen som bor i ulike former for fellesskapsboliger er imidlertid dobbelt så høy blant utviklingshemmede sammenliknet med øvrige funksjonshemmede 20-66 år i kommunale boliger, dvs 8 av 10 versus 4 av 10.

Seinere vil vi analysere dette i sammenheng. Vår hypotese at andelen som bor i fellesskapsboliger er særlig høy blant dem som flyttet fra HVPU-institusjoner og inn i kommunale boliger.

2.4 Utviklingshemmede som bor i kommunalt disponerte boliger etter tid for innflytting og tidligere bosted

Undersøkelsen inneholder opplysninger om hvilket år den utviklingshemmede flyttet inn i den nåværende kommunalt disponerte boligen og hvilken type bolig vedkommende flyttet fra.

Tidspunkt for flytting til nåværende kommunalt disponerte bolig

Her går det fram at nærmere halvparten, eller 46 prosent, av de utviklingshemmede som i 2003 bodde i regi av kommunen, var flyttet inn i perioden 1990-95. Det er samme andel som en fant i en utvalgsundersøkelse blant utviklingshemmede 20-66 år i 2001.²⁵

Tabell 2.5 *Tidspunkt for når utviklingshemmede flyttet inn i kommunalt disponert bolig eller til sykehjem/aldershjem*). Prosent og absolutte tall.*

År	Før 1990	1990-1995	1996-1998	1999-2002	Alle
Andel i prosent	5	46	17	32	100
Alle, ant personer	21	207	79	147	454

*) For dem (16 %) som bor i ordinær privat bolig er det ikke gitt opplysninger om når de flyttet inn i sin bolig. Opplysningene om innflyttingstidspunkt gjelder bare kommunalt disponerte boliger/institusjoner.

Bare en liten del (5 pst) i dette *utvalget av utviklingshemmede i 2003*, befant seg i kommunale boformer før HVPU-reformen tok til i 1990 (formelt 1991). På den andre sida har halvparten flyttet inn etter 1995, dvs da HVPU-reformen jevnt over var fullført. Og 1/3-del har bodd relativt kort, dvs under 5 år. På sett og vis kan dette utvalget utviklings-

²⁵ I en undersøkelse av 528 utviklingshemmede i 2001 fant en at 45 pst var flyttet ut fra institusjon mellom 1990 og 1995 (Tøssebro og Lundebj 2002, s 49).

hemmede bosatt i kommunalt disponerte boliger, deles i to grupper. De som flyttet under HVPU-reformen og de som er flyttet til kommunale boliger etter 1995.

Tidligere bosted for utviklingshemmede i kommunalt disponerte boliger

Undersøkelsen viser at 38 pst av de utviklingshemmede som i 2003 bodde i kommunalt disponerte boliger, var flyttet dit fra hjemmet. Det må i de aller fleste tilfellene bety foreldrehjemmet. Like mange eller 38 pst (2+32+4) har flyttet fra ulike typer kommunalt disponerte boliger, dvs ulike typer serviceboliger o.l som ble bygget før 1994 eller fellesskapsboliger for utviklingshemmede. En mindre del, eller 5 pst, har kommet fra kommunale eldreinstitusjoner eller boliger i tilknytning til psykiatriske spesialinstitusjoner.

Tabell 2.6 *Tidligere bosted blant utviklingshemmede i kommunalt disponerte boliger og institusjoner. Fra hvor har utviklingshemmede flyttet hit. Type tidligere bosted. Andeler i prosent (N=462).*

Type tidligere bosted	Omsorgsbolig	Annen type kommunal bolig	Bolig for utviklingshemmede	Sykehjem /alders-hjem	Psykiatrisk spes. helsetj.	HVPU-institusjon	Hjemmet/ egen bolig	Alle
Andel	2	32	4	2	3	19	38	100

Det er imidlertid bare 19 pst av dem som i dag er bosatt i kommunalt disponerte boliger, som i følge denne undersøkelsen er kommet dit *direkte* fra tidligere HVPU-institusjoner. Det er en andel som kanskje er lavere enn forventet. Det kan imidlertid også ha sammenheng med at en (ukjent) del er kommet til nåværende kommunale bosted fra en annen kommunal bolig som en igjen tidligere kom til fra HVPU-institusjon.

Vi har allerede vist at nærmere halvparten (46 pst) av dem som bodde i kommunalt disponerte boliger i 2003, var flyttet dit i perioden 1990-95. jfr tabell 2.5. Det tyder på at en god del av disse (38 pst =2+32+4, jfr tabell 2.6) har flyttet fra en tidligere kommunal bolig, som de igjen i sin tur kan ha kommet til fra HVPU-institusjon. Det fordi den alt overveiende delen av utviklingshemmede fra HVPU-institusjoner i kraft av HVPU-reformen ble bosatt i kommunale boliger etter 1990 (bare 6 pst bodde i egen separat bolig i 1994, jfr Tøssebro 1996).

Dette er det mulig å analysere nærmere på grunnlag av data om innflyttingsår og bakgrunn i HVPU-institusjon eller ikke. Men siden flyttekjeder blant utviklingshemmede ikke er del av mandatet for vårt prosjekt, har vi latt denne problematikken ligge i denne sammenhengen.

I tilknytning til analysen av data fra NIBRs undersøkelse i 2005, vil vi imidlertid komme tilbake til spørsmålet om hvordan utviklingshemmede som tidligere hadde opphold i HVPU-institusjon, bor i dag (boligtype, boform, boliganlegg) og på hvilket tidspunkt disse bosatte seg i dagens bolig versus utviklingshemmede som tidligere ikke har bodd i slike institusjoner.

2.5 Utviklingshemmede etter funksjonsnivå

De utviklingshemmedes funksjonsnivå er i denne undersøkelsen målt på to måter. Den ene måler basale egenomsorgsfunksjoner i forhold personlig hygiene, å kle på seg, inkon-

tinens og mobilitet. Denne indeksen - Barthels ADL-indeks - måler mao mer omfattende funksjonssvikt ²⁶

Klinisk demensvurdering (KDV) er en metode til å vurdere mental svikt. Den som Romøren har nyttet i tilknytning til Helsetilsynets undersøkelse, måler fem funksjoner knyttet til hukommelse, orienterings- og vurderingsevne og mentale evner i forhold til å delta i samfunnsaktiviteter og for å utføre daglige gjøremål. *”Både personer med demens, psykisk utviklingshemmede, mennesker med psykiske lidelser og personer med somatisk sykdom kan ha mental svikt som fanges opp av KVD”* (Romøren 2003, s 42).

I Barthels indeks går skåren fra 0-20 der og tiltakende skåre går sammen med tiltakende sjølhjulpenshet. Skåre fra 15-19 representerer et vanlig funksjonsnivå blant hjemmeboende tjenestemottakere (Romøren og Svorken 2003). KVD-skalen går fra 0-15 og her tiltar sviktende mental/kognitiv funksjon med tiltakende skåre. Faktorene som inngår i de to målene for funksjonssvikt, er gjort rede for i vedlegg II A og B til dette notatet, og er hentet fra Romøren 2003.

Utviklingshemmede skårer i gjennomsnitt 14.4 poeng i Barhels indeks. Skåren er den samme for utviklingshemmede i omsorgsboliger som for utviklingshemmede i øvrige kommunale boliger. Det er noe under gjennomsnittet for alle mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester i denne undersøkelsen, mens brukere med somatisk sykdom er noe tyngre og skårer 13.8 poeng. Tyngst er de aldersdemente med 10,8 poeng. De utviklingshemmede representerer imidlertid en betydelig bredde i forhold til et slikt gjennomsnitt sjøl om undersøkelsesmaterialet for dem som ikke bor i kommunale boliger, er begrenset til dem som både mottar praktiske tjenester (hjemmehjelp) og hjemmesykepleie.

Tabell 2.7 *Funksjonssvikt hos utviklingshemmede mål med Barhels ADL-indeks for personlige gjøremål og mental/kognitiv svikt målt ved KVD-indeks. Sammenlikning med andre brukergrupper og personer i somatisk sykehjem. Kilde: Romøren 2003, Tabell 3.1 og 3.2.*

	Utviklingshemmede	Psykiske lidelser	Aldersdemente	Somatisk sykdom	Personer i sykehjem	Alle
Barthel-ADL	14,4	15,9	10,8	13,8	8,1	13,4
KDV	6,8	5,0	11,2	3,8	10,2	5,7

Utviklingshemmede kan imidlertid ha betydelige hjelpebehov som er arbeidskrevende, men som ikke så mye er knyttet til de funksjoner som måles ved Barthels ADL-indeks. Derfor mener vi at sum mottatt kommunal hjelp pr uke er et bedre samlemaal for disses hjelpebehov enn hva som formidles gjennom Barthles-indeks. Vi viser her til kapittel 4.

Skåren for sviktende mental/kognitiv funksjon målt på denne måten, er ikke spesielt høy for utviklingshemmede i gjennomsnitt. Den er imidlertid noe høyere enn hos personer med pleie- og omsorgstjenester som i hovedsak lider av somatisk eller psykisk sykdom. Svikten er imidlertid jevnt over vesentlig mindre enn hos aldersdemente. Men skal dette gi mening, bør det særlig analyseres i forhold til faktisk hjelpenivå, dvs hvor konkret hjelpetrengende ulike grupper er i forhold til en og samme eller varierende KVD-skåre. Det har vi imidlertid ikke anledning til å gå nærmere inn på i denne prosjektsammenhengen.

²⁶ Mer begrenset funksjonssvikt knyttet til dagliglivets gjøremål som å lage mat, handle, betale regninger osv (såkalte Instrumental Activities of Daily Living – IADLfunksjoner), er ikke målt, jfr Romøren 2003, kap 3, s. 42).

3 Utviklingshemmede som bor med stasjonær service på dag- og nattid

3.1 Med fast bemanning på dagtid

Kartleggingen av nærhet til pleie- og omsorgstjenestene som omtales nedenfor, gjelder utviklingshemmede som bor i boliger med kommunal disposisjonsrett, dvs i *omsorgsboliger og øvrige kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål*. Utviklingshemmede som bor i ulike typer private boliger omfattes ikke av denne registreringen.

Denne undersøkelsen viser at boform og tjenesteyting for utviklingshemmede jevnt over er integrert i stor grad. Av samtlige utviklingshemmede i kommunalt disponerte boliger, har 8 av 10 fast/stasjonær bemanning knyttet til boligen på dagtid²⁷, dvs at tjenestene kommer fra en personalbase. Forskjellen mellom omsorgsboliger og øvrige kommunalt disponerte boliger er svært liten, jfr tabell 3.1, nedenfor. På det punktet er resultatene med stor sannsynlighet helt ut representativ for norske kommuner, i det alle utviklingshemmede i slike boliger omfattes av undersøkelsen, jfr pkt 2.2.1.

Andelen med fast bemanning er forøvrig omtrent den samme andel som bor i fellesskapsboliger (bofellesskap/bokollektiv), slik dette går fram av tabell 2.4, dvs at 83 pst bor med fast bemanning og 81 pst bor i ulike former for bofellesskap²⁸.

I tillegg er det 13 pst som bor slik at hjelp på dagtid kan tilkalles utenfra og komme i løpet av 3-10 minutter, dvs har nærservice. Dette må sannsynligvis gjelde dem som er bosatt nært opp til en såkalt omsorgsbase (sykehjem). Bare 4 pst bor slik at det vil gå mer enn 10 minutter før tilkalt hjelp kan være i boligen. *Så og si samtlige utviklingshemmede i kommunalt disponerte boliger er fysisk plassert i rimelig nærhet til hjelp på dagtid.*

Det er nokså små forskjeller mellom omsorgsboliger bygget i 1994 og seinere og øvrige kommunalt disponerte boliger (alt vesentlig bygget før 1994) når det gjelder bruken av fast bemanning. Det er imidlertid en tendens til at omsorgsboligene i enda større grad er plassert nært opp til personalbase eller 'omsorgsbase', idet 22 pst av utviklingshemmede i disse boligene kan tilkalle og få hjelpen innen 10 minutter (nærservice), mot 11 pst for utviklingshemmede i øvrige kommunalt disponerte bolig.

²⁷ For spørsmålets ordlyd og gitte svaralternativer, se vedlegg I her, Oversikt over spørsmål/data om utviklingshemmede i undersøkelsen i regi av Statens helsetilsyn, spm 23.

²⁸ Ved hjelp av vår egen undersøkelse, *Bolig- og tjenestetilbud for utviklingshemmede*, vil vi undersøke disse spesifikke sammenhengene nærmere, dvs hvor stor andel av utviklingshemmede i fellesskapsboliger som samtidig får de kommunale tjenestene gjennom fast bemanning/personalbase.

Tabell 3.1 *Andel kommunalt disponerte boliger med fast bemanning og med tilgang på hjelp utenfra etter ventetid om dagen. Funksjonshemmede 20-66 år. Andeler med ulike tilbud etter type kommunal bolig i prosent.*

	Fast bemanning		Hjelp 3-5 min		Hjelp 5-10 min		Hjelp 10 min+		Sum	
	Utvh	Andre	Utvh	Andre	Utvh	Andre	Utvh	Andre	Utvh	Andre
Omsorgsbolig	78	44	15	22	7	15	1	19	100 (122)	100 (150)
Annen kom bolig	84	34	6	15	5	20	5	30	100 (273)	99 (286)
Begge boformer	83	38	8	18	5	19	4	25	100 (395)	100 (436)

Vi legger videre merke til at for *øvrige funksjonshemmede* er andelen som bor med nær-service (hjelp i avstand 3-10 minutter), den samme for personer i omsorgsboliger som for dem som bor i øvrige kommunale boliger, jfr tabell 3.1. Men siden det blant øvrige funksjonshemmede er flere som bor med fast bemanning i omsorgsboliger (44 % versus 34 %), er det samlet 81 pst som bor med fast bemanning/nærservice i disse, mot 69 pst i øvrige kommunalt disponerte boliger.

Det tyder på at omsorgsboligbyggingen fra 1994 og utover generelt (for alle funksjonshemmede) kan ha *konsolidert og forsterket et mønster med tjenester fra fast bemanning eller bemanning fra nær omsorgsbase* i kommunalt disponerte boliger for funksjonshemmede.

Det er mao ikke bare i forhold til utviklingshemmede at kommunene har satset nokså bredt på mer 'kompakte' opplegg for tjenesteyting, dvs basert på fast bemanning og bruk av personalbaser. Det synes å gjelde alle brukergrupper under 67 år. På bakgrunn av en slik trend kan det samtidig reises spørsmål om det samme også gjelder eldre som bor i kommunale kommunalt disponerte boliger. Svaret på det spørsmålet faller imidlertid utenfor dette prosjektets mandat.

De boligene som er bygget etter de boligene som ble tilført i tilknytning til HVPU-reformen, synes vel så 'kompakte' mht tjenestetilførsel, sjøl om det er tendens til noen færre med stasjonær service i omsorgsbolig enn i de øvrige boligene. Dette vil vi kunne analyseres nærmere, også i forhold til innflyttingsår. Det samme vil vi kunne komme tilbake til i analysen av det nye datamaterialet fra NIBRs undersøkelse *Bolig- og tjenestetilbud for utviklingshemmede* i 2005.

Når det gjelder andre funksjonshemmede personer andre enn utviklingshemmede i alderen 20-66 år i kommunalt disponerte boliger, er det blant disse bare halvparten så mange (38 pst) som bor i boliger med fast bemanning på dagtid. Men i tillegg er det blant de førstnevnte nesten like mange (37 pst - 18+19) som bor slik at tilkalt hjelp vil være til stede i løpet av under 10 minutter. Det betyr at boligene er samlokalisert med en eller annen form for omsorgsbase. Er denne oftest sykehjemmet? Det innebærer at også 75 pst av de øvrige funksjonshemmede under 67 år i kommunalt disponerte boliger bor med fast bemanning eller personalt nær opptil seg, og vil antakelig oftest måtte være knyttet opp mot eldreomsorgens regime.

3.2 Med fast bemanning om natta

Undersøkelsen viser videre at 7 av 10 utviklingshemmede bor med fast/stasjonert personale om natta. I tillegg bor 17 pst slik at hjelp kan tilkalles utenfra og være til stede på under 10 minutter. Det betyr at 86 prosent av de utviklingshemmede bor med nær tilgang på tjenester, jfr tabell 3.2.

Tabell 3.2 *Andel kommunalt disponerte boliger med fast bemanning og andel med tilgang på hjelp utenfra etter ventetid om natta. Andeler funksjonshemmede 20-66 år med ulike tilbud etter type kommunal bolig. Prosent.*

	Fast bemanning		Hjelp 3-5 min		Hjelp 5-10min		Hjelp 10 min+		Sum	
	Utvh	Andre	Utvh	Andre	Utvh	Andre	Utvh	Andre	Utvh	Andre
Omsorgsbolig	74	38	17	21	3	13	7	28	100 (120)	100 (149)
Annen kom bolig	65	22	7	16	9	19	19	43	100 (273)	100 (280)
Begge	69	28	10	18	7	17	15	38	100 (389)	100 (429)

Det er enda flere som bor slik blant utviklingshemmede i omsorgsboliger, hvor det på nattid både er flere med stasjonær og nær bemanning enn i øvrige kommunale boliger. Blant utviklingshemmede i omsorgsboliger bor 94 pst (74+17+3) slik i forhold til hjelp om natta, mot 81 (65+7+9) pst for utviklingshemmede i andre kommunale boliger.

Blant øvrige funksjonshemmede 20-66 år i omsorgsboliger er det til sammenlikning 72 pst som bor slik, mot 57 pst i øvrige boliger (og her er det bare 1 av 5 som har fast bemanning om natta). Også *i forhold til natt-tjenester har omsorgsboligene oftere stasjonært personale og er oftere organisert med 'kompakte' tjenesteopplegg* enn de øvrige boligene. Utvikling de 10 siste åra synes også på denne måten å ha beveget seg mot hyppig tette tjenesteopplegg i kommunale boliger.

3.3 Andel utviklingshemmede som bor i med stasjonær eller tett tilgang på tjenester

Rent bosettings- og tjenestemessig avtegner det seg i denne undersøkelsen 5 hovedgrupper av utviklingshemmede etter om de er bosatt:

- i ulike fellesskapsboliger med fast bemanning
- i fellesskapsboliger med samlokalisert eller nær bemanning
- i kommunale boliger uten stasjonær bemanning
- i egen sjølstendige boliger uten stasjonær bemanning²⁹
- hos foreldre/foresatte³⁰

²⁹ Undersøkelsen viser at en liten del er registrert med fast bemanning der bosted samtidig er eget hjem. Hvor ofte det er slik at de som bor i egne private boliger, samtidig bor slik eller er organisert slik at hjelpen er stasjonær, vet vi ikke noe om da en i denne undersøkelsen formelt kun har stilt spørsmålet om bemanning/nærhet til hjelp bare for dem som bor i kommunalt disponerte boliger.

³⁰ Disse omfattes av Helsetilsynets undersøkelse så fram de mottar både hjemmehjelp og hjemme-sykepleie. De som bor slik er imidlertid utelukket i NIBRs undersøkelse.

Slik denne undersøkelsen er gjennomført, er det som tidligere nevnt, ikke mulig å avgjøre hvor stor andel av de utviklingshemmede som bor i kommunale boliger sammenliknet med dem som bor i egen ordinære boliger og hos foreldre, siden en må være bruker av både hjemmehjelp og hjemmesykepleie for å komme med. Det betyr at vi i Helsetilsynsundersøkelsens utvalg ikke kjenner totalt antall utviklingshemmede brukere³¹.

Men ut fra Sosial- og helsedirektoratets registrering av utviklingshemmede i kommunene - dvs det register som ligger til grunn for statens overføringer til kommunene i inntektssystemet knyttet til utviklingshemmede - kan vi beregne hvor mange som ikke bor i kommunale boliger, dvs differanse mellom samlet antall utviklingshemmede og antall bosatt i kommunalt disponerte boliger/institusjon.

Et annet inntak til å anslå hvor stor andel av totalt antall utviklingshemmede som bor i kommunalt disponerte boliger, gir den nevnte utvalgsundersøkelsen fra 2001 (Tøssebro og Lundebø 2002). Men den omfatter imidlertid ikke dem som bor hos foreldre/pårørende, i det disse er holdt utenfor. I følge denne bor 21 pst i ordinære egne og sjølstendige boliger. Og 49 pst bor i bofellesskap/bokollektiv (+ 1 pst i institusjon). Resten bor i 'samløkaliserte boliger' med betydelig nærhet slik disse blir definert i denne undersøkelsen³². Hvor mange av disse som er klassifisert som bofellesskap eller kommunalt disponerte boliger i Helsetilsynets undersøkelse, vet vi ikke. Vi vet heller ikke hvor stor andel av de 'samløkaliserte boligene' i dette undersøkelsesutvalget som er kommunale. Men sannsynligvis gjelder det de fleste³³.

På bakgrunn av resultatene i undersøkelsen fra 2001 kan vi maksimalt legge til grunn at 78 pst av de utviklingshemmede bor i kommunalt disponerte boliger (når de som bor hos foreldre holdt utenfor). Den samlede andelen som faktisk bor slik, vil sannsynligvis være mellom 70-80 prosent.

Det betyr overført til Helsetilsynets undersøkelse (dvs våre data her), at sannsynligvis bor mellom 67 pst - 76 pst av alle utviklingshemmede 20-66 år³⁴ i boliger med stasjonær eller omsorgsbasis-tilknyttet tjenesteyting på dagtid. Mest sannsynlig kan vi regne nærmere 3 av 4. En klar majoritet synes å leve under nokså 'kompakte' og institusjonsliknende omsorgsregimer. Realitetene synes å befinne seg i betydelig avstand til idealene om sjølstendige og uavhengige boformer integrert og normaliserte.

For å unngå den type anslagsvise beregninger som vi har nyttet her, har vi i NIBRs undersøkelse foretatt en samlet registrering av hvordan utviklingshemmede bor etter boform og disposisjonsforhold. Resultatene vil bli lagt fram i en egen rapport.

³¹ Det gjør vi imidlertid gjennom de administrative oppgaver over utviklingshemmede som kommunene sender til Sosial- og helsedirektoratet for overføringer av stasmidler i inntektssystemet. Disse listene gjelde alle utviklingshemmede som er bruker av en eller annen kommunal tjeneste i den forstand at det foreligger enkeltvedtak.

³² Disse omtales slik: "Samløkaliserte boliger er fullverdige leiligheter etter Husbankstandard. Også her ligger flere leiligheter i samme hus eller på annen måte i umiddelbar nærhet av hverandre. Her er det normalt ikke fellesrom, men det kan være rom for uformelt sosialt samvær" (Tøssebro og Lundebø 2002, s. 54).

³³ I omtalen nevner en at til disse kommer "egne selvstendige boliger og boformer som faller under annet regelverk" (op cit, s. 54). Det antar vi er boliger som er ikke-kommunale, og dermed at de samløkaliserte boligene er kommunalt disponerte boliger.

³⁴ Beregnet slik: 80 pst* 95/100=76 pst, og 70 pst*95/100=67 pst.

4 Om bruk av ulike tjenester

4.1 Om bruk av hjemmehjelp og hjemmesykepleie

I undersøkelsen er det gjennomført en nøye kartlegging av de utviklingshemmedes bruk av hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Men som tidligere nevnt, er ikke undersøkelsen fullstendig for andre enn dem som bor i kommunalt disponerte boliger.³⁵

Vi vil forvente at mange utviklingshemmede har omfattende hjelp, siden hjelpen ofte er ytt døgkontinuerlig i de utviklingshemmedes nære miljø. Rent statistisk og i kommunal sammenheng regnes imidlertid denne hjelpa som annen praktisk bistand (miljøarbeid), dvs som hjemmehjelp. Og blant de tunge hovedgruppene av brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester, er det under ellers like vilkår utviklingshemmede som mottar den mest omfattende hjelpen. På grunnlag av dette materialet er det tidligere beregnet at utviklingshemmede *i gjennomsnitt* mottar 3-4 timer hjelp pr dag eller ca 24 timer i uka (Romøren 2003, kap 4). Vi skal seinere foreta tilsvarende beregninger.

Det er relativt få utviklingshemmede med noe mindre bruk av praktisk bistand (hjemmehjelp), idet 25 pst av dem bor i omsorgsboliger og 10 pst i øvrige kommunale boliger, mottar 1-6 timer pr uke, jfr tabell 4.1 nedenfor. Videre er det i begge boformene ca 4 av 10 som har hjelp i 7-29 timer pr uke, dvs i gjennomsnitt fra 1 til 4 timer pr dag. Det betyr at henimot *halvparten av dem som bor i kommunalt disponerte boliger*, har 30 timer hjemmehjelp eller mer pr uke, eller *rundt ett årsverk pr år pr bruker*.

I denne sammenhengen har vi imidlertid ikke gjort rede for de utviklingshemmedes bruk av hjemmesykepleie.

Undersøkelsen tyder på at hver fjerde utviklingshemmed i denne typen boliger ikke mottar det som i denne undersøkelsen er betegnet som *'hjemmehjelp/praktisk bistand (opp-læring, miljøarbeid el.l' - jfr spørreskjema i vedlegg I bak)*. I dette materialet er det mulig å analysere denne bruken nærmere, f, eks etter mål for evne til å utføre dagliglivets aktiviteter og andre egenskaper og evner, jfr vedlegg II til dette notatet.

³⁵ Vi kjenner ikke bruk av hjemmehjelp og hjemmesykepleie blant utviklingshemmede som bor i egen bolig eller hos foreldre/familie for dem av disse som kun har enten bare hjemmehjelp eller bare hjemmesykepleie. For dem som bor slik er det bare de utviklingshemmede som har hjelp fra begge disse tjenestene som omfattes av Helsetilsynets undersøkelse, og det vil sannsynligvis i de fleste tilfeller bety de med mer omfattende hjelpebehov.

Tabell 4.1 *Bruk av hjemmehjelp/praktisk bistand pr uke blant utviklingshemmede og andre funksjonshemmede 20-66 år etter type bosted. Timer pr uke gruppert. Andeler i prosent.*

Antall timer pr uke	Omsorgsbolig		Øvrige kommunale boliger		Ordinær privat bolig	Alle
	Utv. hem.	Andre	Utv. hem.	Andre	Utviklingshemmede	Utviklingshemmede
1 time pr uke	13	30	3	37	9	7
2 timer	4	30	4	21	21	7
3-6 timer	8	18	3	16	11	7
7-12 timer	6	7	8	8	10	8
13-19 timer	11	4	9	2	6	9
20-29 timer	24	3	20	6	13	20
30-59 timer	17	5	29	5	25	25
60-99 timer	10	3	13	1	3	10
100 timer+	8	4	10	3	2	8
Alle	100 (101)	100 (130)	100 (206)	(249)	100 (68)	100 (376)
Andel uten hjelp	20 (127)	19 (160)	27 (281)	32 (368)		
1-6 timer	25	78	10	74	41	21
7-29 timer	41	14	37	16	29	37
30-59	17	5	29	6	25	25
60 timer +	18	7	23	4	5	18

Det er imidlertid en vesentlig andel 'tunge' brukere i den forstand at de mottar 30-59 timer pr uke eller opp mot 8 timer pr dag regnet ut fra ukas samtlige dager. Det gjelder 29 pst i andre kommunale boliger og 17 prosent i omsorgsboliger. I tillegg er det 23 pst i andre kommunale boliger og 18 pst i omsorgsboliger som har hjelp i 60 timer eller mer pr uke.

For de to undertypene av kommunalt disponerte boliger under ett, var det 46 pst av de utviklingshemmede som hadde hjelp i mer enn 30 timer pr uke og av disse hadde igjen i underkant av halvparten hjemmehjelp i 60 timer eller mer pr uke, eller 21 pst av samtlige med plass i kommunale boliger. I tillegg kommer så bruk av hjemmesykepleie og andre tjenester og tilsyn.

Innslaget av betydelig hjelpetrengende brukere må etter vår vurdering være en vesentlig del av forklaringen på utstrakt bruk av fast bemanning og samlokaliseringer med sykehjem og andre omsorgsbaser.

Det er mulig å beregne timeverk og gjennomsnitt for de tunge brukergruppene samt å analysere denne bruken i forhold til stasjonær bemanning. Blant disse vil vi antakelig finne hoveddelen av de såkalte ressurskrevende brukere for hvilke kommunene mottar ekstra refusjon fra staten gjennom toppfinansieringsordningen når kostnadene overskrider 700.000 kr pr år (for 2004 bevilget staten 1.2 milliard til denne ordningen).³⁶

³⁶ Det var i 2004 3.450 såkalte ressurskrevende brukere i kommunene (Brevik og Toresen 2005).

4.2 Utviklingshemmede som mottar omfattende og/eller faglig spesialisert hjelp

Helsetilsynet har også kartlagt hvorvidt utviklingshemmede mottar omfattende eller faglig spesialisert hjelp. For utviklingshemmede vil dette bl.a måtte dreie seg om kontroll av adferdsavvik. Det gjelder hver femte person i dette materialet. I den allerede omtalte undersøkelsen fra 2001, var det 28 pst som utviste utfordrende adferd.³⁷ I denne sammenhengen ville det bl.a være av interesse å analysere disse i forhold til type boform og bruk av ulike kommunale tjenester.

Tabell 4.2 *Andel utviklingshemmede som mottar omfattende og/eller faglig spesialisert hjelp. Andel av alle. Prosent.*

Type tiltak	Kontroll for adferdsavvik	Behandling for flere aktive/sammensatte sykdommer	Andre spesialiserte prosedyrer	Alle
	21	6	13	(N=521)

Videre er det slik at hver femte utviklingshemmed mottar behandling for flere eller sammensatte sykdommer eller er underlagt ulike spesialiserte prosedyrer, mens omlag like mange (21 pst) er underlagt kontroll i tilknytning til adferdsavvik.

Av dem med kontroll for adferdsavvik, er det 12 pst som samtidig mottar behandling for flere sammensatte sykdommer og 10 pst er underlagt tiltak som innebærer spesialiserte prosedyrer. Omlag en femtedel av dem som kontrolleres for adferdsavvik, omfattes mao samtidig av de to andre nevnte behandlings- og tiltakstypene. I dette materialet er det bl.a mulig å analysere utviklingshemmede med adferdsavvik ut fra mål for basale egenomsorgsfunksjon i forhold til personlige gjøremål (Barthels indeks) og mental/kognitiv svikt (KVD), jfr kap 2.5.

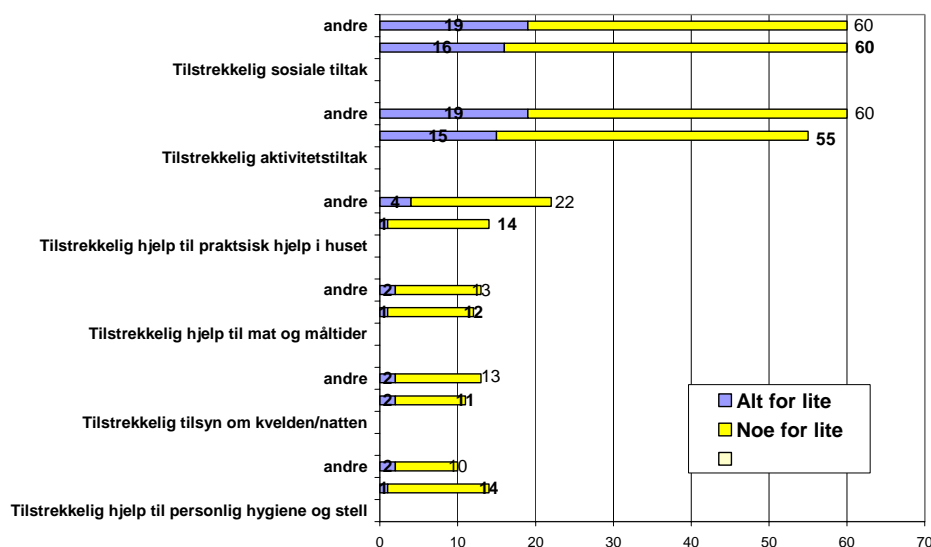
³⁷ Som eksempel på utfordrende adferd nevnes at en er aggressiv, skader seg selv eller andre personer/gjenstander o.l Tøssebro og Lundebj 2002, s 51.

5 Oversikt over ulike tiltak som vurderes som utilstrekkelige av kommunenes personell

5.1 Personlig og praktisk hjelp i hverdagen, aktiviserings-tiltak og sosiale tiltak

Nedenfor gir vi oversikt over noen typer tiltak knyttet til personlig og praktiske hjelp i hverdagen samt aktivitetstiltak og sosiale tiltak og kommunenes vurdering av om disse tiltakene er alt for eller noe utilstrekkelige. Vi har samtidig sammenliknet med øvrige brukere 20-66 år som omfattes av denne undersøkelsen.³⁸

Figur 5.1 *Andel utviklingshemmede uten tilstrekkelig hjelp i forhold til personlige daglige gjøremål og praktisk hjelp samt aktivitetstiltak og sosiale tiltak. Sammenlikning med øvrige funksjonshemmede 20-60 år ("andre")*



³⁸ Vi minner igjen om at undersøkelsen er begrenset til dem med både hjemmehjelp og hjemme-sykepleie blant dem som ikke bor i kommunalt disponerte boliger/institusjoner. 'Andre funksjons-Øhemmede' omfattes av alle andre brukere 20-66 år som ikke er utviklingshemmet, men forøvrig med de samme begrensninger.

Undersøkelsen viser at det er relativt få utviklingshemmede som i følge denne undersøkelsen – hvor rapporteringen er foretatt av fagpersonell i kommunene – som får 'alt for lite' hjelp i forhold til de fire områdene: hjelp til personlig stell, hjelp til måltider, praktisk hjelp i huset og tilsyn om kvelden/natta. Det gjelder 1-2 prosent. Disse andelene er de samme sammenliknet med de øvrige funksjonshemmede i alderen 20-66 år, jfr figur 5.1.

Det er vanskelig å vurdere hva som ligger i 'noe for lite'. Men hvis vi tolker det som for lite i forhold til hva som burde være rimelig – som sett fra kommunenes ståsted antakelig neppe bestandig er ensbetydende med det ideelle – kan vi summere opp andelen som har utilstrekkelig hjelp i forhold til disse nevnte oppgavene. Innen de nevnte 4 områdene har jevnt over *hver 8. utviklingshemmet for lite eller utilstrekkelig hjelp*. Og andelen er omtrent som for andre brukere i samme alder.

Vi har vansker med å vurdere hvorvidt dette er en relativt stor eller liten andel, da vi mangler referanse for hva vi burde forvente. Men samtidig er det i følge kommunehelsetjenesteloven slik at enhver har rett på å få den hjelp som ut fra faglige vurderinger er nødvendige³⁹. Og her har vi for så vidt med faglig vurderinger å gjøre i og med at det er personell i pleie- og omsorgssektoren som har stått for kartleggingen i undersøkelsen.

Undersøkelsen viser imidlertid at det er betydelig underskudd på tilstrekkelige aktivitets tiltak. For 15 pst av utviklingshemmede rapporteres det om 'altfor lite' aktivitet her og for 4 av 10 er den type aktivitet 'noe for lite', dvs *situasjonen er utilfredsstillende for 55 pst.*

Situasjonen mht *sosiale tiltak* synes enda dårligere, idet en rapporterer at den er *utilfredsstillende for 6 av 10*, jfr figur 5.1. Årsakene til at det er slik er sikkert mange. Men det mangler vi data om. Den store ressursbruken knyttet til nødvendige og kontinuerlige behov i hverdagen, kan være en del av forklaringen. Undersøkelsen synes imidlertid klart å tyde på at det nettopp er i forhold til fritidsdelen og de sosiale sidene ved utviklingshemmedes liv, at utilstrekkeligheten kan være nokså stor, særlig sammenliknet med de øvrige former for tiltak og tilsyn.

Samtidig synes det å være slik at dette er del av et mer generelt bilde, idet det like ofte rapporteres om mangler på disse områdene også når det gjelder øvrige funksjonshemmede i samme aldersgruppe, jfr figur 5.1. De utviklingshemmede synes mao ikke å være i særstilling.

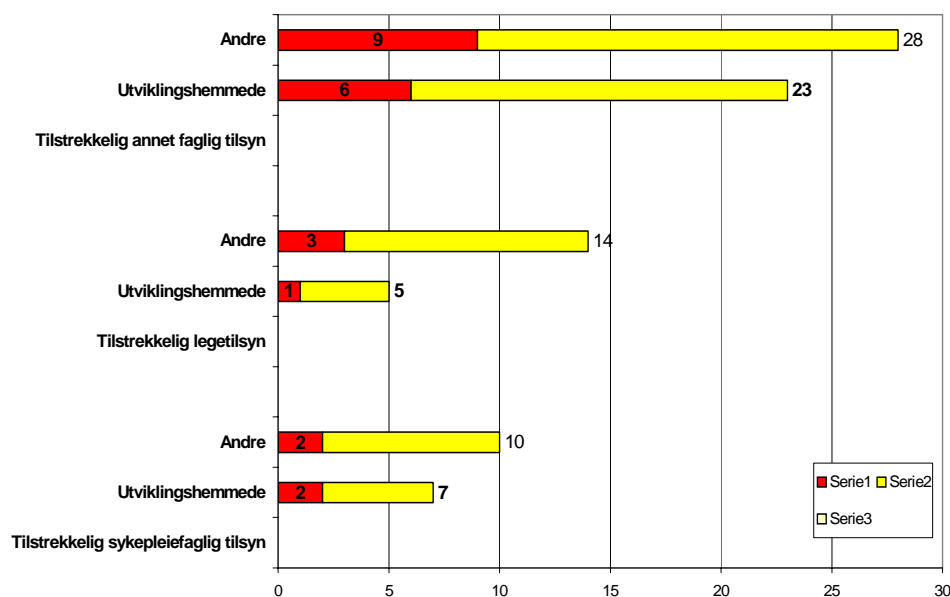
Disse observasjonene knytter an til det en tidligere har funnet ved evalueringene av HVPU-reformen og situasjonen etterpå. Her er det blitt pekt på at når det bl.a gjelder fritidsaktiviteter og sosial kontakt, har måloppnåelsen vært under det en hadde forventet, særlig sett på bakgrunn av den sterke kritikken av levekårene som lå til grunn for reformen. Og for fritidsaktivitetene har det funnet sted en reduksjon (Tøssebro og Lundebø 2002, s. 17).

³⁹ Kommunenes plikt til å yte ulike tjenester begrenses imidlertid av hva som er mulig ut ifra kommunenes økonomi og tilgang på helsepersonell, men at kommunene likevel er forpliktet til å holde en viss minstestandard på helsetjenestene. Høyesterett uttalte imidlertid f.eks i Fusadommen (Rt. 1990 s. 874) at «... man må forutsette en minstestandard som en kommune ikke kan gå under.» I juridisk teori beskrives minstestandardbegrepet som et rettighetsbeskyttet minimumsnivå som må vurderes ut ifra klientens/pasientens konkrete bistands- eller behandlingsbehov, og de forsvarlige tiltak som er mulige å sette inn for å sikre dette minimumsbehovet. Kommunens økonomi vil ikke være et relevant hensyn ved fastleggelsen av dette minimumsnivået (Syse 1997)” (NOU 2001:22).

5.2 Sykepleiefaglig tilsyn, legetilsyn og annet faglig tilsyn

Det er relativt få utviklingshemmede som har utilstrekkelig sykepleiefaglig tilsyn og tilsyn av lege. Og det er færre enn øvrige funksjonshemmede i samme alder. Det er bare 1-2 pst som etter kommunalt fagskjønn har for lite tilsyn fra lege eller sykepleiefaglig tilsyn, jfr figur 5.2.

Figur 5.2 *Andel utviklingshemmede uten tilstrekkelig sykepleiefaglig tilsyn, legetilsyn og annet faglig tilsyn. Sammenlikning med øvrige funksjonshemmede 20-60 år*



Derimot er det en vesentlig større andel som mangler ulike former for annet faglig tilsyn. Det gjelder hver femte utviklingshemmed. Og for 6 pst er disse ulike tilsynstiltakene vesentlig utilstrekkelige.

Vi har sett nærmere på hvilke tiltak dette gjelder. Nesten halvparten av de typer tilsyn og tiltak som er nevnt, går på *vernepleiefaglige* tiltak. Videre gjelder 15 pst habiliterings-tjenester, 13 pst fysio- og ergoterapi. Psykiatrisk oppfølging, støttekontakt og tilsyn i forhold til adferdsavvik nevnes relativt sjelden. Dette vil vi kunne komme tilbake til seinere.

Litteratur

- Brevik I. (2001): *Handlingsplan for eldreomsorgen. Regional stats vurdering av investeringstilskuddene. Noen erfaringer midtveis i byggeperioden.* NIBR-notat 2001:107, Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Brevik I. (2003): *Handlingsplan for eldreomsorgen og utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene – ledd i en lengre utvikling.* Arbeidsrapport, Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Brevik I. (2005): *Kommunale boformer og institusjoner for eldre og funksjonshemmede. En landsdekkende oversikt.* Arbeidsmanus. NIBR 2005
- Brevik I og Toresen J (2005): *Evaluering av toppfinansieringsordningen for ressurskrevende brukere,* Notat i tilknytning til prosjektsøknad, NIBR, 2005
- Fimreite A.L. red (2000): *Kommunal monitor 2000. Søkelys på tjenesteproduksjon, ressursbruk og prioriteringer i norske kommuner,* Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, Bergen
- Husbanken (1990): *Boliger for mennesker med psykisk utviklingshemming,* Rundskriv HB-1212
- Norges offentlige utredninger (1985): *Levekår for psykisk utviklingshemmede* (NOU 1985:34)
- Norges offentlige utredninger (2001): *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmedes barrierer* (NOU 2001:22)
- Ot prp nr 49 (1987-88), *Midlertidig lov om avvikling av institusjoner og kontrakter om privatpleie under det fylkeskommunale helsevern for psykisk utviklingshemmede*
- Romøren T I., red (1995): *HVPU-reformen i forskningens lys,* Oslo: Gyldendal
- Romøren T I: (2003): *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud,* Oslo: i Statens helsetilsyn
- Skjerve J (1992): *Etiske synspunkter i arbeidet med mennesker med psykisk utviklingshemming* (i *Fra særomsorg til særlig omsorg* (red: Vinsnes T.), Universitetsforlaget, Oslo
- Sosialdepartementet (1988): *Rundskriv I-31/88, Ansvar for tiltak og tjenester for mennesker med psykisk utviklingshemming.*

Sosial- og helsedirektoratet (2005): *Registrering av utviklingshemmede i kommunene pr 1.1. 2005. Oslo 2005.*

St meld nr 67 (1986-87), *Ansvar for tiltak og tjenester for psykisk utviklingshemmede.*

St meld nr 47 (1989-90), *Om gjennomføringen av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming.*

St meld nr 40 (2002-2003), *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer*

Tøssebro J (1988): *Velferd for psykisk utviklingshemmede. Hvordan måle det?*, Vernepleierhøgskolen i Sør-Trøndelag, Trondheim

Tøssebro J. (1996): *En bedre hverdag? Uviklingshemmedes levkår etter HVPU-reformen*, Oslo: Kommuneforlaget

Tøssebro J. og Lundeby H. (2002): *Statlig reform og kommunal hverdag. Utviklingshemmedes levkår 10 år etter reformen*, NTNU, rapport 33, Trondheim: NTNU

Vedlegg 1

Oversikt over spørsmål/ data om utviklingshemmede i undersøkelsen i regi av *Statens helsetilsyn* med relevans for dette notatet⁴⁰

1. Personopplysninger

Utviklingshemmedes: kjønn 1 Kvinne 2 Mann

Personens alder, ant år

2. Hvor den utviklingshemmede bor

1. Sykehjem/sykehjemsavdeling
2. Aldershjem/aldershjemsavdeling
3. *Omsorgsbolig med Husbank-standard* (bygget med tilskudd fra Husbanken etter 1993)
4. *Annen bolig med kommunal disposisjonsrett* (annen type omsorgsbolig, servicebolig, trygdebolig eller lignende)
5. *Hjemmet* (dvs. ordinær bolig uten kommunal disposisjonsrett)

3. Årstallet den utviklingshemmede flyttet inn: årstall (uaktuelt hvis personen bor i ordinær bolig)

4. Hvor den utviklingshemmede kom inn fra (uaktuelt hvis personen bor i ordinær bolig)

- 1 Hjemmet
- 3 Omsorgsbolig med Husbankstandard
- 4 Annen bolig med kommunal disposisjonsrett

⁴⁰ Nummereringen av spørsmålene gjelder de spørsmål som er nyttet i dette notat og ikke samtlige spørsmål i Helsetilsynets undersøkelse. Men vi berørt de aller fleste sentrale spørsmålene i undersøkelsen. For øvrig viser vi til Helsetilsynets rapport 10/2003.

- 5 Aldershjem/aldershjemsavdeling
 6 Sykehjem/sykehjemsavdeling
 7 Somatisk sykehus
 8 Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste (psykiatrisk avdeling/sykehus/-hjem, DPS el.l.)
 9 Annet, nemlig..... (skriv hva slags tilbud det var)

5. Hva er den viktigste årsaken til personens hjelpebehov? (Sett bare ett kryss - ved det du

mener er den aller viktigste årsaken, selv om det kan være flere årsaker.)

Her oppgitt: Psykisk utviklingshemning

6. Har utviklingshemmede i dag tilstrekkelig hjelp til:

Svaralternativer: Altfor lite, Noe for lite, Tilstrekkelig, For mye (1, 2, 3, 4)

- Hjelp til pers. hygiene og stell:
- Tilsyn om kvelden/natten
- Hjelp til mat og måltider
- Praktisk hjelp i huset o.a.
- Aktivitetstiltak
- Sosiale tiltak
- Sykepleiefaglig tilsyn
- Legetilsyn
- Annet faglig tilsyn..... (skriv hva slags)

Dersom problemstillingen er uaktuell, dvs. at personen verken trenger eller får et tiltak, settes det ikke noe kryss.

7. Registrering av utviklingshemmedes bruk av hjemmehjelp og hjemmesykepleie

Spørsmålet stille til personen som bor i :

- Hjemmet (ordinær bolig uten kommunal disposisjonsrett)
- Omsorgsbolig (bygget med tilskudd fra Husbanken) eller
- Annen bolig med kommunal disposisjonsrett (annen type omsorgsbolig, servicebolig, bofellesskap, trygdebolig eller lignende)

Personen får nå for tiden hjemmehjelp med følgende antall timer hjelp pr uke og hjemmesykepleie følgende antall ganger pr uke:

Hjemmehjelp/praktisk bistand (opplæring, miljøarbeid el.l.).....

Hjemmesykepleie.....

Antall ganger per uke der besøket fra hjemmesykepleien varer mindre enn 15 minutter.....

*Antall ganger per uke der besøket fra hjemmesykepleien varer
mer enn 60 minutter.....*

8. Regelmessig tilsyn av hjemmesykepleien

Har personen regelmessig tilsyn av hjemmesykepleien om kvelden?: 1 Ja, 2 Nei

Har personen regelmessig tilsyn av hjemmesykepleien om natten? 1 Ja, 2 Nei

9. Har personen trygghetsalarm?

1 Ja, 2 Nei

10. Hvor lenge har personen mottatt hjelp av det omfang han/hun får nå?: ant måneder

11. Nærhet til hjelp på dagtid.

Hvis personen bor i omsorgsbolig med Husbankstandard eller annen bolig med kommunal disposisjonsrett: **Hvor nær er hjelp fra pleie- og omsorgstjenesten om dagen?**

1. Boligen har fast/stasjonær bemanning
2. Hjelper(e) må tilkalles utenfra, men kommer i løpet av 3-5 minutter
3. Hjelper(e) må tilkalles utenfra, og kommer etter 5-10 minutter
4. Hjelper(e) må tilkalles utenfra, og kommer etter mer enn 10 minutter

12. Nærhet til hjelp om natten.

Hvor nær er hjelp fra pleie- og omsorgstjenesten om natten?

1. Boligen har fast/stasjonær bemanning
2. Hjelper(e) må tilkalles utenfra, men kommer i løpet av 3-5 minutter
3. Hjelper(e) må tilkalles utenfra, og kommer etter 5-10 minutter
4. Hjelper(e) må tilkalles utenfra, og kommer etter mer enn 10 minutter

13. Inngår boligen i et bofellesskap eller bokollektiv?

1 Ja 2 Nei

Vedlegg 2 A:

Mål for evne til å utføre dagliglivets gjøremål og mål for mentale evner

EVNE TIL Å UTFØRE DAGLIGLIVETS AKTIVITETER (BARTHEL ADL-INDEKS)

Under følger ti spørsmål som gjelder tjenestemottakerens evne til å utføre dagliglivets aktiviteter. Kryss av i den ruten som best angir funksjonsnivået for hver enkelt ferdighet. Den som registrerer, bør ha kjent til personen i minst fire uker.

26. Fødeinntak

- Selvhjulpen 1
 Noe hjelp 2
 Helt avhengig 3

27. Personlig hygiene

- Selvhjulpen 1
 Trenger hjelp 2

28. Avføring

- Helt kontinent 1
 Av og til inkontinent 2
 Inkontinent 3

29. Vannlating

- Helt kontinent 1
 Av og til inkontinent 2
 Inkontinent 3

30. Påkledning

- Selvhjulpen 1
 Noe hjelp 2
 Hjelp til det meste 3

31. Forflytning mellom stol og seng

- Selvhjulpen 1
 Noe tilsyn 2
 Kan sitte, mye hjelp 3
 Kan ikke sitte, hjelp av to 4

32. Hjelpebehov på toalettet

- Uavhengig 1
 Noe hjelp med klær og/el. forflytning 2
 Mye hjelp 3

33. Mobilitet generelt

- Går uten stativ 1
 Gåstativ 2
 Klarer seg i rullestol 3
 Kan ikke forflytte seg alene 4

34. Trappegang

- Går uten hjelp 1
 Støtte eller hjelp 2
 Kan ikke gå trapp 3

35. Bading

- Uten hjelp 1
 Trenger hjelp 2

Vedlegg 2 B:

Mål for ulike andre funksjoner

ANDRE FUNKSJONSOMRÅDER

- Hukommelse
- Orienteringsevne
- Vurderingsevne
- Samfunnsaktiviteter
- Huslige gjøremål

For hvert område er det gitt fire beskrivelser som angir økende problemer. Alle beskrivelsene i den første kolonnen gir 1 poeng, de i den andre kolonnen 2 poeng, de i den tredje 3 poeng og beskrivelsene i den siste kolonnen 4 poeng.

Den som registrerer, bør ha kjent til personen i minst fire uker. Ved vurderingen skal det bare tas hensyn til personens mentale evner. Det vil si at dersom somatisk funksjonssvikt er årsak til at personen ikke fungerer tilfredsstillende på ett eller flere områder, skal man prøve å korrigere for dette ved utfylling av skjemaet.

Bestem hvilken beskrivelse innenfor hvert av de seks områdene som passer best for den du registrerer. Den behøver ikke passe helt.

Sett poengtallet for den riktige beskrivelsen for hvert område ytterst til høyre.

	1 poeng	2 poeng	3 poeng	4 poeng	Poeng
36. HUKOMMELSE	Normal hukommelse, evt. lett vekslende glemsomhet.	Lett hukommelsestap markert for nylig inntrufne hendelser. Hukommelsestapet virker inn på dagliglivets aktiviteter.	Moderat hukommelsestap. Viktige hendelser huskes, men nylig inntrufne hendelser glemmes helt.	Svært hukommelsestap. Bare fragmenter av tidligere hendelser kan huskes	
37. ORIENTERINGS- EVNE	Orientert for tid, sted og egen person, samt situasjon	Vansker med tidsorientering, orientering for sted og egen person. Kan være geografisk uorientert.	Desorientert for tid og vanligvis også for sted.	Totalt desorientert for tid, sted, situasjon og egen person.	
38. VURDERINGS- EVNE	God vurderingsevne og klarer seg godt i dagliglivet.	Har vansker med å løse problemer av sammensatt natur. Sosial vurderingsevne intakt.	Klart svekket evne til å løse problem. Sosial vurderingsevne svekket.	Klarer ikke å løse problem. Sosial vurderingsevne er klart svekket.	
39. SAMFUNNS- AKTIVITETER	Fungerer godt i arbeid, forening og selskapsliv. Kan ta vare på penger og gjøre adekvate innkjøp.	Trenger hjelp til å fungere i aktiviteter som nevnt. Kan imidlertid delta i slike aktiviteter og bevare god fasade.	Kan ikke klare seg uten hjelp utenfor eget hjem, men er i stand til å bli tatt med på slike aktiviteter av andre.	Kan ikke klare seg uten hjelp utenfor eget hjem. Virker for svekket til å fungere utenfor hjemmet.	
40. HUSLIGE GJØREMÅL	Fungerer godt i eget hjem, har hobbyer og/eller intellektuelle interesser.	Svekket interesse for huslige gjøremål, hobbyer og/eller intellektuelle sysler.	Helt enkle huslige sysler kan utføres. Hobbyer og/eller intellektuelle sysler er oppgitt.	Fungerer ikke i sitt eget hjemlige miljø.	