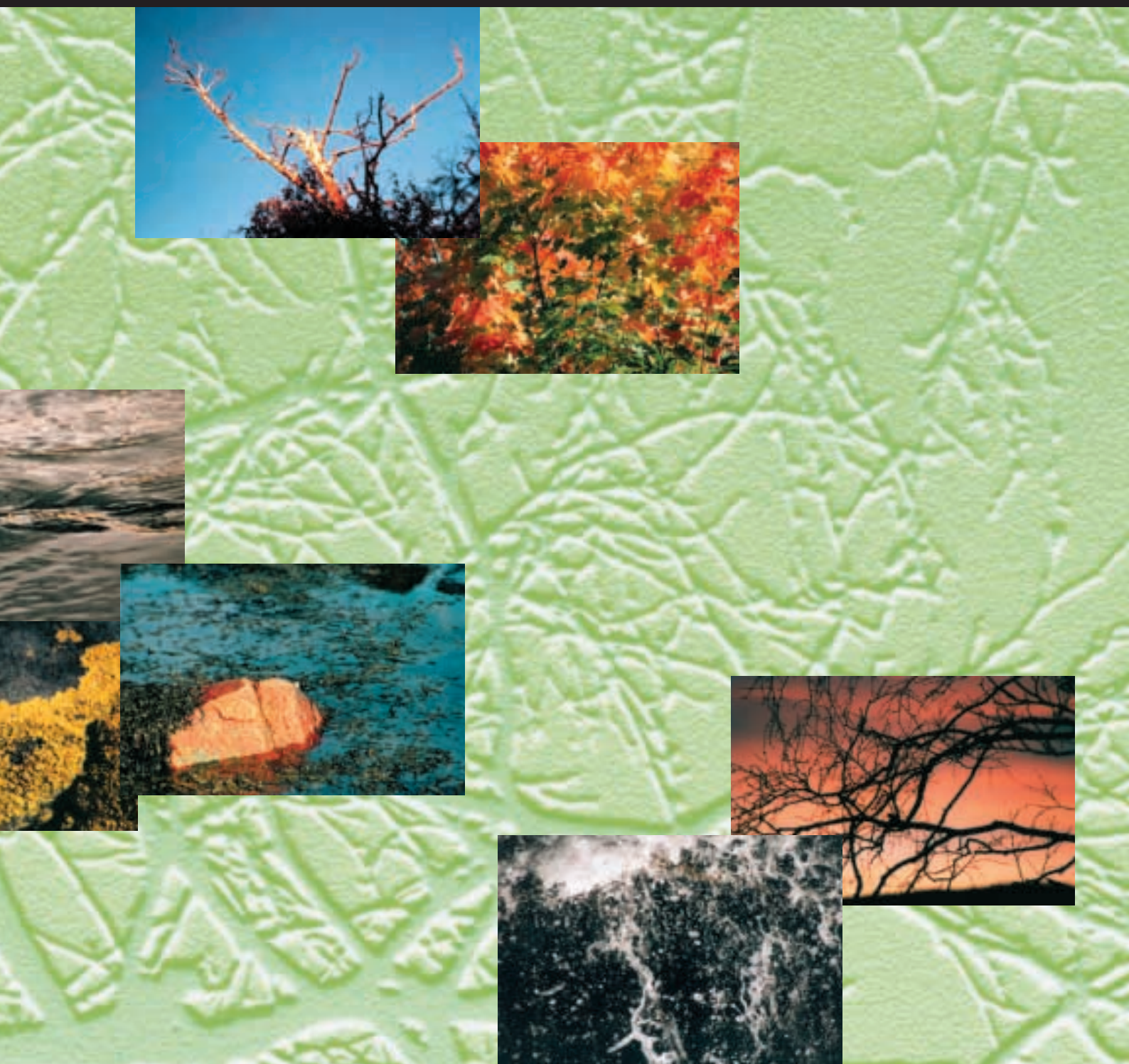




# Statens helsetilsyn

5-2000

UTVIKLINGSHEMMEDE MED ALVORLIGE AVFERDSAVVIK OG/ELLER PSYKISKE LIDELSER  
EN KARTLEGGING AV SPESIALISTHELSETJENESTENS TILBUD OG BEHOV



# **UTVIKLINGSHEMMEDE MED ALVORLIGE AVFERDSAVVIK OG/ELLER PSYKISKE LIDELSER**

**EN KARTLEGGING AV SPESIALISTHELSETJENESTENS  
TILBUD OG BEHOV**



**Statens helsetilsyn**

Calmeyers gate 1

Pb. 8128 Dep., 0032 Oslo

Tlf.sentralbord: 22 24 88 88

Faks: 22 24 95 90

E-post: [postmottak@helsetilsynet.dep.telemax.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.dep.telemax.no)

Internett: <http://www.helsetilsynet.no>



## FORORD

I forbindelse med oppfølging av St.meld. nr. 25 (1996-97) – *Åpenhet og helhet* og St.prp. nr. 63 (1997-98) om *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 til 2006*, ga Sosial- og helsedepartementet Statens helsetilsyn i oppdrag å kartlegge de fylkeskommunale spesialisttjenestetilbudene til psykisk utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykiatriske lidelser.

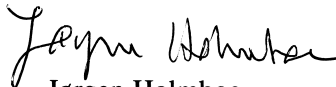
Dette oppdraget ble gitt til KRUT as (Senter for velferdsutvikling), og den foreliggende rapporten er et resultat av den kartlegging som KRUT as foretok i 1998. De konklusjoner og forslag til tiltak som fremkommer i rapporten, er utredernes egne.

Rapporten avdekker store mangler når det gjelder tilbud til en nærmere bestemt gruppe psykisk utviklingshemmede, både kommunale tjenester og tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Etter Helsetilsynets oppfatning er en sentral problemstilling hvordan spesialisthelsetjenestens tilbud til målgruppen skal organiseres. Denne organiseringen må blant annet sikre at gruppen får bedre tilgang til kvalifisert diagnostisk utredning og behandling basert på spesialitetene psykiatri, nevrologi og klinisk psykologi. Det vil si kompetanse fra både habiliteringstjenesten og fra psykiatrien. Det må også settes fokus på samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Videre bør adekvat kompetanse, både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten styrkes.

Statens helsetilsyn anser rapporten å være av allmenn interesse, og gir den derfor ut i en egen utredningsserie. Helsetilsynet ønsker at rapporten kan være et ledd i arbeidet med å bedre kvaliteten på helsetjenester overfor psykisk utviklingshemmede med psykiatriske lidelser. Videre ønsker man at helsetjenesten på denne bakgrunn vil ta initiativ til å bedre tilbudet til gruppen gjennom å bedre tilgjengeligheten på tjenestene, og ved at relevant kompetanse blir bygd opp både på kommunalt og fylkeskommunalt nivå.

Helsetilsynet skal etter oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet nedsette et utvalg som blant annet skal se på organisering av spesialisthelsetjenester til denne gruppen, og behovet for kompetanseutvikling.

Oslo, mai 2000

  
Jørgen Holmboe  
avd. direktør



## INNHOLD

<b>I</b>	<b>Innledning</b> .....	7
1.1	Stortingsmelding nr 25 (1996-97) .....	7
1.2	Spørreskjemaundersøkelse i landets kommuner .....	8
1.3	Kartleggingens formål .....	9
1.4	Metode. ....	9
	1.4.1 Spørreskjemaet .....	10
	1.4.2 Presisering av målgruppen .....	10
	1.4.3 Grupper som ikke omfattes av denne kartlegging .....	10
1.5	Gjennomføring .....	11
	1.5.1 Referansegruppe .....	11
<b>2</b>	<b>Presentasjon av resultater fra undersøkelsen</b> .....	12
2.1	Oversikt over kommuner som har deltatt i undersøkelsen .....	12
2.2	Antall personer i målgruppen .....	13
2.3	Aldersfordeling i målgruppen og andel autister .....	14
2.4	Forekomst av målgruppen i befolkningen .....	14
2.5	Problembelastning .....	16
2.6	Kommunenes utgifter i forbindelse med tilbud til målgruppen .....	17
2.7	Boformer .....	17
2.8	Tilbud fra spesialisthelsetjenesten .....	17
	2.8.1 Forbruk av spesialisthelsetjenester .....	17
	2.8.2 Omfang og type tilbud fra spesialisthelsetjenesten .....	18
	2.8.3 Andel av målgruppen med tilbud fra spesialisthelsetjenesten .....	20
2.9	Mangler og problemer ved tjenestetilbudet .....	20
	2.9.1 Mangler i kommunenes eget tilbud .....	20
	2.9.2 Mangler i habiliteringstjenestens tilbud .....	22
	2.9.3 Mangler ved psykiatriens tilbud .....	24
	2.9.4 Mangler ved tilbud fra somatisk spesialisthelsetjeneste .....	25
	2.9.5 Problemenes generalitet .....	26
	2.9.6 Sammenheng mellom mangler/problemer og målgruppens andel i befolkningen og befolkningens størrelse .....	26
2.10	Synspunkter på uttalelser fra Stortingets sosialkomite .....	27
<b>3</b>	<b>Diskusjon og anbefalinger</b> .....	29
3.1	Målgruppens størrelse sammenlignet med tidligere anslag .....	29
3.2	Personer i målgruppen som fortsatt bor hos sine foreldre .....	30
3.3	Målgruppens størrelse i et kommunalt perspektiv .....	30
3.4	Tilbudet fra spesialisthelsetjenesten .....	31
3.5	Alvorlige mangler og problemer ved det samlede tjenestetilbudet .....	32
3.6	Forutsetninger for endring .....	33
3.7	Strategiske valg .....	34
	3.7.1 Vurdering av alternative strategier .....	34
3.8	Anbefalinger og forslag til tiltak .....	36
<b>4</b>	<b>Tabellvedlegg</b> .....	37





## I. Innledning

Etter avviklingen av Helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU) i 1991, har kommunene ansvar for alminnelige tilbud og tjenester til psykisk utviklingshemmede. Samtidig er det forventet at psykisk utviklingshemmede med behov for spesialisthelsetjenester skal få tilgang på slike tjenester på samme måte som alle andre borgere i samfunnet. Dette gjelder både psykiatriske og somatiske spesialisthelsetjenester.

I alle fylker er det etablert egne tilbud innen spesialisthelsetjenesten tilpasset psykisk utviklingshemmede, kalt habiliteringstjeneste. Habiliteringstjenesten er forutsatt å ha kompetanse innen diagnostisk utredning og behandling av psykisk utviklingshemming og alvorlige utviklingsforstyrrelser, samt sykdomstilstander eller problemer forbundet med dette. Gjennom egne tiltak, og ved veiledning til kommune, skal habiliteringstjenesten bidra til at tilbudene tilpasses den enkeltes behov, samt fremme utvikling og optimal fungering.

I forbindelse med den såkalte ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede var det betydelig usikkerhet omkring omfanget av behovet for tilrettelagte spesialisthelsetjenester til psykisk utviklingshemmede, spesielt når det gjaldt psykisk utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykisk lidelse. I løpet av de senere årene er det blitt stilt spørsmål om gruppen med de alvorligste problemene får tilgang på relevante spesialisthelsetjenester.

Regjeringen Jagland la i april 1997 frem Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet - Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet. Meldingen setter fokus på mangler både ved det ordinære tjenestetilbudet innen psykisk helsevern og ved tjenestetilbudene til personer med spesielle behov, herunder tilbudet til psykisk utviklingshemmede. Stortinget sluttet seg enstemmig til hovedtrekkene stortingsmeldingen.

Med bakgrunn i tiltak forslått i stortingsmeldingen (jfr. meldingens kapittel 5 Grupper med særlige behov) og vedtak Stortinget fattet ved behandlingen av meldingen i juni 1997, er Statens helsetilsyn gitt i oppdrag å foreta en kartlegging av spesialisthelsetjenestetilbudet til psykisk utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykisk lidelse.

I den foreliggende rapporten presenteres resultatene av dette utredningsarbeidet. Denne kartleggingen skal bl.a. ligge til grunn for en senere utredning om behovene for alternative botilbud til psykisk utviklingshemmede med store atferdsproblemer og eller psykiske lidelser.

### I.1 Stortingsmelding nr 25 (1996-97)

I stortingsmeldingen om psykisk helsevern gis en kritisk beskrivelse av dagens tilbudet til mennesker med psykisk utviklingshemming. Følgende sitater fra meldingen viser utgangspunktet for at regjeringen Jagland foreslo at det skulle gjennomføres en kartlegging av spesialisthelsetjenestetilbudet til psykisk utviklingshemmede med store atferdsproblemer og/eller psykiske lidelser:

*”Den kommunale helse- og sosialtjenesten har fortsatt stor mangel på fagutdannet personell med kompetanse på psykisk utviklingshemming. Dette medfører bl.a. at psykiske lidelser og atferdsproblemer ofte ikke blir håndtert på en faglig tilfredsstillende måte. Når det gjelder psykisk utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik har kommunene et betydelig behov for bistand fra fylkeskommunene.”*

*”Rapporter og henvendelser som kommer til departementet tyder på at særlig mindre kommuner har store problemer med å ta seg av enkelte psykisk utviklingshemmede med store atferdsavvik og/eller psykiatriske symptomer.”*



*”Kompetansen i det fylkeskommunale psykiske helsevernet er for lav når det gjelder undersøkelse, behandling og andre tilbud til psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser.”*

*”Alle habiliteringsteam bør ha tilstrekkelig kompetanse når det gjelder atferdsavvik..... . Organiseringsen av fylkeskommunale habiliteringstjenester bør vurderes, jfr de store fylkesvise forskjellene.”*

Stortingets sosialkomite ga i sin innstilling en enda mer kritisk beskrivelse av dagens situasjon:

*”Komiteen finner grunn til å understreke fylkeskommunenes ansvar for at denne gruppen får et spesialisthelsetjenestetilbud på linje med andre mennesker med psykiske lidelser. Slike tilbud finnes i dag i liten utstrekning, noe som er medvirkende til at en del av psykisk utviklingshemmede nå har et dårligere tilbud enn tidligere. Et lite antall psykisk utviklingshemmede har behov for omsorg og oppfølging av et slikt omfang at fylkeskommunene må delta aktivt i utvikling av et faglig godt tjenestetilbud.*

Stortinget ga sin tilslutning til følgende forslag til tiltak som Regjeringen fremmet i meldingen:

*”Å gjennomføre en kartlegging av de fylkeskommunale spesialisttjenestetilbudene til psykisk utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik eller psykiatriske lidelser, for å få vurdert behovene for å bygge opp tjenestetilbud og kompetanse.”*

*”Å utrede om det trengs mer varige interkommunale eller fylkeskommunale botilbud til psykisk utviklingshemmede med så store atferdsavvik at særlig mindre kommuner har problemer med å etablere tilfredsstillende tjenester”*

Stortingets sosialkomite hadde følgende kommentar til forslaget i sin innstilling:

*”Komiteen mener det særlig i forhold til psykisk utviklingshemmede med store psykiske tillegglidelser kan være behov interkommunale eller fylkeskommunale botilbud med omfattende tjenestetilbud.”*

## **1.2 Spørreskjemaundersøkelse i landets kommuner**

Problemstillingene knyttet til den kartleggingen Stortinget har bedt om, er omfattende og sammensatt. En fullstendig kartlegging ville kreve individuell kartlegging av behov, og en uavhengig kartlegging av tilbudene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Omfanget av problemet ikke er kjent. Det er usikkerhet omkring følgende forhold:

- antallet psykisk utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykisk lidelse,
- behovet for spesialisthelsetjenester og
- hvilke tilbud som gis og i hvilket omfang.

Kommunene har det primære ansvaret for tilbud og tjenester til psykisk utviklingshemmede og kan følgelig forventes å ha den beste oversikten over situasjonen. En har derfor valgt å foreta en spørreskjemaundersøkelse til landets kommuner.

Det er lagt vekt på to hovedproblemstillinger:

- Forekomst av alvorlige atferdsavvik og/eller psykisk lidelse hos voksne psykisk utviklingshemmede.
- Relevansen og tilgjengeligheten av spesialisthelsetjenestetilbudet fra henholdsvis habiliteringstjenesten og psykiatrien.

En har i denne omgang valgt å begrense kartleggingen til voksne psykisk utviklingshemmede. Ansvar for tjenestetilbudene til psykisk utviklingshemmede barn og unge er fordelt på en rekke instanser, bl.a. gis en vesentlig del av tilbudene i regi av skolemyndighetene. En kartlegging av relevans og tilgjengelighet av spesialisthelsetjenestens tilbud til barn og unge psykisk utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og eller psykisk lidelse, ville kreve flere informanter enn kommunene og de instansene innen kommunene som har ansvar for helse- og sosialtjenester. Dessuten ble ikke tilbudene til barn og unge psykisk utviklingshemmede i like stor grad endret som følge av ansvarsreformen og avviklingen av Helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU). Det var hovedsakelig voksne psykisk utviklingshemmede som ved tidspunktet for gjennomføringen av ansvarsreformen, hadde omfattende tilbud i form av døgnbasert omsorgstilbud i HVPU-institusjoner.

### 1.3 Kartleggingens formål

Kartleggingen er et forsøk på å fremskaffe relevant informasjon for en overordnet analyse og vurdering - som igjen skal ligge til grunn for administrative og politiske beslutninger om den videre utviklingen av tjenestetilbudet. Kommunene er benyttet som informanter om:

- faktiske opplysninger om tjenestetilbudet som grunnlag for en helhetsoversikt og sammenligning mellom fylker og regioner
- informasjon omkring typiske eller vanlige tilbud fra spesialisthelsetjenesten til målgruppen
- en vurdering av tilbudenes egnethet.

Formålet med spørreskjemaundersøkelsen er å kartlegge mangler ved spesialisthelsetjenestens tilbud til voksne psykisk utviklingshemmede og autister som har alvorlige atferdsavvik og/eller psykisk lidelse. Målgruppen for undersøkelsen er derfor begrenset til personer som har så store problemer at de har behov for 1:1 bemanning på dag og kveldstid. (Avgrensningen av målgruppen omtales mer utførlig nedenfor.)

### 1.4 Metode

Kartleggingen er gjennomført ved at det er sendt ut et spørreskjema til samtlige norske kommuner. I Oslo, Stavanger, Bergen og Trondheim er spørreskjemaet besvart av bydeler/helse- og sosialdistrikt. Spørreskjemaet følger som vedlegg.

For å sikre kvaliteten på svarene, er den administrativt ansvarlige for tjenestetilbudet til psykisk utviklingshemmede i kommunen/bydelen, f.eks. helse- og sosialsjef, bedt om å fylle ut skjemaet sammen med en gruppe personer som har kjennskap til brukerne og hvilke tilbud som gis, f.eks. leder av hjemmetjenesten, boveiledere eller andre lokale ledere.

Det bør understrekes at det er visse svakheter eller begrensninger ved den metoden som er valgt. Dette gjelder ikke de spørsmål som dreier seg om faktaopplysninger om antall personer i målgruppen og hvilke tilbud som gis. Men det kan antas at kommunenes oppsummerende vurdering av målpersonenes behov i en del tilfeller vil være preget av generaliseringer ut fra enkelttilfeller. Videre kan en anta at undersøkelsens bakgrunn og hovedproblemstillinger i noe større grad vil påvirke kommunes svar ved en spørreskjemaundersøkelse, enn tilfellet ville vært dersom man hadde basert undersøkelsen på en individuell kartlegging. Det vil si at man i vurderingene av resultatene må ta hensyn til at kommunene på enkelte spørsmål kan ha gitt svar basert på generelle helsepolitiske holdninger og standpunkter, eller antagelser om hvilke svar helsemyndighetene forventer å få gjennom kartleggingen. Fordelen med den valgte metoden er imidlertid at den gir informasjon om hvordan kommunene opplever situasjonen til psykisk utviklingshemmede med omfattende bistandsbehov, og hvilke utfordringer kommunene står overfor når de skal gi tilrettelagte tjenestetilbud.

### 1.4.1 Spørreskjemaet

Det ble benyttet et strukturert spørreskjema hvor kommunene skulle gi opplysninger om:

- Antall voksne psykisk utviklingshemmede og autister.
- Antallet med omfattende hjelpebehov.
- Antall personer i undersøkelsens målgruppe med og uten kommunale døgntilbud.
- Alderssammensetningen i målgruppen.
- Kommunens kostnader i forbindelse med tilbud og tiltak til voksne psykisk utviklingshemmede totalt og til målgruppen.
- Boformer benyttet for målgruppen og personalressurser knyttet til tjenestetilbudet.
- Interkommunale tiltak og tilbud hjemlet i kommunehelsetjenesteloven.
- Omfang av tilbudet fra habiliteringstjeneste og psykiatri til målgruppen fordelt på boformer.
- Type tilbud som blir gitt fra spesialisthelsetjenesten.

Spørreskjemaet inneholder også et sett av spørsmål hvor kommunene er bedt om å identifisere vesentlige mangler og problemer ved definerte deler av:

- Kommunens eget tilbud til målgruppen.
- Den fylkeskommunale habiliteringstjenesten.
- Det fylkeskommunale psykiatritilbudet.
- Den fylkeskommunale somatiske spesialisthelsetjeneste.

I tillegg til å identifisere manglene ved disse tjenestene skulle kommunene gradere mangelene og problemenes betydning på en skala fra 1 til 4 hvor 1 var "liten betydning" og 4 "avgjørende betydning"

Videre skulle kommunene angi om mangler og problemer var generelle for hele målgruppen eller om det i hovedsak gjaldt de personen som trengte størst personalinnsats i de kommunale tiltakene.

### 1.4.2 Presisering av målgruppen

Målgruppen for undersøkelsen er definert slik:

Personer over 18 år med moderat til dyp psykisk utviklingshemming eller alvorlig utviklingsforstyrrelse (autister mm) som har:

- et alvorlig atferdsavvik/problem og / eller en psykisk lidelse, og
- så store bistandsbehov at det er nødvendig med 1:1 oppfølging (eller mer) på dag- og kveldstid og nattvakt 7 dager i uken.

Med psykisk lidelse menes moderate og alvorlige psykiske lidelser f.eks. emosjonelle forstyrrelser, psykoser, affektive lidelser, alvorlige personlighetsforstyrrelser / -avvik m.v., dvs. lidelser som både er alvorlige og som varer over tid. Det er ikke krav om at det skal være stilt en psykiatrisk diagnose, men at lidelsen skal oppfattes som moderat til alvorlig. Det vil si at personer med tilpasningsproblemer og vanlige emosjonelle problemer knyttet til det å være psykisk utviklingshemmet, ikke tilhører målgruppen.

Tilsvarende skal atferdsavvikene oppfattes som alvorlige for at personen skal tilhøre målgruppen. Alvorlighetsgraden kan være knyttet til konsekvenser for andre eller for personen selv. Eksempler på slik atferd er alt fra selvskadning, voldshandlinger mot medbeboere eller personalet, til atferdsavvik som først viser seg i situasjoner utenfor boligen.

### 1.4.3 Grupper som ikke omfattes av denne kartlegging

Mange kommuner har respondert på definisjonen av målgruppen og påpekt at også andre grupper har store udekkede behov. Denne kartleggingen omfatter ikke følgende grupper:

- Lettere psykisk utviklingshemmede med affektive lidelser som angst og depresjon.
- Personer med alvorlige psykiske lidelser med lettere psykisk utviklingshemming.

- Personer med andre sammensatte problemer, for eksempel med Touretts syndrom og ADHD som hoveddiagnose.
- Psykisk utviklingshemmede, multifunksjonshemmede, med omfattende pleie og omsorgsbehov uten atferdsavvik.
- Psykisk utviklingshemmede preget av initiativløshet og passivitet og som av den grunn trenger omfattende bistand på linje med personer med utfordrende atferd.

De personene som omfattes av denne kartlegging utgjør m.a.o. bare én av mange grupper med sammensatte problemer og som har behov for omfattende bistand både fra kommuner og fylkeskommuner.

De andre gruppene nevnt ovenfor, kan ha like store eller større problemer med å få tilfredsstillende tjenester fra kommuner og fylkeskommuner. Kommunene kan ha like store faglige, administrative og økonomiske problemer med å utvikle og vedlikeholde et tilfredsstillende tjenestetilbud til disse andre gruppene.

## 1.5 Gjennomføring

Kartleggingen er gjennomført av KRUT as Senter for velferdsutvikling. Svein Jacobsen har vært prosjektleder. Vernepleier Trude Stenhammer (Ullevål sykehus, avd. for voksenhabilitering) og spesialist i klinisk psykologi Lennart L. Jensen (Oslo Kommune) har fungert som rådgivere ved utvikling av problemstillinger, spørreskjema og ved drøfting av funnene.

Lennart L. Jensen har også hatt hovedansvaret for analyse og bearbeiding av dataene fra kartleggingen og utskriving av rapporten.

Kartleggingen er gjennomført i perioden februar til mai 1999. Det har vært tidkrevende å få inn spørreskjemaene bl.a. fordi førstegangs henvendelse til enkelte kommuner ikke ble fulgt opp. Prosjektleder har bistått en rekke kommuner med utfylling av skjemaet. Svært mange kommuner har uttrykt bekymring for at kartleggingen ikke omfatter alle grupper som i dag ikke har et tilfredsstillende tilbud.

### 1.5.1 Referansegruppe

Det ble ved prosjektets begynnelse nedsatt en referansegruppe med følgende medlemmer:

Overlege	Olav Linaker	Psykiatrisk institutt NTNU
Professor	Jan Tøssebro	Institutt for sosialt arbeid NTNU
Sjefpsykolog	Leif Hugo Stubberud	Habiliteringstjenesten, seksjon voksenhabilitering / autisme – Østfold Fylkeskommune
Faglig administrativ leder	Gunn Stokke	Avdeling for voksenhabilitering, Fylkessykehuset i Molde
Organisasjonsrepresentant	Eli Lidal	Norsk forbund for utviklingshemmede NFU
Overlege	Roy Nystad	Avdeling for voksenhabilitering Ullevål Sykehus
Vernepleier	Inger Anne Kristoffersen	Avd for hjelpetjenesten, Tana kommune
Organisasjonsrepresentant	Margrethe M. Hjortnæs	Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende LUPE Psykolog Morten Bekk Aker sykehus, divisjon psykiatri, Gaustad

Fra Statens Helsetilsyn har Ellen Hagemo, Arild Gjertsen, Tone Skjellum og Sidsel Ledang deltatt på ett eller flere møter i referansegruppen.

Referansegruppen har hatt tre møter.

## 2 Presentasjon av resultater fra undersøkelsen

### 2.1 Oversikt over kommuner som har deltatt i undersøkelsen

Alle landets 435 kommuner har fått tilsendt spørreskjemaet. For de store bykommunene Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger er spørreskjemaet sendt de lokale bydelsadministrasjonene, dvs. 25 bydeler i Oslo kommune, 12 i Bergen, 6 i Trondheim, 6 i Bergen og 7 i Stavanger. Det er følgelig i alt 481 mulige respondenter, hvorav 431 kommuner og 50 bydeler.

Det er 140 kommuner og bydeler som har sendt melding om at de ikke har personer i målgruppen (29,1%). 243 kommuner og bydeler oppgir å ha personer i målgruppen og har fylt ut spørreskjemaet (50,5%). Dette gir en samlet svarprosent på 79,6%. I tillegg har tre kommuner bedt om utsettelse, men senere ikke sendt inn skjema, og én kommune har meddelt at de ikke ønsker å svare. Det vil si at 80,5% av alle kommuner og bydeler har gitt en eller annen form for tilbakemelding.

Åtte skjemaer fra kommuner med personer i målgruppen er forkastet på grunn av mangelfulle eller åpenbart feilaktige opplysninger. Analysen er derfor basert på svar fra 235 kommuner og bydeler. Dette utgjør 48,9% av samtlige kommuner og bydeler som har fått tilsendt spørreskjemaet, og 95% av de kommunene og bydelene som har oppgitt å ha personer i målgruppen.

Tabell 1 viser hvordan kommunenes svar fordeler seg i de ulike helseregionene.

Tabell 1: Oversikt over antall svar fra kommuner og bydeler i hver av helseregionene

Helseregion	Helseregion	Antall	Svarkategori			Total
			svart ja	svart nei	ikke svart	
Helseregion Øst	Antall	72	26	15	113	
	Prosent	63,7	23,0	13,3	100,0	
Helseregion Sør	Antall	44	28	12	84	
	Prosent	52,4	33,3	14,3	100,0	
Helseregion Vest	Antall	50	27	26	103	
	Prosent	48,5	26,2	25,2	100,0	
Helseregion Midt-Norge	Antall	42	29	21	92	
	Prosent	45,7	31,5	22,8	100,0	
Helseregion Nord-Norge	Antall	35	30	24	89	
	Prosent	39,3	33,7	27,0	100,0	
Total	Antall	243	140	98	481	
	Prosent	50,5	29,1	20,4	100,0	

Helseregion Øst: Oppland, Hedmark, Oslo, Akershus og Østfold  
 Helseregion Sør: Buskerud, Vestfold Telemark Aust-Agder, Vest-Agder  
 Helseregion Vest: Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane  
 Helseregion Midt-Norge: Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag  
 Helseregion Nord-Norge: Nordland, Troms, Finnmark

Den høyeste svarprosenten er i Helseregion Øst 86,7%. Det er også i Helseregion Øst at vi har registrert høyest andel kommuner med personer i målgruppen (63,7%). Helseregion Nord har den laveste andelen kommuner som har angitt å ha personer i målgruppen (39,3%).

Forskjellene kan til en viss grad tilskrives forskjeller mellom helseregionene med hensyn til andel kommuner med lavt innbyggertall. Ved sykdomstilstand eller avvik som forekommer relativt sjelden i en befolkning (dvs. tilstander som har lav prevalens), finner en ofte store forskjeller i forekomst i ulike geografiske områder. I store kommuner eller i større områder som et fylke, vil geografiske forskjeller jevnes ut. I mindre kommuner vil en forvente at noen har høyere og noen lavere forekomst enn gjennomsnittet, mens andre ikke har noen tilfeller i det hele tatt.

Nedenstående tabell viser kommunens svar fordelt på kommuner etter antall innbyggere.

Tabell 2: Antall svar fordelt etter kommunestørrelse

		Svarkategori			Total	
		svart ja	svart nei	ikke svart		
Befolknings- størrelse	mindre enn 5 000	Antall	95	94	57	246
		Prosent	38,6	38,2	23,2	100,0
	5 000 til 10 000	Antall	42	24	25	91
		Prosent	46,2	26,4	27,5	100,0
	10 000 til 15 000	Antall	35	8	6	49
		Prosent	71,4	16,3	12,2	100,0
	15 000 til 20 000	Antall	22	9	5	36
		Prosent	61,1	25,0	13,9	100,0
	mer enn 20 000	Antall	49	5	5	59
		Prosent	83,1	8,5	8,5	100,0
Total		Antall	243	140	98	481
		Prosent	50,5	29,1	20,4	100,0

Det er relativt store forskjeller i svarprosent knyttet til kommunestørrelse - høyest blant kommuner med over 20 000 innbyggere (91,5%) og lavest blant kommuner med mellom 5 000 og 10 000 innbyggere (72,5%).

Som det fremkommer av tabell 2, er den største andelen kommuner med personer i målgruppen blant de store kommunene. I kommuner med under 5 000 innbyggere er det bare ca. 50 % av de kommunene som har svart, som har personer i målgruppen. I kommuner med over 20 000 innbyggere er det hele 90,7% av de som har svart som har personer i målgruppen. Det er følgelig en forventet sammenheng mellom kommunestørrelse, prosent ubesvart og andel kommuner med personer i målgruppen.

Ut fra dette kan en trekke den slutning at det er stor sannsynlighet for at det er få kommuner med personer i målgruppen som ikke har besvart henvendelsen, og at vi gjennom denne undersøkelsen har fått opplysninger fra de aller fleste kommuner og bydeler som har personer i målgruppen.

De besvarelsene som er ekskludert fra materialet, utgjør 1 kommune i Helseregion sør, 3 kommuner i Helseregion Vest, 1 kommune i Helseregion Midt-Norge og 3 kommuner i Helseregion Nord-Norge. (Til sammen 8 kommuner). Fem av disse kommunene har mindre enn 5 000 innbyggere og tre mer enn 10 000 innbyggere (1 kommune i hver av de angitte gruppene).

I tabellvedlegget er det laget en fylkesvis oversikt over antall kommuner og bydeler som er med i undersøkelsen. Kommunene er grupper etter kommunestørrelse innen hvert fylke.

## 2.2 Antall personer i målgruppen

Det er registrert i alt 1163 personer i målgruppen hvorav 980 med døgntilbud i kommunene. 183 personer i målgruppen bor fortsatt hos sine foreldre, men vil trenge 1:1 bemanning eller mer på dagtid dersom tilbudet ble gitt som døgntilbud. Fire kommuner har kun personer i målgruppen som bor hos sine foreldre og gir ikke tilbud i tilknytning til et kommunalt botilbud.

Personer med døgntilbud utgjør 70,25 % av det samlede antall psykisk utviklingshemmede og autister som trenger 1:1 bemanning på dagtid. Den gjennomsnittlige andelen for kommunene er noe høyere (80%) fordi målgruppen i noen kommuner utgjør nesten alle som får 1:1 bemanning. På landsbasis kan en ut fra dette anslå at det er ca 300 voksne psykisk utviklingshemmede som får omfattende omsorgstilbud av andre årsaker enn alvorlige atferdsavvik eller psykisk lidelse.

Det er stor usikkerhet knyttet til tallene kommunene har oppgitt for det totale antall voksne psykisk utviklingshemmede og autister. Det er bare 222 kommuner som har svart på dette spørsmålet.



Med alle feilkilder tatt i betraktning, kan man på bakgrunn av undersøkelsen anslå at mellom 10 og 20 % av alle voksne med moderat til alvorlig psykisk utviklingshemming får (eller trenger) et omsorgstilbud med 1:1 oppfølging på dagtid som følge av alvorlige atferdsavvik og/eller psykisk lidelse.

### 2.3 Aldersfordeling i målgruppen og andel autister

Det er registrert 832 psykisk utviklingshemmede og 299 autister tilhørende målgruppen (73,56% psykisk utviklingshemmede og 26,44% autister). Det vil si at autister er overrepresentert blant dem med stort omsorgsbehov. Dette er som forventet. Den gjennomsnittlige andelen psykisk utviklingshemmede i målgruppen i kommunene er noe høyere, (ca. 80%). Dette skyldes at det er mange småkommuner som har få eller ingen autister fordi dette er en lavfrekvent lidelse. Men i de tilfellene kommuner har autister, vil disse utgjøre en forholdsvis stor andel av de som får eller trenger 1:1 oppfølging. Det er ikke alle kommuner som har svart på dette spørsmålet slik at summen her er 1131 og ikke 1163 personer.

Det er ulik aldersfordeling i henholdsvis gruppen autister og gruppen psykisk utviklingshemmede. Over halvparten av autistene er under 30 år, mens de psykisk utviklingshemmede er jevnere fordelt mellom aldersgruppene under 50 år. Det er grunn til å anta at en del psykisk utviklingshemmede over 40 år egentlig tilhører gruppen autister. Dette henger sammen med at diagnosen autisme stilles tidlig i barneårene, og at det først i de siste 20 til 30 årene at denne diagnosen er benyttet i særlig utstrekning.

Tabell 3: Aldersfordelingen i målgruppen

	18-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	Over 60 år	Sum
Psykisk utviklingshemmede	{ 247	240	207	101	37	832
Prosent	{ 29,69	28,85	24,88	12,14	4,45	100,00
Autister	{ 158	82	43	11	5	299
Prosent	{ 52,84	27,42	14,38	3,68	1,67	100,00
Målgruppen	{ 405	322	250	112	42	1131
Prosent	{ 35,81	28,47	22,10	9,90	3,71	100,00

### 2.4 Forekomst av målgruppen i befolkningen

Gjennomsnittlig antall personer i målgruppen pr 10000 innbyggere i kommune ligger på i overkant av 6 personer, men det er betydelige variasjoner mellom kommunene. Enkelte kommuner har svært høyt antall personer i målgruppen sett i forhold til innbyggertallet.

Medianen (den verdien som skiller utvalget i to slik at 50% av kommunene har høyere andel og 50% har lavere andel) ligger på 4,2 pr 10000 innbyggere for alle kommunene med en variasjon mellom 2,4 for kommunene i Akershus som den laveste og 7,9 for kommunene i Telemark som det høyeste. (Tabell 4a.)

Tabell 4a: Forekomst av målgruppen pr. 10.000 innbyggere

Fylkeskommune	Mean	Median	Minimum	Maximum
Østfold	4,0282	3,2680	2,25	6,95
Akershus	4,1578	2,3803	1,02	14,07
Oslo	3,1211	3,0470	0,38	6,80
Hedmark	5,4947	4,7857	0,56	12,43
Oppland	6,8516	4,2323	0,74	20,83
Buskerud	5,0075	3,5404	2,00	16,32
Vestfold	4,0525	3,7936	1,03	10,62
Telemark	8,9838	7,9020	1,01	19,27
Aust-Agder	4,7707	3,4193	2,22	10,02
Vest-Agder	12,1835	7,5341	1,82	31,85
Rogaland	4,1583	3,6094	0,76	9,39
Hordaland	6,2498	6,1786	1,29	15,11
Sogn og Fjordane	8,8998	5,8180	0,96	27,56
Møre og Romsdal	5,5489	4,0333	1,43	12,93
Sør-Trøndelag	5,5582	4,9222	0,75	12,78
Nord-Trøndelag	13,6207	4,8872	1,74	62,27
Nordland	7,9526	6,0766	2,39	18,90
Troms	16,0327	5,2795	2,41	87,40
Finnmark	5,2049	3,9966	1,62	12,80
Total	6,4564	4,2711	0,38	87,40

Det er imidlertid store forskjeller i kommunestørrelse i de ulike fylkene, noe som gjør at gjennomsnittsverdiene for kommunene i det enkelte fylke ikke gir et riktig bilde ved sammenligning mellom fylkene. Det vil si at det er stor forskjell mellom gjennomsnittet i fylket som helhet og gjennomsnittet for kommunene i fylket. Det er derfor laget en tabell med vektet gjennomsnitt som korrigerer for forskjellene i kommunestørrelse i fylkene. (Tabell 4b.)

Tabell 4b: Vektet forekomst av målgruppen pr. 10.000 innbyggere

Fylkeskommune	Mean	Median
Østfold	3,7367	3,8209
Akershus	2,8178	1,7116
Oslo	2,9082	2,9936
Hedmark	4,7208	4,4954
Oppland	4,0012	2,9735
Buskerud	3,5205	2,4290
Vestfold	3,8154	3,8152
Telemark	5,1847	2,5543
Aust-Agder	3,6576	2,2918
Vest-Agder	3,3702	1,8187
Rogaland	3,7634	2,9549
Hordaland	4,5933	3,1492
Sogn og Fjordane	5,7572	3,4341
Møre og Romsdal	5,4709	4,6567
Sør-Trøndelag	3,0195	1,3401
Nord-Trøndelag	8,1976	4,8872
Nordland	5,5946	4,9097
Troms	6,2562	2,4088
Finnmark	4,2402	3,6278
Total	4,0015	3,1004

98,3% av kommune i undersøkelsen har mindre enn 30 personer, 97% mindre enn 20 personer og 83% mindre enn 10 personer i målgruppen pr 10000 innbyggere.

Det er fire kommuner som har mer enn 30 personer i målgruppen pr 10000 innbyggere hvorav to mellom 30 og 40, én mellom 60 og 70 og én over 80 personer pr 10000 innbyggere. Alle disse kommunene har mindre enn 5000 innbyggere. Også de tre kommunene som har mellom 20 og 30 personer i målgruppen pr 10000 innbyggere har under 5000 innbyggere totalt. Det reelle antallet personer i målgruppen i disse små kommuner, er sjelden over 10 personer fordi kommunen bare har mellom 1000 og 2000 innbyggere. Forklaringen på den høye andelen i enkelte av disse småkommunene er at de var vertskommune for HVPU-institusjoner og at mange beboere valgte å bosette seg i kommunen i forbindelse med avviklingen av HVPU. I andre tilfeller skyldes det rene tilfeldigheter.

Som det fremkommer av nedenstående tabell (tabell 4c) er gjennomsnittlig antall pr 10000 innbyggere vesentlig høyere i små kommuner enn i store. I de store kommunene er antall personer i målgruppen i gjennomsnitt kun 2,89 pr 10000 innbyggere.

Tabell 4c Antall i målgruppen pr. 10 000 innbyggere gruppert etter kommunestørrelse

Befolkningsstørrelse gruppert	Mean	N	Standard avvik
mindre enn 5 000	10,3762	90	11,7959
5 000 til 10 000	5,2406	42	3,6092
10 000 til 15 000	3,9301	34	2,4828
15 000 til 20 000	4,3978	21	2,6919
mer enn 20 000	2,8609	48	1,5255
Total	6,4564	235	8,2033

Det er likevel få personer i målgruppen i hver enkelt kommune. I 123 kommuner er antallet personer i målgruppen mindre enn 4 personer, i 82 kommuner mellom 4 og 10 personer, og i 30 kommuner mer enn 10 personer. Det er store fylkesvise forskjeller. I Oppland, Aust-Agder, Sogn og Fjordane, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Finnmark har ingen kommuner mer enn 10 personer i målgruppen. Østfold, Hedmark, Vestfold, Vest-Agder, Rogaland og Troms er de fylker med flest kommuner med mer enn 10 personer i målgruppen (mellom 20 og 36% av kommunene i de respektive fylkene).

## 2.5 Problembelastning

Det er 148 kommuner og bydeler (63%) som har besvart spørsmålet om antall personer som trenger **mer** enn 1:1 bemanning, og det er oppgitt i alt å gjelde for 293 personer eller 29,9% av personene i målgruppen som har døgntilbud (25,2% av hele målgruppen). Den gjennomsnittlige andelen i de kommunene som har besvart spørsmålet er hele 49,4%, da beregnet som prosent av hele målgruppen. Det er store forskjeller i gjennomsnittet for kommunene i de ulike fylkene. Høyeste gjennomsnittlig andel har kommunene i Nord-Trøndelag med 76% og lavest i Vest-Agder med 16% andel personer med behov for mer enn 1:1 bemanning. I åtte fylker er den gjennomsnittlige andelen over 50%.

Det er 192 kommuner og bydeler (81,7%) som har besvart spørsmålet om antall personer hvor det er aktuelt med tvangstiltak hjemlet i lov om sosiale tjenester, og det er oppgitt å gjelde for 718 personer eller 61,7% av alle personer i målgruppen (73,3% av personer i målgruppen med døgntilbud). Den gjennomsnittlige andelen i de kommuner som har besvart spørsmålet er 74,8% (beregnet som prosent av hele målgruppen). Det er også her store forskjeller mellom gjennomsnittet for kommuner i de ulike fylkene. Høyeste gjennomsnittlige andel er i kommuner i Telemark, Troms og Finnmark som alle har en gjennomsnittlig andel over 80%. Laveste andel er i Østfold, Hedmark og Nordland.

## 2.6 Kommunenes utgifter i forbindelse med tilbud til målgruppen

Undersøkelsen gir dessverre liten mulighet for å gi et eksakt svar på kostnadene i og med at det kun er 187 kommuner som har oppgitt kostnader til personene i målgruppen med tilbud og 78 kommuner har oppgitt kostnader til personer som bor hjemme hos sine foreldre.

Gjennomsnittet av kommunens kostnader til personer i målgruppen med tilbud ligger på 5,56 mill. kroner. Sammenholdt med gjennomsnittet på 4,24 for kommunens antall personer i målgruppen med tilbud, vil et beregnet anslag utgjøre 1,3 mill kroner som et gjennomsnitt for kommunenes kostnad pr person i målgruppen med tilbud. Samlet kostnad for 980 personer vil da utgjøre 1.274 mill kroner. (Summert for de 187 kommunene som har svart, utgjør kostnaden 1.040 mill. kroner).

Tilsvarende er gjennomsnittet for kommunenes samlede kostnader til personer i målgruppen som bor hos sine foreldre 0,754 mill kroner. Sammenhold med et gjennomsnitt på 1,85 person i denne kategorien pr kommune, vil gjennomsnittet for kommunenes kostnader være 0,41 mill. kroner. Det er imidlertid her store forskjeller, og det er sannsynlig at det er kommuner med størst utgifter som har oppgitt kostnadene. En rekke personer som bor hjemme hos sine foreldre har omfattende avlastningstilbud (50% avlastning), noe som kan være med på å forklare at gjennomsnittet for hjemmeboende ligger nesten like høyt som for personer med døgntilbud. Beregnet total kostnad for kommunenes tilbud til personer i målgruppen som bor hos sine foreldre utgjør 75 mill kroner. (Summert for de 78 kommunene som har svart på spørsmålet, utgjør total kostnaden 59 mill kroner.)

De samlede utgiftene kommunene har til personer i målgruppen vil ut fra disse beregningene ligge på ca. 1,2 milliarder kroner.

## 2.7 Boformer

Tabell 5: Fordeling av målgruppen på ulike boformer

Boform	Antall kommuner	% av kommuner	Antall personer	% av målgruppen
Bolig med fellesareal	143	60,9	518	47,17
Bokollektiver	40	17,0	94	8,56
Egen bolig	116	49,4	326	29,69
Hos foreldre	90	38,3	160	14,57
Sum			1098	99,99

Det er her avvik mellom kommunenes svar på dette spørsmålet og svarene for personer i målgruppen totalt: dvs. 23 færre som bor hos sine foreldre og 42 færre med døgntilbud.

Den hyppigst forekommende boformen er bolig med fellesareal, men det er også en vesentlig andel som bor i egen bolig. Bokollektiv er en lite benyttet boform.

Det er 208 personer i målgruppen (21,2% av 980 personer med tilbud) som bor i boliger hjemlet i lov om helsetjenester i kommunene. Disse er fordelt på 71 kommuner.

Det er i alt 51 personer (5,2% ) som bor i interkommunale boliger fordelt på i alt 23 kommuner.

## 2.8 Tilbud fra spesialisthelsetjenesten

### 2.8.1 Forbruk av spesialisthelsetjenester

Av de 1098 personene det er spesifisert boformer for, mottar 799 personer (72,8%) tilbud fra spesialisthelsetjenesten, definert som habiliteringstjenesten (52,5%), psykiatrien (7%) eller både habiliteringstjeneste og psykiatri (13,3%). Tabell 6 viser oversikt over antall og andeler som i de ulike boformene som får tilbud fra spesialisthelsetjenesten.

Tabell 6: Forbruk av spesialisttjenester knyttet til personer i ulike boformer

Boform	Type tilbud fra spesialisthelsetjenestene						Sum spesialisttjeneste Antall personer
	Habiliterings- tjenesten		Psykiatrien		Habiliteringstjeneste og psykiatri		
	Antall personer	Antall kommuner	Antall personer	Antall kommuner	Antall personer	Antall kommuner	
Bolig med fellesareal	284	106	32	28	48	39	364
Prosent	54,8	45,1	6,2	11,9	9,3	16,6	70,3
Bokollektiver	46	23	10	7	9	5	65
Prosent	48,9	9,8	10,6	3,0	9,6	2,1	69,1
Egen bolig	188	87	26	20	76	40	290
Prosent	57,7	37,0	8	8,5	23,3	17,0	89
Hos foreldre	58	46	9	8	13	13	80
Prosent	36,3	19,6	5,6	3,4	8,1	5,5	50
Sum	576		77		146		799
Prosent	52,5		7		13,3		72,8

Prosentandelen som er angitt i kolonnene under "antall kommuner" er beregnet ut fra totalantallet 235 kommuner. Prosentandelen under kolonnene "antall personer" er regnet ut fra hvor mange personer som bor i den aktuelle boformen (jfr: tabell 5)

Med bakgrunn av at det dreier seg om personer med alvorlige og sammensatte problemer, burde man kunne forvente at tilnærmet alle hadde kontakt med spesialisthelsetjenesten.

Andelen som mottar tilbud, kan derfor benyttes som en indikasjon på spesialisthelsetjenestens tilgjengelighet knyttet til de ulike boformene. Men det er her snakk om ganske små forskjeller som også kan antas å påvirkes av hvor forstyrrende atferdsavvikene er for omgivelsene. En må derfor være forsiktig med å tolke resultatene.

Antall kommuner som rapporterer forbruk av spesialisthelsetjenester knyttet til de ulike boformene, må også sees i forhold til hvor mange kommuner som har personer i de respektive boformene. Det vil si at tabell 5 og 6 må sees i sammenheng.

De mest tydelige resultatene er at personer som bor i egen bolig har desidert høyest andel med tilbud fra habiliteringstjenesten, 81% hvis man inkluderer dem som også mottar tilbud fra psykiatrien. De har også den høyeste andel med tilbud fra psykiatrien, 31,3% (8% bare psykiatri og 23,3% i kombinasjon med habiliteringstjeneste). De som bor i bolig med fellesareal har en høy andel med tilbud fra habiliteringstjenesten (64,1%), men lavere andel som har kontakt med psykiatrien enn de som bor i bokollektiv, henholdsvis 15,4% og 20,2%.

### 2.8.2 Omfang og type tilbud fra spesialisthelsetjenesten

Selv om en stor andel har tilbud fra habiliteringstjenesten (65,8% samlet for alle boformene, inklusive de som bor hos sine foreldre), er det en forholdsvis lav andel som oppgis å være tilfredsstillende diagnostisk utredet av habiliteringstjenesten (42,1%) og enda færre hvor habiliteringstjenesten har bidratt til utvikling av habiliterings-/behandlingsplaner (24,1%). Prosentandelene er beregnet ut fra det totale antall personer som det er angitt boform for, 1098 personer (jfr. tabell 5).

Tabell 7: Tilbud fra habiliteringstjenesten - Diagnostikk og habiliteringsplaner

	Tilfredsstillende diagnostisk utredning		Habiliterings-/behandlingsplan	
	Antall personer	Antall kommuner	Antall personer	Antall kommuner
Bolig med fellesareal	204	86	120	58
Prosent	39,4	36,6	23,2	24,7
Bokollektiver	47	21	25	11
Prosent	50	8,9	26,6	4,7
Egen bolig	166	82	92	60
Prosent	50,9	34,9	28,2	25,5
Hos foreldre	45	36	28	22
Prosent	28,1	15,5	17,5	9,4
Sum	462		265	
Prosent	42,1		24,1	

Prosentandelen som er angitt i kolonnene under "antall kommuner" er beregnet ut fra totalantallet 235 kommuner.

Prosentandelen under kolonnene "antall personer" er regnet ut fra hvor mange personer som bor i den aktuelle boformen (jfr: tabell 5)

Kommunene er også blitt bedt om å oppgi antall personer i målgruppen som mottar ulike typer tjenester fra henholdsvis habiliteringstjenesten og psykiatrien. Vi finner her store forskjeller mellom tjenestetilbudet som ytes fra de to delene av spesialisthelsetjenesten. Det er i alt 722 personer som mottar tilbud fra habiliteringstjenesten (inklusive de som også mottar tilbud fra psykiatrien) og 223 personer som mottar tilbud fra psykiatrien (inklusive de som også mottar tilbud fra habiliteringstjenesten). Tabell 7 viser en oversikt over hvor mange som mottar ulike typer tilbud samt hvor stor prosent dette utgjør av det antallet som mottar henholdsvis tilbud fra habiliteringstjeneste og psykiatri.

Tabell 8: Typer tjenester/tilbud fra habiliteringstjenesten og psykiatrien

	Habiliteringstjenesten		Psykiatrien	
	Antall personer	Antall kommuner	Antall personer	Antall kommuner
Individuell poliklinisk behandling	93	45	61	50
Prosent	12,9	19,1	27,4	21,3
Indirekte behandling (boligpersonalet utfører behandling etter instruks og veiledning fra spesialisttjenesten)	486	170	68	46
Prosent	67,3	72,3	30,5	19,6
Miljøpersonalet fra spesialisttjenesten bistår direkte i miljøarbeidet i boligen	143	68	10	10
Prosent	19,8	28,9	4,5	4,3
Innleggelse i institusjon ved kriser og akutt behandlingsbehov	21	18	73	56
Prosent	2,9	7,7	32,7	23,8
Innleggelse i institusjon til behandling	27	20	33	27
Prosent	3,7	8,5	14,8	11,5
Dagbehandling	9	7	8	8
Prosent	1,2	3,0	3,6	3,4

Prosentandelen som er angitt i kolonnene under "antall kommuner" er beregnet ut fra totalantallet 235 kommuner.

Prosentandelen under kolonnene "antall personer" er regnet ut fra hvor mange personer som mottar tilbud fra henholdsvis habiliteringstjenesten (722 personer) og psykiatrien (223 personer).



Hovedtilbudet fra habiliteringstjenesten består av indirekte behandling (67,3%) og det gis i 72% av kommunene. Fra psykiatrien er det tre typer tilbud som gis med omtrent like stor hyppighet, individuell poliklinisk behandling (27,4%), indirekte behandling (30,5%) og innleggelse i institusjon ved kriser og akutt behandlingsbehov (32,7%). Men det er ganske få kommuner hvor slike typer tilbud gis (ca. 20 % av kommunene for hver av tilbudstypene.)

I tabellvedlegget er det laget en oversikt over de fylker hvor det gis tilbud fra henholdsvis habiliteringstjenesten og psykiatrien. Slike oversikter kan ikke tolkes entydig som et uttrykk for forskjeller knyttet til omfang eller profil på spesialisttjenestens tilbud, eller hvor tilgjengelige disse er.

Hovedresultatet er at habiliteringstjenesten er tilgjengelig og aktuelt tilbud for et stor antall personer i målgruppen (ca. 65%), men tilbudet som gis er relativt ensidig og knyttet til indirekte behandling (boligpersonalet utfører behandling etter instruks og veiledning fra habiliteringstjenesten). Psykiatrien gir tilbud i mindre omfang (20% mottar tilbud), men er til gjengjeld mer variert. Psykiatrien gir i tillegg til indirekte behandling også individuell poliklinisk behandling og en vesentlig del av tilbudet gis i form av innleggelse ved kriser og i et visst omfang også innleggelse til lengre tids behandling i institusjon.

### 2.8.3 Andel av målgruppen med tilbud fra spesialisthelsetjenesten

Det er foretatt trinnvis regresjonsanalyse for å teste hvilke faktorer som enkeltvis eller i kombinasjon påvirker andel av målgruppen som mottar tilbud fra spesialisthelsetjenesten.

Følgende variabler er lagt inn i modellen for regresjonsanalysen:

- Befolkningsstørrelse,
- antall i målgruppen pr. 10.000 innbyggere,
- prosent autister i målgruppen,
- prosent av målgruppen med større behov enn 1:1-oppfølging,
- prosent av målgruppen hvor det er aktuelt med tvangstiltak.

Analysen viser at både andelen av målgruppen som får tilbud fra spesialisthelsetjenesten (habiliteringstjeneste og/eller psykiatri) og andelen som får tilbud fra habiliteringstjenesten, henger sammen med prosentandelen som har behov for mer enn 1:1 oppfølging og prosentandelen hvor det er aktuelt med tvangstiltak.

Det vil si at kommuner med høy andel psykisk utviklingshemmede med behov for mer enn 1:1 oppfølging og som samtidig har høy andel personer hvor det er aktuelt med tvangstiltak, også har den største andelen med tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende har kommuner med lav andel med behov for mer enn 1:1 oppfølging kombinert med lav andel med behov for tvangstiltak, gjennomgående lavere andel i målgruppen som får tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Det samme gjelder for andelen i målgruppen som får tilbud fra habiliteringstjenesten.

Selv om analysen viser slike sammenhenger i materialet, må det likevel understrekes at det også er forskjeller mellom kommunene som modellen ikke forklarer. Det vil si at forskjellene mellom kommunene kan være knyttet til forhold som dataene i kartleggingen ikke har fanget opp, eller det kan rett og slett være snakk om tilfeldige forskjeller.

Det er ingen enkeltfaktorer eller kombinasjoner av faktorer som kan påvises å ha en sammenheng med andelen som får tilbud fra psykiatrien.

## 2.9 Mangler og problemer ved tjenestetilbudet

### 2.9.1 Mangler i kommunenes eget tilbud

Det er gjennomgående høy svarprosent på de spørsmålene kommunene skulle svare på når det gjelder vesentlige mangler og problemer ved kommunens eget tjenestetilbud.

De viktigste manglene er knyttet til personalet i boligene, både utdanningsnivå, erfaringer og kunnskaper og stabiliteten i personalgruppen. Det er også problemer knyttet til antall årsverk i hjemmetjenesten og at det er mange personer som deler på årsverkene. Disse problemene forsterkes ved at det også beskrives vesentlige mangler knyttet til kommunalt veiledningstilbud til de ansatte.

Det er også mange som svarer at det er vesentlige mangler eller problemer knyttet til boligens fysiske utforming og beboersammensetningen i boliger med fellesareal eller bokollektiver.

Når det gjelder graderingen av manglenes betydning, er det bare et problem som skiller seg ut, mangel på boliger til de som i dag bor hjemme. Selv om det bare er 37,6 som svarer ja på spørsmålet om mangler, er det tydelig at de som har problemer med dette vurderer problemet som alvorlig, 61,2% angir kategorien ”avgjørende betydning”.

Den gjennomsnittlige graderingen på skalaen 1 til 4 for alle problemområdene er:

1 = liten betydning	2	3	4 = avgjørende betydning
10,4 %	30,2 %	29,9 %	29,5 %

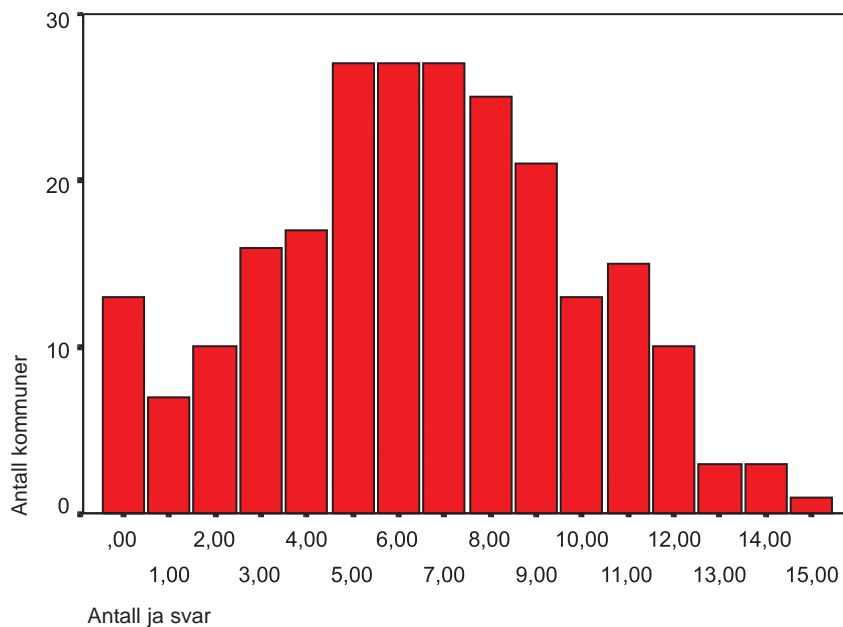
Det vil si at 60% vurderer problemene som svært alvorlige eller av avgjørende betydning. I tabellen nedenfor gjengis svarfordelingen på alle spørsmålene.

Tabell 9. Vesentlige mangler/problemer ved det kommunale tjenestetilbudet.

Vesentlige mangler / problemer ved det kommunale tjenestetilbudet knyttet til:	Svarprosent og fordeling hos de som har besvart spørsmålet			Manglenes / problemenes betydning gradert på en skala fra 1 til 4 hvor 1 er ”liten betydning” og 4 er ”avgjørende betydning” – prosentfordeling:			
	Svar%	Ja%	Nei%	1	2	3	4
Boligenes fysiske utforming, bygningstekniske eller arkitektoniske løsninger	94,5	41,0	59,0	12,0	31,5	25,0	31,5
Beboersammensetting i boliger med fellesareal eller i bokollektiv	84,7	47,2	52,8	13,5	32,3	21,9	32,3
Fordelingen mellom boliger med og uten fellesareal	78,3	17,4	82,6	9,1	39,4	18,2	33,3
Boligtilbud til personer som i dag bor hos sine foreldre	73,6	37,6	62,4	6,0	7,5	25,4	61,2
Antall årsverk i hjemmetjenesten for målgruppen	88,9	47,4	52,6	6,1	33,7	28,6	31,6
Antall ansatte som deler på årsverkene i hjemmetjenesten	88,5	54,8	45,2	11,4	29,8	37,7	21,1
Utdanningsnivået hos personalet	92,8	86,7	13,3	6,3	25,4	33,3	34,9
Personalets erfaringer og kunnskaper	91,5	79,5	20,5	9,1	36,0	36,0	18,9
Antall ledere/boveiledere o.l. som bistår personalet i det daglige arbeidet	90,6	39,0	61,0	10,1	22,5	38,2	29,2
Stabiliteten i personalgruppen	93,2	60,3	39,7	8,5	34,1	24,8	32,6
Administrativ plassering i kommunens organisasjon	91,1	18,7	81,3	18,6	41,9	18,6	20,9
Dagtilbud	90,6	51,6	48,4	11,0	22,0	35,8	31,2
Allmenhelsetjenester	91,1	32,7	67,3	14,9	36,5	35,1	13,5
Kommunalt veiledningstilbud til personalet / kommunal kompetanseoppbygging	91,9	77,8	22,2	5,4	30,1	33,7	30,7
Samordning av dagtilbud og hjemmetjenester	89,8	33,6	66,4	14,1	30,8	35,9	19,2

Figuren nedenfor viser fordelingen av antall ja-svar.

Figur 1. Kommunale tilbud: Antall rapporterte mangler pr. kommune



### 2.9.2 Mangler i habiliteringstjenestens tilbud

Det er høy svarprosent på spørsmålene om mangler og problemer knyttet til habiliteringstjenestens tilbud (mellom 70 og 88% for de ulike delspørsmålene). Ved 6 av i alt 13 spørsmål svarer over 50% at det er problemer.

De viktigste problemene kommunene rapporterer er knyttet til omfanget av tilbudene, veiledning og kompetanseoppbygging, mulighet for innleggelse i døgnenhet ved kriser, for kort tids behandling og for lengre tids behandling. I tillegg er det mange som svarer at det er mangler knyttet til diagnostisk utredning, polikliniske og ambulante behandlingstilbud, samt samarbeid mellom habiliteringstjeneste og psykiatri.

Når det gjelder gradering av manglene/problemenes betydning er det først og fremst manglene knyttet til mulighet for innleggelse ved kriser, for kort og lang tids behandling samt samarbeidet med psykiatrien som vurderes som mest alvorlig (ca. 80% svært alvorlig eller av avgjørende betydning).

Den gjennomsnittlige graderingen på skalaen 1 til 4 for alle problemområdene er:

1 = liten betydning	2	3	4 = avgjørende betydning
11,4 %	23,6 %	29,9 %	35,2 %

Det vil si at 65% vurderer problemene som svært alvorlige eller av avgjørende betydning.

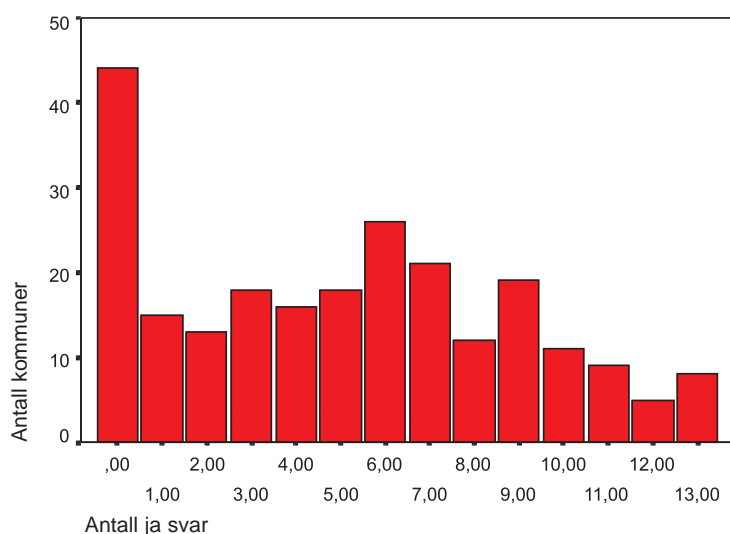
Tabellen nedenfor inneholder en oversikt over kommunenes svar på spørsmålene.

Tabell 10. Vesentlige mangler/problemer ved habiliteringstjenestens tilbud

Vesentlige mangler / problemer ved habiliteringstjenestens tjenestetilbud knyttet til:	Svarprosent og fordeling hos de som har besvart spørsmålet			Manglenes / problemenes betydning gradert på en skala fra 1 til 4 hvor 1 er "liten betydning" og 4 er "avgjørende betydning" – prosentfordeling:			
	Svar%	Ja%	Nei%	1	2	3	4
Diagnostisk utredning av personer i målgruppen	86,8	46,1	53,9	8,4	29,5	42,1	20,0
Poliklinisk behandlingstilbud	77,0	43,1	56,9	15,6	15,6	32,5	36,4
Ambulant behandlingstilbud	77,4	47,3	52,7	12,6	27,6	29,9	29,9
Veiledning og annen kompetanseoppbygging	88,1	53,6	46,4	11,6	25,9	41,1	21,4
Faglig kompetanse hos habiliteringstjenesten	83,4	36,2	63,8	19,7	32,4	26,8	21,1
Type utdanning hos de som bistår fra habiliteringstjenesten	83,4	23,5	76,5	18,8	31,3	27,1	22,9
Hyppeggheten av kontakten med habiliteringstjenesten	85,5	40,3	59,7	12,0	28,9	39,8	19,3
Omfanget av tilbudet fra habiliteringstjenesten	83,4	53,1	46,9	15,4	30,8	35,6	18,3
Mulighet for innleggelse i døgnhet ved kriser	77,9	69,4	30,6	7,3	14,5	16,1	62,1
Mulighet for innleggelse i døgnhet for kort tids behandling	76,6	65,6	34,4	6,7	19,2	15,8	58,3
Mulighet for innleggelse for lengre tids behandling	74,9	61,9	38,1	4,7	14,0	19,6	61,7
Samarbeid mellom habiliteringstjeneste og somatisk spesialisthelsetjeneste	71,1	37,7	62,3	8,2	21,3	32,8	37,7
Samarbeid mellom habiliteringstjeneste og psykiatri	72,3	61,2	38,8	7,0	16,0	29,0	48,0

Figuren nedenfor viser fordelingen av antall ja-svar fra kommunene. Det er her en høy andel som ikke har svart, ellers er hovedtyngden rundt eller litt lavere enn det aritmetiske gjennomsnittet.

Figur 2. Habiliseringstjenestens tilbud: Antall rapporterte mangler pr. kommune



### 2.9.3 Mangler ved psykiatriens tilbud

Det er noe lavere svarprosent på spørsmålene knyttet til mangler/problemer ved psykiatriens tilbud (mellom 60 og 70%) noe som kan ha sammenheng med at ikke alle kommuner har personer hvor det har vært aktuelt med samarbeid med psykiatrien.

Blant de kommuner som har svart på spørsmålet er det imidlertid gjennomgående at svært mange angir at det er vesentlige mangler og problemer knyttet til tilbudene. For alle 10 delspørsmål er det mer enn 55% som har svar at det er problemer, og for 6 av spørsmålene er det hele 75% eller mer som har svart ja på spørsmålet.

Selv om det er vesentlige problemer knyttet til alle typer tilbud fra psykiatrien, er den høyeste andelen problemer knyttet omfang av tilbudene, mulighet for innleggelse til kortere eller lengre tids behandling, samt veiledning og annen kompetanseoppbygging.

Problemene graderes gjennomgående som svært alvorlige eller av avgjørende betydning. Den gjennomsnittlige graderingen på skalaen 1 til 4 for alle problemområdene er:

1 = liten betydning	2	3	4 = avgjørende betydning
8,3 %	16,9 %	26,4 %	48,3 %

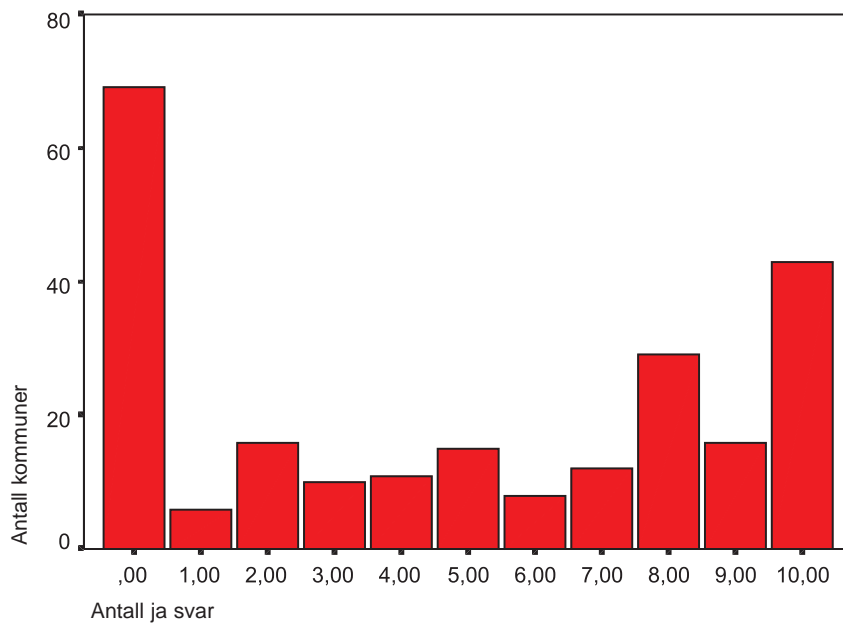
Tabellen nedenfor viser en oversikt over kommunenes svar på spørsmålene om vesentlige mangler og problemer knyttet til tilbudene fra psykiatrien.

Tabell 11. Vesentlige mangler/problemer ved psykiatriens tjenestetilbud

Er det vesentlige mangler / problemer ved psykiatriens tjenestetilbudet knyttet til:	Svarprosent og fordeling hos de som har besvart spørsmålet			Hvis ja, grader manglenes / problemenes betydning på en skala fra 1 til 4 hvor 1 er "liten betydning" og 4 er "avgjørende betydning" – prosentfordeling:			
	Svar%	Ja%	Nei%	1	2	3	4
Diagnostisk utredning av beboere	72,3	74,1	25,9	4,8	21,6	26,4	47,2
Poliklinisk behandlingstilbud	69,4	65,6	34,4	12,3	18,9	26,4	42,5
Ambulant behandlingstilbud	68,1	67,5	32,5	9,5	16,2	32,4	41,9
Veiledning og annen kompetanseoppbygging	71,5	75,0	25,0	6,5	17,7	29,8	46,0
Faglig kompetanse hos ansatte innen psykiatrien	63,8	62,7	37,3	6,7	16,7	24,4	52,2
Utdannelse hos personale med ansvar for ettervern/oppfølging	59,1	55,4	44,6	12,2	23,0	21,6	43,2
Hyppigheten av kontakten med psykiatrien	70,2	67,3	32,7	9,3	19,6	26,2	44,9
Omfang av tilbud fra psykiatrien	70,2	78,2	21,8	8,0	15,2	29,6	47,2
Mulighet for innleggelse i døgnenhet ved kriser/akutte tilfeller	69,4	75,5	24,5	6,6	10,7	23,8	59,0
Mulighet for innleggelse til behandlingstilbud i døgnenhet	69,8	75,6	24,4	7,3	9,8	23,6	59,3

Figuren nedenfor viser fordelingen av ja-svar fra kommunene. Svarmønsteret er annerledes ved at det er en skjev fordeling med mange som har svart ja på alle spørsmålene.

Figur 3. Psykiatriens tilbud: Antall rapporterte mangler pr. kommune



### 2.9.4 Mangler ved tilbud fra somatisk spesialisthelsetjeneste

Kommunene er blitt stilt tre spørsmål om vesentlige mangler og problemer knyttet til tilbudene fra den somatiske spesialisthelsetjenesten, og på alle spørsmålene er svarprosenten over 80%.

Det er for ingen av spørsmålene over 50% som har svar ja, men problemene må likevel anses som hyppig forekommende. Det mest interessante resultatet er kommunenes vurdering av manglenes betydning. Hele 76,7% angir at problemene har svært alvorlig eller avgjørende betydning.

1 = liten betydning	2	3	4 = avgjørende betydning
7,0 %	16,3 %	35,8 %	40,9 %

Tabellen nedenfor viser oversikt over kommunenes svar på spørsmålene om vesentlige mangler og problemer knyttet til somatisk spesialisthelsetjeneste.

Tabell 12. Vesentlige mangler/problemer ved psykiatriens tjenestetilbud

Er det vesentlige mangler / problemer ved de somatiske spesialisthelsetjenestene knyttet til:	Svarprosent og fordeling hos de som har besvart spørsmålet			Manglenes / problemenes betydning gradert på en skala fra 1 til 4 hvor 1 er "liten betydning" og 4 er "avgjørende betydning" – prosentfordeling:			
	Svar%	Ja%	Nei%	1	2	3	4
Diagnostisk utredning av beboere ved somatisk sykdom	86,0	41,6	58,4	8,4	16,9	37,3	37,3
Utredning ved mistanke om somatisk sykdom/plager som årsak til hyppighet av atferdsavvik	84,3	46,5	53,5	4,3	14,1	35,9	45,7
Oppfølging etter spesialistbehandling	80,9	38,9	61,1	8,2	17,8	34,2	39,7



### 2.9.5 Problemenes generalitet

Kommunene er bedt om å angi om de problemer og mangler er generelle for hele målgruppen eller om de hovedsakelig er knyttet til personer i målgruppen som trenger mer enn 1:1 bemanning, dvs. de som krever mest ressurser. Svarprosenten er her 86%. Av de kommunene som har svart, oppgir 82,2% at det er et generelt problem for hele målgruppen.

### 2.9.6 Sammenheng mellom mangler/problemer og målgruppens andel i befolkningen og befolkningens størrelse

Tabellene nedenfor viser korrelasjoner mellom antall ja-svar for problemer knyttet til henholdsvis kommunenes egne tilbud, tilbud fra habiliteringstjenesten og tilbud fra psykiatrien, samt henholdsvis antall personer i målgruppen pr. 10000 innbyggere og kommunenes innbyggertall (kommunestørrelse).

Som det fremgår av tabellene er det signifikante sammenhenger mellom antall ja-svar kommunene har angitt for henholdsvis egne tilbud, habiliteringstjeneste og psykiatri, men det er ingen signifikant sammenheng med mellom disse andelene og antall personer i målgruppen i kommunene. Det er derimot en signifikant sammenheng mellom antall ja-svar og kommunestørrelse.

#### 13A. Korrelasjonstabell

		Antall i målgruppen pr. 10 000 innbyggere	Antall ja mangler habtj.	Antall ja mangler psyk.	Antall ja mangler kommune-tilbud.
Antall i målgruppen pr. 10 000 innbyggere	Pearson Correlation	1,000	0,014	0,016	0,009
	Sig. (2-tailed)		0,837	0,812	0,890
	N	235	235	235	235
Antall ja-mangler ved habiliteringstjenestens tilbud	Pearson Correlation	0,014	1,000	0,634*	0,479*
	Sig. (2-tailed)	0,837	0,000	0,000	0,000
	N	235	235	235	235
Antall ja-mangler ved psykiatriens tilbud	Pearson Correlation	0,016	0,634*	1,000	0,390*
	Sig. (2-tailed)	0,812	0,000	0,000	0,000
	N	235	235	235	235
Antall ja-mangler ved kommunens tilbud	Pearson Correlation	0,009	0,479*	0,390*	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,890	0,000	0,000	0,000
	N	235	235	235	235

\* Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

#### 13B. Korrelasjonstabell

		Befolkning	Antall ja mangler habtj.	Antall ja mangler psyk.	Antall ja mangler kommune-tilbud.
Antall i målgruppen pr. 10 000 innbyggere	Pearson Correlation	1,000	0,378*	0,349*	0,369*
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	235	235	235	235
Antall ja-mangler ved habiliteringstjenestens tilbud	Pearson Correlation	0,378*	1,000	0,634*	0,479*
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	235	235	235	235
Antall ja-mangler ved psykiatriens tilbud	Pearson Correlation	0,349*	0,634*	1,000	0,390*
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	235	235	235	235
Antall ja-mangler ved kommunens tilbud	Pearson Correlation	0,369*	0,479*	0,390*	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,890	0,000	0,000	0,000
	N	235	235	235	235

\* Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

Det er foretatt trinnvis regresjonsanalyse for å teste mer utførlig hvilke enkeltfaktorer eller kombinasjoner av faktorer som påvirker antall ja-svar ved spørsmål om mangler ved spesialisthelsetjenesten.

Følgende 8 variabler er lagt inn i modellen for regresjonsanalysen:

- Befolkningsstørrelse,
- antall i målgruppen pr. 10.000 innbyggere,
- andel med tilbud fra psykiatri,
- andel med tilbud fra habiliteringstjenesten,
- andel med tilbud fra spesialisthelsetjeneste totalt,
- prosent autister i målgruppen,
- prosent av målgruppen med større behov enn 1:1-oppfølging,
- prosent av målgruppen hvor det er aktuelt med tvangstiltak.

Analysen viser at antall mangler totalt (summen av mangler i kommunene, habiliteringstjenesten og psykiatrien), og antall mangler i kommunene isolert, begge henger sammen med befolkningsstørrelse og antall personer i målgruppen pr 10.000 innbyggere.

Det vil si at de største kommunene med høyt antall personer i målgruppen pr 10.000 innbyggere, rapporterer flest mangler ved tilbudene samlet og for tilbudene i kommunene.

Antall mangler i habiliteringstjenesten henger bare sammen med befolkningsstørrelse, slik at de største kommunene rapporterer flest mangler ved habiliteringstjenestens tilbud.

En finner et helt annerledes resultat for antall mangler i psykiatrien. Her er det de kommuner som har den relativt sett største andelen autister i målgruppen kombinert med stort antall innbyggere, som rapporterer flest mangler ved tjenestetilbudet.

Det er tidligere vist til at det er en signifikant korrelasjon mellom befolkningsstørrelse og antall mangler rapportert for henholdsvis kommunenes egne tilbud, habiliteringstjenesten og psykiatrien. Regresjonsanalysen viser at denne variabelen forklarer en større del av variansen når den kombineres med henholdsvis variablene målgruppens andel av befolkningen og andel autister i målgruppen.

Et interessant negativt funn er at analysen ikke viser noen sammenheng mellom andelene som får tilbud fra spesialisthelsetjenesten og antall registrerte mangler. Det er således ikke selve erfaringen med spesialisthelsetjenesten som kan forklare antall rapporterte mangler.

Det må understrekes at i de tilfellene analysen viser statistisk signifikante sammenhenger, forklarer modellen ikke alle forskjellene i dataene fra kommunene. Det vil si at det er vesentlige forskjeller eller sammenhenger som er knyttet til forhold som dataene fra kartleggingen ikke har fanget opp.

## 2.10 Synspunkter på uttalelser fra Stortingets sosialkomite

Kommunene ble bedt om å angi om de var enig eller uenig i to uttalelser som Stortingets sosialkomite kom med var i kommentarene til Stortingsmelding 25 (1996-1997) om psykisk helsevern og tjenestetilbudene hvor de uttrykte seg sterkt kritisk til psykiatriens tilbud til psykisk utviklingshemmede.

Sosialkomiteen uttalte følgende:

*”Komiteen finner grunn til å understreke fylkeskommunens ansvar for at denne gruppen får et spesialisthelsetjenestetilbud på linje med andre mennesker med psykiske lidelser. Slike tilbud finnes i dag i liten utstrekning, noe som er medvirkende til at en del av de psykisk utviklingshemmede nå har et dårligere tilbud enn tidligere”*

*”Komiteen mener det særlig i forhold til psykisk utviklingshemmede med store psykiske tillegglidelser kan være behov for interkommunale eller fylkeskommunale botilbud med omfattende tjenestetilbud.”*

Det er 84,7% av kommune som har uttalt seg om det første, og 86,8% av kommunene som har uttalt seg om det andre utsagnet fra sosialkomiteen.

88,4% av kommunene sier seg enig i den første uttalelsen fra sosialkomiteen om at lite tilbud fra spesialisthelsetjenesten til psykisk utviklingshemmede er medvirkende til at de har et dårligere tilbud enn tidligere. Det er 87,3% av kommunene som er enig i den andre uttalelsen om at det kan være behov for interkommunale eller fylkeskommunale botilbud med omfattende tjenestetilbud.

### 3. Diskusjon og anbefalinger

Analysen av materialet er basert på en kartlegging med en svarprosent på ca. 80 %. Det er sannsynliggjort at en gjennom kartleggingen har fått svar fra de aller fleste kommuner med personer i målgruppen. Med unntak av det eksakte antall personer i målgruppen, gir kartleggingen et rimelig dekkende svar på de spørsmål kartleggingen søkte å få svar på.

Det er åtte innsendte skjemaer som er forkastet på grunn av for dårlig kvalitet på svarene. I tillegg er det én stor kommune med personer i målgruppen som ikke var i stand til å fylle ut opplysningene til tross for utsatt frist.

Dersom man inkluderer antall personer i målgruppen i disse kommunene, kan en anslå at det samlede antallet personer på landsbasis er ca. 1200 personer, dvs. ca. 40 personer mer enn det som er registrert gjennom kartleggingen.

#### 3.1 Målgruppens størrelse sammenlignet med tidligere anslag

Antallet som fremkommer i denne kartleggingen står i sterk kontrast til de anslagene som ble gjengitt i forarbeidene til ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede og avviklingen av HVPU i 1991. NOU 1985 nr. 34 Levekår for psykisk utviklingshemma, som dannet grunnlaget for reformen, konkluderte slik: "Utvalget kan ikke se at HVPU har kompetanse som ikke finnes eller kan bygges opp innenfor de vanlige etater i kommunen".

Disse påstandene førte til reaksjoner fra fagfolk innenfor og utenfor HVPU (Jenssen & Mørch 1990; Linaker & Nitter 1989) som påpekte at psykisk utviklingshemmede mennesker hadde særegne behov som verken kommunene eller den eksisterende spesialisthelsetjenesten maktet å ivareta (Nøttestad & Linaker, Kommunenes bruk av habiliteringstjenesten for voksne etter ansvarsreformen, 1998).

I Stortingsmelding nr 67 (1986-87) Ansvar for tiltak og tenester for psykisk utviklingshemma, kritiseres utvalget for ikke å ta de særlig hjelpetrengende på alvor. Departementet tilrår at 1000 personer bør tilbys institusjonstilbud i fylkeskommunal regi ( jf. Knut Johansen - HVPU-reformen i forskningslys, 1995).

Senere, i Stortingsmelding nr. 47 (1989-90) Om gjennomføring av reformen for psykisk utviklingshemma, endres anbefalingene. Fylkeskommunene skal ikke ha ansvar for varige bo-tilbud. Derimot foreslås opprettet en fylkeskommunal habiliteringstjeneste som skal få et generelt ansvar for funksjonshemmede – ikke bare psykisk utviklingshemmede. Det foreslås også "...at spesialisthelsetjenesten må tilby særlig tilrettelagt behandling i heldøgns institusjoner" for psykisk utviklingshemmede, og behovet anslås til 200 plasser.

Uenigheten om omfanget av behovet for spesialisttjenester til personer med psykisk utviklingshemming kan ha påvirket dimensjoneringen av habiliteringstjenestene.

Det er også grunn til å anta at denne uenigheten var medvirkende til at habiliteringstjenestene ble etablert som et støttetilbud for kommunenes tilbud til psykisk utviklingshemmede, med indirekte veiledning og konsultasjon som viktigste arbeidsoppgave, og ikke som en tradisjonell spesialisthelsetjeneste med hovedvekt på diagnostisk utredning og behandling. Sosialdepartementet stilte fylkeskommunene svært fritt, og ga få klare retningslinjer når det gjaldt oppbyggingen av tjenesten. Det ble gitt anbefalinger om etablering av ambulante tjenester, mens det ikke ble gitt anbefalinger om etablering av institusjonstilbud eller døgnplasser for verken kortere eller lengre tids behandling.

Fylkeskommunene har også valgt til dels svært ulike modeller for organisering av habiliteringstjenesten. I mange fylker består habiliteringstjenesten hovedsakelig av personell med tre-årig helse- og sosialfaglig utdanning og det er få lege- og psykologspesialister. (Jf. Årbok for habiliteringstjenesten, Nasjonal statistikk for 1996, SINTEF Unimed Norsk institutt for sykehusforskning).

Det lave estimatet kan også ha vært medvirkende til at det heller ikke ble stilt spesielle krav til psykisk helsevern i forbindelse med ansvarsreformen. Det ble gitt noen ekstra ressurser til det fylkeskommunale psykiske helsevernet, men vilkårene var diffuse og ikke spesielt knyttet til etablering av særskilte eller spesielt tilpassede tilbud til psykisk utviklingshemmede med store atferdsavvik og eller psykisk lidelse. Det ble ikke stilt krav om at psykisk helsevern skulle utvikle spesiell kompetanse til å ivareta denne pasientgruppens særskilte behov.

Resultatet av den foreliggende kartleggingen bekrefter de anslagene som i sin tid ble gjort fra fagmiljøene i HVPU og i stortingsmeldingen fra 1986-87. Det er ikke dokumentert i evalueringer av ansvarsreformen at overføringen av ansvaret for de personer som hadde tilbud i HVPU til primærkommunene, har ført til en øket risiko for utvikling av alvorlige atferdsavvik eller psykiske lidelser, selv om det foreligger noen undersøkelser som indikerer en viss økning i omfanget av atferdsavvik ved utflytting fra institusjon (jf Nøttestad & Linaker 1998). Det er derfor ikke holdepunkter for å si at det siden 1991 har skjedd en vesentlig økning i antall tilfeller med alvorlige atferdsavvik og/eller psykisk lidelse blant psykisk utviklingshemmede som ble omfattet av ansvarsreformen. Den observerte økningen i atferdsavvik kan ikke forklare diskrepansen mellom de tidlige anslagene og resultatet av kartleggingen.

Kartleggingen gir klare indikasjoner på at en må regne med at mellom 10 og 20% av voksne psykisk utviklingshemmede med moderat til alvorlig psykisk utviklingshemming har så alvorlige atferdsavvik og/eller psykisk lidelse at de for det første krever en betydelig personalinnsats ved kommunale tiltak, 1:1 oppfølging eller mer, og for det andre krever betydelig innsats fra spesialisthelsetjenesten.

Kommunenes kostnader til personer med døgnbasert tilbud er i denne kartleggingen beregnet til gjennomsnittlig 1,3 mill. kroner pr. person. De samlede kostnadene i kommunene til denne gruppen er beregnet til 1,2 milliarder kroner.

### **3.2 Personer i målgruppen som fortsatt bor hos sine foreldre**

Det er avdekket gjennom kartleggingen at ca. 180 voksne psykisk utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykisk lidelse fortsatt bor hos sine foreldre. Denne gruppen får også mindre tilgang på spesialisthelsetjenester enn de som får døgnbasert tilbud i kommunene. Det er grunn til å anta at disse utgjør en stor belastning for foreldrene når man tar i betraktning at kommunene mener at et døgnbasert tilbud i kommunal regi vil kreve minimum 1:1 bemanning.

Dersom de personene som i dag bor hos sine foreldre skulle få et kommunalt tilbud, ville dette innebære en merutgift for kommunene på til sammen 144 mill. kroner i driftsutgifter, dvs. 800.000 kroner pr person. Dette kan synes å være et relativt lavt beløp, men for små kommuner representerer dette en betydelig merkostnad på helse- og sosialbudsjettet, særlig tatt i betraktning av enkelte små kommuner har langt flere personer i målgruppen enn gjennomsnittet for alle kommunene, til og med flere enn de store kommunene.

### **3.3 Målgruppens størrelse i et kommunalt perspektiv**

For de fleste kommunene vil likevel antallet innen målgruppen være et håndterbart problem. I 123 kommuner er antallet personer i målgruppen mindre enn 4 personer, i 82 kommuner mellom 4 og 10 personer, og i 30 kommuner mer enn 10 personer. Det er store fylkesvise forskjeller. I Oppland, Aust-Agder, Sogn og Fjordane, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Finmark har ingen kommuner mer enn 10 personer i målgruppen. Østfold, Hedmark, Vestfold, Vest-Agder, Rogaland og Troms er de fylker med flest kommuner med mer enn 10 personer i målgruppen (mellom 20 og 36% av kommunene i de respektive fylkene).

Kartleggingen bekrefter antagelsen om at en relativt stor andel av de kostnadskrevende personene innen målgruppen har autisme som hoveddiagnose. Dette gir klare indikasjoner på at kommunene

står overfor en gruppe personer med et mer eller mindre kronisk problem med alvorlige atferdsavvik. Det er store forskjeller innen gruppen autister med hensyn til både evneretardasjon, sosiale ferdigheter og atferdsavvik. Funksjonsnivå i voksen alder og omfanget av atferdsavvikene påvirkes i stor grad av hva man har lyktes å oppnå gjennom systematisk trening og opplæring i barne- og ungdomsårene. Det er grunn til å anta at de 300 autistene som kommunene har rapportert, utgjør et omfattende problem med stort behov for spesialisthelsetjenester.

Alvorlighetsgraden av problemene de 1200 personene i målgruppen representer understrekes ved at ca. 30% trenger mer enn 1:1 bemanning på dagtid og at den gjennomsnittlige rapporterte andelen i kommunene er hele 50%. Videre at kommunene rapporterer at det er aktuelt med tvangstiltak hjemlet i sosialtjenesteloven for mellom 60 og 70% av personene i målgruppen.

Personene i målgruppen utgjør en vesentlig andel av de personene som får et tilbud med 1:1 oppfølging på dagtid i kommunene. Innen hele gruppen psykisk utviklingshemmede er det grunn til å anta at en stor andel ville trenge like tett oppfølging til stimulering og trening på grunn av passivitet. Det er derfor grunn til å stille spørsmålet om alvorlighetsgraden av atferdsavvikene innen målgruppen ”tvinger” kommunene til å foreta prioriteringer på bekostning av klientgrupper med mindre synlige behov for personalinnsats. Kartleggingen gir ikke direkte svar på dette spørsmålet, men indikerer at det vil være behov for å se nærmere på tilbudene til psykisk utviklingshemmede med behov for aktiv stimulering og trening, men som ikke har utfordrende atferdsavvik.

### 3.4 Tilbudet fra spesialisthelsetjenesten

Omtrent tre firedeler av målgruppen får tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid store forskjeller avhengig av boform. Høyest andel med tilbud fra spesialisthelsetjenesten finner en hos de som bor i egen bolig (89%) og lavest hos de som bor hos sine foreldre (50%). Motsatt av det man kanskje kunne forvente, har både de som bor i bokollektiver og de som bor i boliger med fellesareal lavere andel med tilbud fra spesialisthelsetjenesten enn de som bor i egen bolig (ca. 70%). Det er vanskelig på grunnlag av denne undersøkelsen å antyde noe om hva som kan forklare disse forskjellene. Samlet får 653 personer tilbud fra habiliteringstjenesten (56% av målgruppen) og 223 personer tilbud fra psykiatrien (ca. 20% av målgruppen).

Det er i alt 27 kommuner hvor ingen i målgruppen får tilbud fra spesialisthelsetjenesten. 21 av disse kommunene har mindre enn 4 personer i målgruppen og 15 av disse kommunene har mindre enn 5000 innbyggere. Det er 6 kommuner med mellom 4 og 10 personer i målgruppen som ikke mottar tilbud fra spesialisthelsetjenesten, tre av disse har mindre enn 5000 innbyggere. Det er ingen kommuner med mer enn 10 personer i målgruppen som ikke har tilbud fra spesialisthelsetjenesten.

Dette kan oppsummeres som to hovedproblemer:

- Personer i målgruppen som fortsatt bor hos sine foreldre har liten tilgang på spesialisthelsetjenester.
- 18 av i alt 89 små kommuner med mindre enn 5000 innbyggere og mindre enn 10 personer i målgruppen har ikke tilbud fra spesialisthelsetjenesten.

Det mest kritiske funnet når det gjelder tilbudene fra habiliteringstjenesten er at det kun er 42% av personene i målgruppen som kommunene mener er tilfredsstillende utredet av habiliteringstjenesten, og at det er så lite som 24% hvor habiliteringstjenesten har vært involvert i utformingen av behandlings- og/eller habiliteringsplaner.

Habiliteringstjenesten gir et poliklinisk tilbud til litt over 10% av personene i målgruppen som får tilbud fra denne tjenesten. Det aller vesentligste tilbudet gis i form av indirekte behandling, dvs. at personalet i kommunen som yter tjenester i boligen, utfører behandlingstiltak etter instruks og veiledning fra fagpersoner fra habiliteringstjenesten. Et slikt tilbud benyttes i 2/3 av tilfellene. Innleggelses benyttes i svært liten grad som tilbud fra habiliteringstjenesten.



Tilbudet fra psykiatrien har en litt annen profil i og med at større andel av de som får tilbud, får polikliniske tilbud og at innleggelse er benyttet som tilbud i over 100 tilfeller, da hovedsakelig som innleggelse ved akutte kriser.

Kartleggingen tyder på at det tilbudet som gis fra spesialisthelsetjenesten ikke oppleves som tilstrekkelig av kommunene, samt at kommunene ønsker en noe annerledes profil på tilbudene, først og fremst økt mulighet for innleggelse ved kriser.

### 3.5 Alvorlige mangler og problemer ved det samlede tjenestetilbudet

Et av hovedformålene med undersøkelsen var å identifisere mangler og problemer i kommunene og i spesialisthelsetjenestens tilbud til personer i målgruppen. Helhetsinntrykket fra kartleggingen må sies å være svært nedslående. Kommunene rapporterer om helt avgjørende mangler og problemer ved tilbudet både fra habiliteringstjenesten, psykiatrien og somatisk spesialisthelsetjeneste.

Hovedmanglene i det kommunale tilbudet er knyttet til personalets utdanningsnivå, kompetanse og erfaring, samt mangel på stabilitet i personalgruppen. Et tilleggsproblem er også boligens fysiske utforming og beboersammensetning i boliger med fellesarealer og i bokollektiver. Antall mangler som kommunene rapporterer henger sammen med kommunestørrelse kombinert med antall personer i målgruppen pr. 10000 innbyggere.

Det kan synes noe oppsiktsvekkende at store kommuner opplever størst problemer til tross for at antallet personer i målgruppen sjelden overstiger 10 personer i selv de største kommunene. Forklaringen kan ligge i at små kommuner har større oversikt og en organisering av tjenestetilbudet som gir større fleksibilitet og lettere kan gi individuelt tilpassede tilbud. Forklaringen kan også ligge i at store kommuner har svart ut fra generelle erfaringer. Store kommuner kan forventes å ha mange andre psykisk utviklingshemmede med spesielle problemer og behov enn de som faller inn under målgruppen for denne kartleggingen.

Kommunene rapporterer svært mange mangler ved habiliteringstjenestens tilbud, og det er de største kommunene som rapporterer flest mangler. De viktigste manglene er knyttet til omfanget av tilbudene, veiledning og kompetanseoppbygging, mulighet for innleggelse i døgnenhet ved kriser, for kort tids behandling, og for lengre tids behandling. I tillegg er det mange som svarer at det er mangler knyttet til diagnostisk utredning, polikliniske og ambulante behandlingstilbud. Det er også et stort antall som opplever mangler og problemer i samarbeidet mellom habiliteringstjeneste og psykiatri.

Kommunenes rapportering av antall mangler og problemer ved psykiatritilbudet påvirkes av andelen autister i målgruppen i tillegg til kommunestørrelse. Det er rapportert vesentlige mangler ved alle sider av psykiatritilbudet, men først og fremst knyttet til omfang av tilbudet og mulighet for innleggelse til kortere eller lengre tids behandling.

Kommunene synes å ha erfart liten hjelp fra somatisk spesialisthelsetjeneste ved utredning av somatisk sykdom så vel som ved mistanke om somatiske sykdommer og plager som årsak til atferdsavvik.

Hoveddelen av kommunene er enige i uttalelsene fra Stortingets sosialkomite om mangler ved spesialisthelsetjenestetilbudet til psykisk utviklingshemmede og at det er behov for interkommunale eller fylkeskommunale botilbud med omfattende tjenestetilbud til psykisk utviklingshemmede med store psykiske tilleggs lidelser.

Tolkningen av resultatene forutsetter at man ser problemene i kommunenes egne tilbud i sammenheng med de mangler som påpekes ved spesialisthelsetjenestetilbudet.

Man må kunne slå fast at det indirekte behandlingstilbudet og satsingen på veiledning og kompetanseoppbygging ikke dekker målgruppens behov, og heller ikke kan kompensere for lavt utdanningsni-



vå og mangel på kompetanse og erfaring hos personalet i kommunene. Selv om arbeidsformen og innholdet i tilbudet fra spesialisthelsetjenesten er relevant i forhold til det store flertallet av psykisk utviklingshemmede med behov for spesialisthelsetjenester, oppleves dette åpenbart som lite tilstrekkelig for målgruppen for denne undersøkelsen.

Selv om kommunene ønsker økt mulighet for innleggelse til behandling både i habiliteringstjenesten og i psykiatrien, må dette ansees å være enda et eksempel på kompensatorisk tiltak i forhold til mangler ved tilbudet i kommunene.

Det kan for være behov for innleggelse i akutte kriser eller for å foreta grundig og omfattende utredning på en rasjonell måte. I andre tilfeller kan innleggelse være aktuelt i forbindelse med observasjon innledende behandling mv.. Men det er sjelden at en innleggelse i institusjon over et lengre tidsrom vil føre til mer varige atferdsendringer. Atferdsavvikene og problemene er ofte situasjonsavhengige og vil derfor utgjøre et like stort problem og utfordring etter utskrivning dersom det ikke foretas endringer i innholdet i det kommunalt tilbudet.

Kommunenes påpeking av mangler og problemer, må imidlertid tas som et alvorlig signal om at det er nødvendig å gjennomføre forandringer i tilbudenes organisering og faglige innhold.

### 3.6 Forutsetninger for endring

Med bakgrunn i kartleggingen kan det formuleres følgende forutsetninger for å kunne forbedre tilbudene:

- For det første må man erkjenne at antallet voksne psykisk utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykisk lidelse er vesentlig større enn det som var lagt inn som premisser ved anbefalinger om tilpassede tilbud i kommunene og kravene til spesialisthelsetjenesten i forbindelse med ansvarsreformen og avviklingen av HVPU.
- For det andre må man erkjenne at snart ti år etter ansvarsreformen, har kommunene fremdeles store problemer med å etablere tilbud hvor tjenestene ytes av tilstrekkelig kvalifisert personale og med stabilitet i personalgruppen. Dette er et generelt problem i kommunene, men det får særlig store konsekvenser for tilbudene til psykisk utviklingshemmede med særlig utfordrende atferd og psykiske lidelser.
- For det tredje må man forholde seg til at selv store kommuner har problemer med å organisere et hensiktsmessig og tilfredsstillende tilbud selv om antallet i målgruppen i de aller fleste kommuner er lavt, mindre enn ti personer.
- For det fjerde må man erkjenne at habiliteringstjenestens tilbud ikke er tilstrekkelig til å kompensere for mangel på kompetanse i det kommunale tjenestetilbudet eller til å bygge opp relevant kompetanse gjennom veiledning, undervisning og konsultative tiltak.
- For det femte kan det stilles berettiget spørsmål ved om habiliteringstjenesten i alle fylker har relevant kompetanse og bemanning til å foreta kvalifisert diagnostisk utredning av psykisk utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og mistanke om alvorlig psykisk lidelse.
- For det sjette må man konstatere at habiliteringstjenesten i begrenset omfang har deltatt i utforming av habiliterings- og/eller behandlingsplaner i samarbeid med kommunene for denne gruppen pasienter som må antas å ha stort behov for slike planer, jfr. det store antallet hvor det vurderes bruk av tvang hjemlet i sosialtjenesteloven.
- For det syvende må man konstatere at psykisk helsevern ikke gir det tilpassede tilbudet som kommunene forventer, i hvert fall ikke i et tilstrekkelig omfang, og at det stilles spørsmål ved psykiatriens kompetanse til å gi et adekvat tilbud.
- For det åttende må man forholde seg til den særskilte utfordring som knytter seg til iverksettelse av tiltak med bruk av tvang hjemlet i de nye tvangsreglene i sosialtjenesteloven, slik kommunene melder at det er behov. Utfordringene knytter seg her til både kompetanse og kapasitet i habiliteringstjenesten, så vel som de krav som regelverket stiller til bemanning i kommunene når tiltakene skal iverksettes.

### 3.7 Strategiske valg

Man kan ut fra ovenstående tenke seg flere ulike alternative strategier for endring. Strategien bør knyttes til følgende innsatsområder:

- Kompetanse og prioriteringer i spesialisthelsetjenesten.
- Organisering av spesialisthelsetjenestetilbudet.
- Kompetanse og kvalitet i det kommunale tilbudet.
- Organisering av det kommunale tjenestetilbudet.
- Organisering av samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

**Alternativ I:** Styrking av habiliteringstjenesten og økt innsats for rekruttering og kvalifisering av personalet som yter tjenester i kommunene.

**Alternativ II:** Etablering av institusjonstilbud innen spesialisthelsetjenesten for langvarig omsorg og behandling, enten innen habiliteringstjenesten, psykiatrien eller begge deler.

**Alternativ III:** Reorganisering av spesialisthelsetjenestetilbudet med sterkere integrering av habiliteringstjeneste og psykisk helsevern.

**Alternativ IV:** Etablere kommunale tiltak i større enheter (6-10 personer), organisert som interkommunale tiltak for små kommuner, med forpliktende samarbeidsavtale med spesialisthelsetjenesten.

**Alternativ V:** Kombinasjon av alternativ III og IV.

#### 3.7.1 Vurdering av alternative strategier

Med bakgrunn i erfaringene etter ansvarsreformen er det liten grunn til å forvente at en strategi basert på ”mer av det samme” vil ha noen stor effekt. En økt tilførsel av ressurser til habiliteringstjenesten og krav om økt innsats i forhold til diagnostisk utredning, utforming av habiliteringsplaner vil isolert sett ikke være tilstrekkelig for bedring av kvaliteten på tilbudene i kommunene. Det legges allerede i dag vekt på undervisning, veiledning og konsultativ bistand til kommunene og deres tjenestetilbud. Men dette må stadig repeteres på grunn av mangel på stabilitet blant personalet i kommunene, og det gir heller ikke større kontinuitet i tilbudene og økt kompetanse over tid. Selv om det ble igangsatt omfattende tiltak for rekruttering av kvalifisert personale til 1200 enkelttiltak i kommunene (dvs. en stabil kvalifisert personalgruppe til å yte tjenester til hver enkelt person i målgruppen organisert med utgangspunkt i personens egen bolig), vil dette ikke avhjelpe problemet med mangel på stabilitet og kontinuitet i tilbudene. Selv om strategialternativ I vil være mest i tråd med det som var de sosialpolitiske føringene til kommuner og fylkeskommuner i forbindelse med ansvarsreformen, er alternativet til liten nytte sett ut fra målgruppens behov.

Etablering av mer eller mindre permanente omsorgstilbud innen spesialisthelsetjenesten for å sikre målgruppen kvalifisert omsorg og tilgang på kvalifisert spesialisthelsetjeneste, må anses som helt urealistisk og helsepolitisk lite ønskelig. Dersom et slikt tilbud ble knyttet til habiliteringstjenesten, ville det i realiteten innebære gjenoppretting av en særomsorg for en gruppe psykisk utviklingshemmede. Dersom slike institusjonstilbud ble opprettet innen psykisk helsevern, ville dette innebære en særbehandling av en gruppe pasienter. Det har tatt mange år å endre voksenpsykiatrien fra en særomsorg til et spesialisthelsetjenestetilbud med hovedvekt på behandling og rehabilitering, og med en målsetting om at personer med kroniske psykiske lidelser skal sikres mulighet for et mest mulig normalt liv med nødvendig bistand i form av alminnelige tjenester og tilbud i kommunene og oppfølging fra et desentralisert psykiatrisk behandlingstilbud. Alternativ II kan derfor heller ikke anbefales ut fra det som er etablert som anerkjente faglige prinsipper for mennesker med funksjonssvikt på grunn av kroniske psykiske lidelser.

I rehabiliteringsmeldinga, St.mld. nr. 21 (1998-99) Ansvar og Meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk, som ble behandlet av Stortinget våren 1999, ble det stilt spørsmål omkring den faglige så vel som den helsepolitiske legitimiteten av en habiliteringstjeneste for voksne psykisk utvik-

lingshemmede. Det ble fremmet forslag om å integrere denne tjenesten med medisinsk rehabilitering. I sykehusenes organisasjon vil dette si avdelinger for geriatri og rehabilitering. Det vil si at spesialisthelsetjenestetilbudet til psykisk utviklingshemmede skulle sees i sammenheng med rehabiliteringstilbud i forbindelse med nevrologiske lidelser og skader, fysiske skader og funksjonshemninger og aldersrelaterte sykdommer, inklusive aldersdemens.

Hovedfokus når det gjelder spesialisthelsetjenestetilbud til psykisk utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykisk lidelse er imidlertid ikke tradisjonell medisinsk rehabilitering av funksjonshemmede, men kvalifisert diagnostisk utredning og behandling basert på spesialitetene psykiatri, nevrologi og klinisk psykologi, samt et helhetlig behandlings- og habiliteringstilbud basert på miljøterapi og spesialpedagogiske tiltak. Sett ut fra målgruppens behov, vil det være hensiktsmessig med et samordnet tilbud basert på den kompetanse som forvaltes av henholdsvis habiliteringstjenesten og psykiatrien. Det kan være aktuelt å utrede en organisatorisk integrering av hele eller deler av habiliteringstjenestetilbudet til voksne psykisk utviklingshemmede med voksenpsykiatrien. Det kan derfor føres argumenter for at strategialternativ III bør være et vesentlig element i en samlet strategi for å bedre tilbudet til psykisk utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykisk lidelse.

En slik strategi vil øke forutsetningene for å bedre tilbudet, men vil være hemmet av samme problem som alternativ I når det gjelder mangel på egnede tilbud i kommunene, og en vil stå i fare for å skape forventninger i kommunene om at psykiatrien skal overta hovedansvaret også for omsorgstilbudet.

For mange av personene innen målgruppen må en kunne hevde at selv den ideelle boformen (egen bolig) ikke er tilstrekkelig til å sikre verken tilstrekkelig kvalitet på det kommunale tjenestetilbudet eller relevant spesialisthelsetjeneste, selv om hovedtyngden av personene som har denne boformen har størst tilgang på tilbud fra spesialisthelsetjenesten.

Problemet er sammensatt. Det totale antall personer i målgruppen i hver kommune er relativt lite da ca. halvparten av kommunene har mindre enn 4 personer i målgruppen og at det bare er 30 kommuner som har flere enn 10 personer i målgruppen. Samtidig er det de største kommunene med flest antall personer i målgruppen som rapporterer flest problemer og mangler ved tilbudet fra spesialisthelsetjenesten.

Hovedproblemet sett fra kommunenes side er at det ikke er mulig å etablere det organisatoriske nettverket som skal kunne sikre oppbygging av et tilbud med kontinuitet og kompetanse fordi det dreier seg om tilbud til få personer og at tilbudet er basert på små personalgrupper hvor personalet enten arbeider alene eller kun sammen med én annen person. Selv om årsaken til den psykisk utviklingshemmedes atferdsavvik og psykiske lidelse ikke kan tilskrives miljøfaktorer alene, vil likevel omfanget av problemet være en funksjon av det sosiale miljøet og handlingsmiljøet personen lever i.

Ved en slik organisering av de kommunale tilbudene til en gruppe med så spesielle behov kan det synes helt illusorisk å forvente at en innsats fra spesialisthelsetjenesten skal ha noen varig virkning på det tilbud som gis klientene. Et vesentlig element i en samlet strategi for å bedre livsvilkårene og mulighetene for adekvat behandling, synes derfor å være å organisere det kommunale tilbudet i enheter med en viss størrelse slik at personalet som skal yte tjenestetilbudet ikke bare består av en serie enkeltpersoner, men av en sosial gruppe som kan ledes, instrueres og veiledes i en samhandlingssituasjon. Med den personaltettheten som omsorg, aktivisering, opplæring og behandling av målgruppen krever, vil det være tilstrekkelig at man organiserer tilbudet i en samlokalisert boform for 6 – 10 personer. I store kommuner med mange personer i målgruppen vil dette kunne organiseres innen egen kommune, men for mange kommuners vedkommende vil det innebære en interkommunale løsninger.

Hovedkonklusjonen blir følgelig at den mest effektive strategien for å sikre målgruppens behov for kvalifisert omsorg og tilgang på relevante spesialisthelsetjenester vil være hovedalternativ V, det vil si reorganisering av spesialisthelsetjenestetilbudet med sterkere integrering av habiliteringstjeneste og

psykisk helsevern og å etablere kommunale tiltak i større enheter (6 – 10 personer) med forpliktende samarbeidsavtale med spesialisthelsetjenesten. For små kommuner vil dette kreve at tilbudene organiseres som interkommunale tiltak.

Det kan imidlertid reises en del innvendinger mot et slikt alternativ. For det første kan det synes å være i strid med ansvarsreformens intensjoner. Det må i tilfelle understrekes at det er snakk om løsninger for en mindre gruppe blant psykisk utviklingshemmede, og at det ikke er en anbefaling om å endre hovedmodell for tilbud og tjenester for psykisk utviklingshemmede generelt. For det andre kan det være problemer knyttet til et å konsentrere tilbudene til personer som har omfattende problemer i samlokaliserte enheter med fellesarealer. Som det også er vist i denne kartleggingen, rapporterer kommunene problemer med beboersammensetning i boliger med fellesareal og i bokollektiver. Det kan følgelig være en fare for at man lager boformer som skaper flere problemer enn de løser. For det tredje kan det anføres at man hittil ikke har fått anledning til fullt ut å prøve en modell med en styrket habiliteringstjeneste og en tilsvarende styrking av kommunenes eget tilbud, bl.a. med etablering av veiledningstjeneste på kommunalt nivå og andre tiltak som kan bidra til å øke kompetansen og stabiliteten i personalgruppene som skal yte tjenestene lokalt.

### 3.8 Anbefalinger og forslag til tiltak

Det anbefales at nedenstående forslag vurderes:

- Det nedsettes et utvalg som får til oppgave å utrede om en reorganisering av spesialisthelsetjenestetilbudet med sterkere integrering av habiliteringstjenesten for voksne psykisk utviklingshemmede og psykisk helsevern i fylkeskommunene vil styrke spesialisthelsetjenestens tilbud til målgruppen. Utvalget må spesielt vurdere rehabiliteringsmeldingens forslag om en integrering av habiliteringstjenesten og den somatiske rehabiliteringstjenesten.
- Det bør vurderes innført bemanningsnormer for den fylkeskommunale habiliteringstjenesten.
- Det må etableres målrettede tiltak for å styrke kompetansen blant personalet som arbeider med målgruppen for undersøkelsen for eksempel gjennom regionale kurs som suppleres med veiledning fra habiliteringstjenesten og etablering av kommunal veiledningstjeneste.
- Det bør etableres prøveprosjekter for å høste erfaring med kommunale boformer for 6 – 10 personer - i mindre kommuner organisert som interkommunale tiltak. Ved evaluering av prøveprosjektene bør en spesielt fokusere på effekten slik organisering har når det gjelder stabilitet i personalgruppen, kompetanseoppbygging og tilgang på spesialisthelsetjenester.
- Det bør vurderes å bruke statlige virkemidler for å sikre etablering av døgnbaserte tilbud i kommunene for personer i målgruppen som fortsatt bor hos sine foreldre.
- De fylkeskommunale habiliteringstjenestene bør spesielt gjøre oppmerksom på udekte behov for spesialisthelsetjenester hos personer i målgruppen som bor hjemme hos sine foreldre.
- De fylkeskommunale habiliteringstjenestene bør, i samarbeid med kommunene, utvikle henvinningsrutiner som sikrer at målgruppen får kvalifisert vurdering av behov for spesialisthelsetjenester. Habiliteringstjenesten bør spesielt være oppmerksom på udekkede behov i kommuner hvor ingen personer i målgruppen er blitt henvist.

## Tabellvedlegg

Vedleggstabell 1

Fylkeskommune	Antall med min 1:1 oppfølging	Antall i målgruppen med tilbud	Antall hjemmeboende i målgruppen	Målgruppe inklusive hjemmeboende	Antall psyk. utvh. i i målgruppen	Antall autister i målgruppen	Antall mer enn 1:1 bemanning	Antall med behov for tvangstiltak
Østfold	91	67	9	76	45	30	29	37
Akershus	78	57	19	76	44	23	19	47
Oslo	178	102	20	122	79	46	20	92
Hedmark	81	62	3	65	55	11	16	35
Oppland	58	42	6	48	36	7	16	31
Buskerud	76	51	10	61	44	17	21	39
Vestfold	66	59	9	68	29	38	11	50
Telemark	54	48	7	55	40	10	13	23
Aust-Agder	23	22	3	25	19	6	7	11
Vest-Agder	24	23	6	29	18	5	2	19
Rogaland	109	71	28	99	71	26	29	60
Hordaland	108	93	12	105	82	23	27	71
Sogn og Fjordane	27	23	5	28	26	5	4	16
Møre og Romsdal	87	52	12	64	57	2	12	44
Sør-Trøndelag	67	46	4	50	31	19	21	38
Nord-Trøndelag	62	32	5	37	31	6	7	20
Nordland	92	62	16	78	65	12	17	40
Troms	91	54	5	59	48	9	19	36
Finnmark	23	14	4	18	12	4	3	9
Total	1395	980	183	1163	832	299	293	718

Vedleggstabell 2

Fylkeskommune	Antall personer i boliger med fellesareal	Antall personer i bokollektiv	Antall personer i egen bolig	Antall hjemmeboende	Antall. personer i hjemlet bolig	Antall personer i interkommunale boliger	Sum tilbud habtj.	Sum tilbud psykiatri
Østfold	36	4	21	10	3	3	47	12
Akershus	21	16	17	13	23	7	21	4
Oslo	61	25	16	21	13	13	65	25
Hedmark	49	3	10	3	12	1	51	2
Oppland	26	2	14	4	6	2	30	6
Buskerud	37	1	13	10	12		40	15
Vestfold	40	12	7	8	19	10	38	10
Telemark	34	2	5	5	15	10	35	5
Aust-Agder	12	9	2	3	5		17	1
Vest-Agder	9	4	7	2	4		17	5
Rogaland	15	2	41	26	16	4	41	17
Hordaland	68	4	15	8	2		87	13
Sogn og Fjordane	4		19	5	6		15	11
Møre og Romsdal	27		22	10	4		41	8
Sør-Trøndelag	24	1	21	4	17		30	11
Nord-Trøndelag	15	5	12	4	15		25	17
Nordland	20	3	39	16	27		60	29
Troms	13	1	40	4	3	1	56	30
Finnmark	7		5	4	6		6	2
Total	518	94	326	160	208	51	722	223

Vedleggstabell 3. Tilbud fra spesialhelsetjenesten

		Tilbud fra spesialisthelsetjenesten				
		Ikke tilbud	Tilbud fra habtj.	Tilbud fra psykiatri	Total	
Fylkeskommune	Østfold	Antall	1	4	6	11
		Prosent	9,1	36,4	54,5	100,0
	Akershus	Antall	2	11	2	15
		Prosent	13,3	73,3	13,3	100,0
	Oslo	Antall	1	7	14	22
		Prosent	4,5	31,8	63,6	100,0
	Hedmark	Antall		8	2	10
		Prosent		80,0	20,0	100,0
	Oppland	Antall	3	6	5	14
		Prosent	21,4	42,9	35,7	100,0
	Buskerud	Antall		5	7	12
		Prosent		41,7	58,3	100,0
	Vestfold	Antall	2	3	5	10
		Prosent	20,0	30,0	50,0	100,0
	Telemark	Antall	4	5	4	13
		Prosent	30,8	38,5	30,8	100,0
	Aust-Agder	Antall		3	1	4
		Prosent		75,0	25,0	100,0
	Vest-Agder	Antall	1	2	1	4
		Prosent	25,0	50,0	25,0	100,0
	Rogaland	Antall	3	3	10	16
		Prosent	18,8	18,8	62,5	100,0
	Hordaland	Antall	2	12	7	21
		Prosent	9,5	57,1	33,3	100,0
	Sogn og Fjordane	Antall	2	2	6	10
		Prosent	20,0	20,0	60,0	100,0
	Møre og Romsdal	Antall	3	9	5	17
		Prosent	17,6	52,9	29,4	100,0
	Sør-Trøndelag	Antall	1	4	8	13
		Prosent	7,7	30,8	61,5	100,0
	Nord-Trøndelag	Antall		4	7	11
		Prosent		36,4	63,6	100,0
	Nordland	Antall		6	12	18
		Prosent		33,3	66,7	100,0
	Troms	Antall	1	1	6	8
		Prosent	12,5	12,5	75,0	100,0
	Finnmark	Antall	1	3	2	6
		Prosent	16,7	50,0	33,3	100,0
Total		Antall	27	98	110	235
		Prosent	11,5	41,7	46,8	100,0

Vedleggstabell 4. Kommunestørrelse for kommuner med personer i målgruppen

		Befolkningsstørrelse gruppert					Total
		mindre enn 5 000	5 000 til 10 000	10 000 til 15 000	15 000 til 20 000	mer enn 20 000	
Fylkes-	Østfold	5	1	1		4	11
kommune	Akershus	2	2	5	1	5	15
	Oslo		1	3	7	11	22
	Hedmark	2	3		3	2	10
	Oppland	7	3	2		2	14
	Buskerud	5	1	2	1	3	12
	Vestfold	2	4			4	10
	Telemark	9	1	2		1	13
	Aust-Agder	1	1		1	1	4
	Vest-Agder	1	2			1	4
	Rogaland	4	1	4	4	3	16
	Hordaland	7	2	7	2	3	21
	Sogn og Fjordane	5	4	1			10
	Møre og Romsdal	8	6	1	1	1	17
	Sør-Trøndelag	6	1	2		4	13
	Nord-Trøndelag	8	2	1			11
	Nordland	11	3	2		2	18
	Troms	4	2	1		1	8
	Finnmark	3	2		1		6
Total		90	42	34	21	48	235

Vedleggstabell 5. Antall personer i målgruppen pr. 10 000 innbyggere kommune

		Antall i målgrp. pr. 10 000 gruppert						Total
		<10	10-20	20-30	30-40	60-70	>80	
Fylkes-	Østfold	11						11
kommune	Akershus	13	2					15
	Oslo	22						22
	Hedmark	9	1					10
	Oppland	10	3	1				14
	Buskerud	11	1					12
	Vestfold	9	1					10
	Telemark	9	4					13
	Aust-Agder	3	1					4
	Vest-Agder	3			1			4
	Rogaland	16						16
	Hordaland	17	4					21
	Sogn og Fjordane	8		2				10
	Møre og Romsdal	14	3					17
	Sør-Trøndelag	10	3					13
	Nord-Trøndelag	7	2		1	1		11
	Nordland	12	6					18
	Troms	6	1				1	8
	Finnmark	5	1					6
Total		195	33	3	2	1	1	235



Vedleggstabell 6. Antall personer i målgruppen i kommunene

		Antall i målgruppen gruppert			Total
		mindre enn 4	mellom 4 og 10	mer enn 10	
Fylkeskommune	Østfold	7		4	11
	Akershus	7	6	2	15
	Oslo	7	12	3	22
	Hedmark	4	3	3	10
	Oppland	12	2		14
	Buskerud	7	3	2	12
	Vestfold	4	4	2	10
	Telemark	7	5	1	13
	Aust-Agder	1	3		4
	Vest-Agder		3	1	4
	Rogaland	8	4	4	16
	Hordaland	9	10	2	21
	Sogn og Fjordane	7	3		10
	Møre og Romsdal	12	3	2	17
	Sør-Trøndelag	5	8		13
	Nord-Trøndelag	6	5		11
	Nordland	12	4	2	18
	Troms	5	1	2	8
	Finnmark	3	3		6
Total		123	82	30	235

Returadresse:  
 KRUT as Senter for velferdsutvikling  
 Heimdalsgata 27 c  
 0561 Oslo  
 Merk konvolutten "Kartlegging"

Svarfrist 12. april 1999

## STATENS HELSETILSYN

Kartlegging av tjenestetilbudet til  
 voksne psykisk utviklingshemmede  
 med psykiske lidelser  
 og / eller  
 store adferdsproblemer.

Kommunens / bydelens navn .....

Skjemaet er utfylt av (navn og stilling): a) .....

b) .....

c) .....

Kontaktperson hvis vi har spørsmål til svarene på spørreskjemaet:

Navn: ..... Tlf: .....

### Målgruppe

Målgruppe for undersøkelsen er (jfr. veiledning):

**Personer over 18 år med moderat til dyp psykisk utviklingshemming eller alvorlig utviklingsforstyrrelse (autister mm) som har:**

- et alvorlig adferdsavvik/problem og / eller en psykisk lidelse, og som har så
- store bistandsbehov at det er nødvendig med 1:1 oppfølging (eller mer) på dag- og kveldstid og nattevakt 7 dager i uken.

Begge kriterier skal oppfylles !

Målgruppen defineres nærmere på neste side og i veiledningen.

### Ingen i målgruppen ?

Kommuner som ikke har psykisk utviklingshemmede/autister med store adferdsproblemer eller psykiske lidelser skal bare krysse av her og umiddelbart returnere denne ene siden av spørreundersøkelsen til:

KRUT as Senter for velferdsutvikling  
 Heimdalsgaten 27c, 0561 Oslo  
 eller per fax til 23 03 54 01.

Vi har ikke personer i målgruppen, kryss av:

## Definisjon av målgruppen

Med psykisk lidelse menes moderate og alvorlige psykiske lidelser f.eks. emosjonelle forstyrrelser, psykoser, affektive lidelser, alvorlige personlighetsforstyrrelser / -avvik m.v., dvs. lidelser som både er alvorlige og som varer over tid.

Også personer som bor hos sine foreldre og som ville hatt behov for 1:1 oppfølging (eller mer) dersom de flyttet til egen bolig, skal medtas.

1:1 oppfølging tilsvarer en samlet kostand på ca. 1 million kroner i året til pleie- og omsorgstjenester og faste dagaktiviteter.

## Formål (jfr. veiledning)

Formålet med spørreundersøkelsen er å kartlegge mangler ved dagens spesialisthelsetjenestetilbud. Det fokuseres primært på spesialisthelsetjenestens tilgjengelighet og relevans i forhold til målgruppens behov og det omsorgstilbud de i dag får i kommunene.

### **OBS:**

**Felt som ikke fylles ut skal forbli tomme. Ikke bruk tankestrek eller lignende for å markere uaktualitet.**

Alle spørsmål om utfylling av spørreskjemaet rettes til:

Svein Jacobsen

KRUT as Senter for velferdsutvikling

Tlf 23 03 54 00

Fax 23 03 54 01

Email [jacobsen@krut.no](mailto:jacobsen@krut.no)

Skjemaet returneres i utfylt stand til  
KRUT as Senter for velferdstjenester  
Heimdalsgata 27 c  
0561 Oslo

Merk konvolutten "Kartlegging"

## 1. Data for sammenligning mellom kommuner

Målet for denne undersøkelsen er bl.a. å kartlegge hvor mange psykisk utviklingshemmede / autister som har store adferdsproblemer og/eller alvorlige psykiske lidelser.

Problemets omfang skal blant annet vurderes i forhold til det totale antall psykisk utviklingshemmede tjenestemottakere i kommunen.

Antall voksne psykisk utviklingshemmede og autister			Antall
a)	Hvor mange psykisk utviklingshemmede (inklusive autister og lignende) over 18 år er registrert som tjenestemottakere i kommunen ? (Konf. årlig rapportering til Sosial- og helsedepartementet).		
b)	Hvor mange av disse tjenestemottakerne har så store bistandsbehov at de mottar 1:1 oppfølging (*) på dag- og kveldstid og våken nattevakt (evt. delt med andre) 7 dager i uken?		
c)	For hvor mange (av antallet i b) skyldes det store bistandsnivået hovedsakelig alvorlige adferdsavvik og / eller psykiske lidelser ?		
d)	Hvor mange av de voksne psykisk utviklingshemmede som bor hos sine foreldre har så store adferdsproblemer og/eller psykiske lidelser at de ville fått 1:1 oppfølging dersom de flyttet i egen bolig?		+
(*)Tilsvarende et samlet kostnadsnivå for kommunale helse- og sosialtjenester er på om lag 1 million kroner per år		Sum c) og d)	=

- **Summen av c) og d) er undersøkelsens målgruppe.**
- De etterfølgende spørsmål gjelder kun målgruppen.

e)	Fordel målgruppen (jfr. c + d ovenfor) på ulike alderstrinn:	Aldersgrupper					Sum
		18-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60 år og mer	
	Antall psykisk utviklingshemmede						
	Antall autister						
						Total:	

Totalt antall skal være identisk med summen av c) og d)

f)	Hvor mange i målgruppen har behov for oppfølging <u>større enn</u> 1:1 på dag og kveldstid og delt nattevakt?	
g)	For hvor mange i målgruppen er adferdsproblemet så alvorlig at det vurderes tvangstiltak iht til de nye tvangsreglene i lov om sosiale tjenester kapittel 6A ?	

Ikke til bruk – fylles ut av oppdragsgiver

## 2. Kommunale kostnader – psykisk utviklingshemmede og autister

Årlige kostnader (i 1000 kroner). Eksempel: Kr. 12.456.437,- skrives slik:		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
a)	Angi kommunens samlede årlige kostnader (som bl.a. følger av enkeltvedtak) til tjenester til <u>alle</u> psykisk utviklingshemmede og autister over 18 år (evt. anslag, se veiledning):	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
b)	Angi kommunens årlige kostnader til <u>målgruppen</u> for denne undersøkelsen	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
c)	Angi hvor mye av kommunenes årlige kostnader til målgruppen (del av summen i b) som brukes på tjenester til personer som <u>bor hos sine foreldre</u> ?	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										

## 3. Boform og personalressurser

Personene i målgruppen skal fordeles på fire hovedkategorier av boformer:

- I. Personer som bor i egen bolig
- II. Personer som bor i egen bolig m/fellesareal
- III. Bokollektiv med felles husholdning
- IV. Personer som bor hos sine foreldre

3.1.A) Fordel målgruppen på boligsituasjon.			3.1.B) Angi nøkkeltall for personalet tilknyttet personene med ulik bosituasjon. (Avrundet til hele årsverk)		
	Antall personer	Antall boligkomplekser med flere bo-enheter	Totalt antall årsverk kommunale tjenester knyttet til disse personene	Antall årsverk som utføres av <u>høgskole-utdannet</u> personale	Antall mellomlederstillinger med personalansvar for personale tilknyttet personer i egen bolig
Egen bolig med fellesareal					
Bokollektiv					
Egen bolig					
Bor hos foreldre					

### 3.2 Antall personer i målgruppen som bor i "hjemlede" boliger

Hvor mange personer i målgruppen bor i boliger med heldøgns- omsorg og pleie hjemlet i lov om helsetjenester i kommunene?	
---	--

### 3.3 Interkommunale boligtilbud

Har kommunen medvirket til etablering av interkommunale boligtilbud til noen av personene i målgruppen? (kryss av)	JA:		NEI:	
Hvis ja, hvor mange i målgruppen får slikt tilbud?				

STATENS HELSETILSYN – Psykisk utviklingshemmede med store adferdsproblemer og/eller psykiske lidelser.

#### 4. Tilbud fra spesialisthelsetjenesten til personer i målgruppen

Selv om målgruppen for denne undersøkelsen er relativt liten kan tilgjengelighet og kvalitet på tilbudet fra ulike deler av spesialisthelsetjenesten variere fra person til person. I punkt 4 ber vi kommunene angi antall personer som mottar tilbud fra habiliteringstjenesten og / eller psykiatrien.

##### 4.1 Antall som mottar tjenester fra habiliteringstjenesten og/eller psykiatrien

Angi totalt antall personer i målgruppen som har mottatt tilbud fra henholdsvis habiliteringstjenesten, psykiatrien eller fra både habiliteringstjenesten og psykiatrien i løpet av de siste par årene.

Boform:	Type spesialisthelsetjeneste		
	Habiliterings-tjenesten	Psykiatrien	Habiliteringstj. og psykiatrien
Egen bolig			
Egen bolig med fellesareal			
Bokollektiv med felles husholdning			
Bor hos foreldre			

##### 4.2 Habiliteringstjenesten

Angi antall personer i målgruppen, fordelt på boform:	Boform			
	Egen bolig	Egen bolig med fellesareal	Bokollektiv m/ felles husholdning	Bor hos foreldre
Hvor mange personer i målgruppen er tilfredsstillende diagnostisk utredet av <u>habiliteringstjenesten</u>				
For hvor mange personer i målgruppen foreligger det en habiliterings- / behandlingsplan, utarbeidet av eller i samarbeid med <u>habiliteringstjenesten</u>				
Er informasjonen i 4.2 gitt ut fra (kryss av)	eksakt antall:		eller anslag:	

##### 4.3 Habiliteringstjenesten og psykiatrien

Angi antall personer i målgruppen som i løpet av de siste par årene har mottatt følgende tjenester fra habiliteringstjenesten og/eller psykiatrien (en person kan ha mottatt flere typer tjenester)

Type tilbud	Habiliterings-tjenesten	Psykiatrien
Individuell poliklinisk behandling		
Indirekte behandling (boligpersonalet utfører behandling etter instruks og veiledning fra spesialisttjenesten)		
Miljøpersonalet fra spesialisttjenesten bistår direkte i miljøarbeidet i boligen		
Innleggelse i institusjon ved kriser og akutt behandlingsbehov		
Innleggelse i institusjon til behandling		
Dagbehandling		

## 5. Vesentlige mangler og problemer ved tjenestetilbudet til målgruppen

Vi minner om definisjonen av målgruppen: psykisk utviklingshemmede og autister med store adferdsproblemer og/eller psykisk lidelser og som har behov for 1:1 oppfølging eller mer på dag og kveldstid og delt nattevakt.

### 5.1. Vesentlige mangler/problemer knyttet til kommunes eget tilbud til målgruppen.

- Kryss av for kategorier hvor det etter deres mening er vesentlige mangler/problemer ved det kommunale tilbudet til målgruppen.
- Vurder manglenes/problemenes betydning på det totale tjenestetilbudet til personene i målgruppen på en skala fra 1 til 4 hvor 1 er "liten betydning" og 4 er "avgjørende betydning".
- Sett x i de aktuelle rutene:

Er det vesentlige mangler / problemer ved det kommunale tjenestetilbudet knyttet til:			Hvis ja, grader manglenes / problemenes betydning på en skala fra 1 til 4 hvor 1 er "liten betydning" og 4 er "avgjørende betydning":			
	Ja	Nei	1	2	3	4
Boligenes fysiske utforming, bygnings-tekniske eller arkitektoniske løsninger						
Beboersammensetting i boliger med fellesareal eller i bokollektiv						
Fordelingen mellom boliger med og uten fellesareal						
Boligtilbud til personer som i dag bor hos sine foreldre						
Antall årsverk i hjemmetjenesten for målgruppen						
Antall ansatte som deler på årsverkene i hjemmetjenesten						
Utdanningsnivået hos personalet						
Personalets erfaringer og kunnskaper						
Antall ledere/boveiledere o.l. som bistår personalet i det daglige arbeidet						
Stabiliteten i personalgruppen						
Administrativ plassering i kommunens organisasjon						
Dagtilbud						
Allmenhelsetjenester						
Kommunalt veiledningstilbud til personalet / kommunal kompetanseoppbygging						
Samordning av dagtilbud og hjemmetjenester						



## 5.2 Vesentlige mangler / problemer knyttet til tilbudet fra den fylkeskommunale habiliteringstjenesten

- Kryss av for områder hvor det etter deres mening er vesentlige mangler/problemer ved habiliteringstjenestens tilbud til målgruppen.
- Vurder manglenes/problemenes betydning på det totale tjenestetilbudet til personene i målgruppen på en skala fra 1 til 4 hvor 1 er "liten betydning" og 4 er "avgjørende betydning".
- Sett x i de aktuelle rutene:

Er det vesentlige mangler/problemer ved habiliteringstjenestens tjenestetilbud knyttet til :			Hvis ja, grader manglenes / problemenes betydning på en skala fra 1 til 4 hvor 1 er "liten betydning" og 4 er "avgjørende betydning":			
	Ja	Nei	1	2	3	4
Diagnostisk utredning av personer i målgruppen						
Poliklinisk behandlingstilbud						
Ambulant behandlingstilbud						
Veiledning og annen kompetanseoppbygging						
Faglig kompetanse hos habiliteringstjenesten						
Type utdanning hos de som bistår fra habiliteringstjenesten						
Hyppigheten av kontakten med habiliteringstjenesten						
Omfanget av tilbudet fra habiliteringstjenesten						
Mulighet for innleggelse i døgnenhet ved kriser						
Mulighet for innleggelse i døgnenhet for kort tids behandling						
Mulighet for innleggelse for lengre tids behandling						
Samarbeid mellom habiliteringstjeneste og somatisk spesialisthelsetjeneste						
Samarbeid mellom habiliteringstjeneste og psykiatri						

### 5.3 Vesentlige mangler/problemer knyttet til det fylkeskommunale psykiatri-tilbudet

- Kryss av for områder hvor det etter deres mening er vesentlige mangler/problemer ved psykiatriens tilbud til målgruppen.
- Vurder manglenes/problemenes betydning på det totale tjenestetilbudet til personene i målgruppen på en skala fra 1 til 4 hvor 1 er "liten betydning" og 4 er "avgjørende betydning".
- Sett x i de aktuelle rutene:

Er det vesentlige mangler / problemer ved psykiatriens tjenestetilbud knyttet til:			Hvis ja, grader manglenes / problemenes betydning på en skala fra 1 til 4 hvor 1 er "liten betydning" og 4 er "avgjørende betydning":			
	Ja	Nei	1	2	3	4
Diagnostisk utredning av beboere						
Poliklinisk behandlingstilbud						
Ambulant behandlingstilbud						
Veiledning og annen kompetanseoppbygging						
Faglig kompetanse hos ansatte innen psykiatrien						
Utdannelse hos personale med ansvar for ettervern/oppfølging						
Hyppiheten av kontakten med psykiatrien						
Omfang av tilbud fra psykiatrien						
Mulighet for innleggelse i døgnenhet ved kriser/akutte tilfeller						
Mulighet for innleggelse til behandlingstilbud i døgnenhet						

#### 5.4 Vesentlige mangler/problemer knyttet til tilbudet fra fylkeskommunale somatiske spesialisthelsetjenester

- Kryss av for områder hvor det etter deres mening er vesentlige mangler / problemer ved det somatiske spesialisthelsetjenestetilbudet til målgruppen.
- Vurder manglenes/problemenes betydning på det totale tjenestetilbudet til personene i målgruppen på en skala fra 1 til 4 hvor 1 er "liten betydning" og 4 er "avgjørende betydning".
- Sett x i de aktuelle rutene:

Er det vesentlige mangler / problemer ved de somatiske spesialisthelsetjenestene knyttet til:			Hvis ja, grader manglenes / problemenes betydning på en skala fra 1 til 4 hvor 1 er "liten betydning" og 4 er "avgjørende betydning"			
	Ja	Nei	1	2	3	4
Diagnostisk utredning av beboere ved somatisk sykdom						
Utredning ved mistanke om somatisk sykdom/plager som årsak til hyppighet av adferdsavvik						
Oppfølging etter spesialistbehandling						

#### 5.5 Generelle problemer eller hovedsakelig for de med størst bistandsbehov

Angi om de manglene / problemene dere har anført på spørsmål 5.1, 5.2, 5.3 og 5.4 gjelder generelt for hele målgruppen eller om de i all hovedsak er knyttet til personer i målgruppen som har behov for oppfølging med bemanning større enn 1:1 .

Problemene/manglene er generelle for hele målgruppen	
	eller:
Problemene/manglene gjelder i all hovedsak personer i målgruppen med behov for oppfølging med bemanning større enn 1:1 på dag og kveldstid	

## 6. Kommunens prioriteringer for å bedre spesialisthelsetjenestens tilgjengelighet og relevans for personer i målgruppen for denne undersøkelsen

Angi inntil 3 tiltak knyttet til de problemområder som er nevnt under pkt 5 som kommunen mener vil ha størst betydning når det gjelder å bedre målgruppens situasjon? (Tiltakene listes opp i prioritert rekkefølge).

Foreligger det konkrete planer som kan bedre situasjonen? (kryss av:)
--

Tiltak i kommunenes egen regi:

Prioritet	Type tiltak	JA:	NEI:
1			
2			
3			

Eventuelt interkommunale tiltak:

Prioritet	Type tiltak	JA:	NEI:
1			
2			
3			

Tiltak i eller i forhold til psykiatrien:

Prioritet	Type tiltak	JA:	NEI:
1			
2			
3			

Tiltak i eller i forhold til habiliteringstjenesten:

Prioritet	Type tiltak	JA:	NEI:
1			
2			
3			

Tiltak i eller i forhold til somatisk spesialisthelsetjeneste:

Prioritet	Type tiltak	JA:	NEI:
1			
2			
3			



# STATENS HELSETILSYN

## Veileder for utfylling av spørreskjemaet

Kartlegging av tjenestetilbudet til  
voksne psykisk utviklingshemmede  
med psykiske lidelser  
og / eller  
store adferdsproblemer.

### Innledning

Formålet med spørreskjemaundersøkelsen er å kartlegge mangler ved spesialisthelsetjenestens tilbud til voksne psykisk utviklingshemmede og autister som har alvorlige adferdsavvik / problem og/eller psykisk lidelse. Målgruppen for undersøkelsen er personer som har så store problemer at de har behov for 1:1 bemanning på dag og kveldstid. (Avgrensningen av målgruppen er angitt på side én i skjemaet og omtales mer utførlig nedenfor.)

Etter avviklingen av Helsevernet for psykisk utviklingshemmede i 1991, har kommunene ansvar for alminnelige tilbud og tjenester til psykisk utviklingshemmede. Samtidig er det forventet at psykisk utviklingshemmede med behov for spesialisthelsetjenester skal få tilgang på slike tjenester på samme måte som alle andre borgere i samfunnet. Dette gjelder både psykiatriske og somatiske spesialisthelsetjenester.

I alle fylker er det etablert egne tilbud innen spesialisthelsetjenesten tilpasset psykisk utviklingshemmede, kalt habiliteringstjeneste. Habiliteringstjenesten er forutsatt å ha kompetanse innen diagnostisk utredning og behandling av psykisk utviklingshemming og alvorlige utviklingsforstyrrelser, samt sykdomstilstander eller problemer forbundet med dette. Gjennom egne tiltak og ved veiledning til kommune skal habiliteringstjenesten bidra til at tilbudene tilpasses den enkeltes behov, samt fremme utvikling og optimal fungering.

Det er fra helsemyndighetenes og Stortingets side stilt spørsmål ved om psykisk utviklingshemmede med alvorlige adferdsavvik og/eller psykisk lidelse får tilgang på relevant spesialisthelsetjeneste. Vi vet ikke hvor mange psykisk utviklingshemmede som har slike problemer, og vi vet ikke hvor mange som får ulike typer tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Det er videre usikkert om dagens problemer skyldes mangler ved spesialisthelsetjenestetilbudet eller forhold knyttet til tilbudet den enkelte får i kommunen.

Problemstillingen er omfattende og sammensatt. Utfyllende og eksakte svar på spørsmålene vil kreve flere typer undersøkelser - individuell kartlegging av behov, kartlegging av tilbudene i kommunene og av tilbudene i spesialisthelsetjenesten.

Denne spørreskjemaundersøkelsen har en begrenset målsetting og er ikke ment å gi svar på alle relevante spørsmål.

Kartleggingen er et forsøk på å fremskaffe relevant informasjon for en overordnet analyse og vurdering - som igjen skal ligge til grunn for administrative og politiske beslutninger om den videre utviklingen av tjenestetilbudet. Gjennom undersøkelsen skal kommunene gi

- faktiske opplysninger om tjenestetilbudet som grunnlag for en helhetsoversikt og sammenligning mellom fylker og regioner
- informasjon omkring typiske eller vanlige tilbud fra spesialisthelsetjenesten til målgruppen
- en vurdering av tilbudenes egnethet.

Det er i alt syv hovedspørsmål som skal besvares:

- 1. Data for sammenligning mellom kommuner*
- 2. Kommunale kostnader*
- 3. Biform og personalressurser*
- 4. Tilbud fra spesialisthelsetjenesten til målgruppen*
- 5. Vesentlige mangler og problemer ved tjenestetilbudet til målgruppen*
- 6. Kommunens prioriteringer for å bedre spesialisthelsetjenestens tilgjengelighet og relevans for personer i målgruppen for undersøkelsen*
- 7. Synspunkter på spesialisthelsetjenestens tilbud m.v.*

For å svare på spørsmålene kreves detaljert kjennskap om kommunens tjenestetilbud til mennesker med psykisk utviklingshemming eller alvorlig utviklingsforstyrrelse (autisme). Det vil si både til de enkelte tjenestemottakeres behov, problemer og tilbud, samt hvordan kommunen har organisert sine tjenester og tilbud.

**Spørsmålene 1, 2, og 3** dreier seg om faktaopplysninger om målgruppen og tilbudet i kommunen.

**Spørsmål 4** dreier seg om enkle faktaopplysninger om tilbud som målgruppen mottar fra spesialisthelsetjenesten (habiliteringstjeneste og psykiatri).

**Spørsmål 5** er omfattende og omhandler hovedproblemstillingene for undersøkelsen. Kommunene bes her om å identifisere mangler ved tilbudene til målgruppen og vurdere manglenes betydning. Det vil si kommunens kvalifiserte synspunkter og vurderinger og ikke faktaopplysninger eller beskrivelse av problemer knyttet til enkeltindivider og deres tilbud.

**Spørsmål 6 og 7** er oppsummerende spørsmål som inviterer kommunen til å komme med forslag og synspunkter etter å ha besvart de foregående spørsmålene.

### **Hvem i kommunen skal svare på spørsmålene?**

Dette vil avhenge noe av størrelsen på kommunen og hvor mange tjenestemottakere kommunen har innen målgruppen for undersøkelsen, samt hvordan tilbudet er organisert. For å sikre kvaliteten på svarene, anbefaler vi at skjemaet fylles ut av den administrativt ansvarlige for tjenestetilbudet til psykisk utviklingshemmede i kommunen/bydelen, f.eks. helse- og sosialsjef, og at svarene drøftes i en gruppe personer som har kjennskap til brukerne og hvilke tilbud som gis, f.eks. leder av hjemmetjenesten, biveiledere eller andre lokale ledere. I de fleste tilfeller vil det være nødvendig at tre personer plassert på ulike nivåer i organisasjonen samarbeider om utfyllingen av skjemaet.

Vi ber om at det på skjemaet angis navn og stilling for de personer som er ansvarlig for utfyllingen av skjemaet.



## Hvis det ikke finnes personer innen målgruppen i kommunen

Alle kommuner og bydeler som har mottatt skjemaet skal returnere skjemaet med de opplysninger det er mulig å fylle ut. Dersom det ikke finnes personer innen målgruppen, er det tilstrekkelig å krysse av nederst på side 1 og sende inn denne siden av skjemaet påført de relevante opplysningene.

## Avgrensning av målgruppen for undersøkelsen

Målgruppen er definer på første side i spørreskjemaet.

Innen gruppen voksne (over 18 år) med psykisk utviklingshemming eller alvorlig utviklingsforstyrrelse (autisme), retter undersøkelsen seg mot de som har så alvorlige adferdsavvik og/eller psykiske problemer at det kreves 1:1 bemanning på dag og kveldstid samt tilfredsstillende nattvaksordning. Målgruppen omfatter også de som fortsatt bor hos sine foreldre, men hvor man ut fra kjennskap til personens behov, regner med at det vil være nødvendig med minst 1:1 bemanning dersom person flytter i egen bolig og skal motta tjenestetilbud fra kommunen. Vi har valgt å ta utgangspunkt i bemanningsbehovet i stedet for kostnadene. Bemanningsbehovet tilsvarer en kostnad til pleie- og omsorgstjenester m.v. på ca. 1 mill. kroner.

I mange kommuner vil en lettest finne frem til personene innen målgruppen ved å ta utgangspunkt i de psykisk utviklingshemmede som i henhold til enkeltvedtak mottar tjenester med en kostnadsramme på ca. 1 mill. kroner eller mer, og hvor omfanget av tjenestetilbudet er begrunnet med alvorlige adferdsavvik og eller psykisk lidelse.

Det er i skjemaet listet opp hva som menes med psykisk lidelse. Det er ikke krav om at det skal være stilt en psykiatrisk diagnose, men at lidelsen skal oppfattes som moderat til alvorlig. Det vil si at personer med tilpasningsproblemer og vanlige emosjonelle problemer knyttet til det å være psykisk utviklingshemmet, ikke tilhører målgruppen.

Tilsvarende skal adferdsavvikene oppfattes som alvorlige for at personen skal tilhøre målgruppen. Alvorlighetsgraden kan være knyttet til konsekvenser for andre eller for personen selv. Eksempler på slik adferd er alt fra selvskadning, voldshandlinger mot medbeboere eller personalet, til adferdsavvik som først viser seg i situasjoner utenfor boligen.

## Ad spørsmål 1. Data for sammenligning mellom kommunene

Formålet med disse spørsmålene er å få en så nøyaktig oversikt som mulig over antall personer som tilhører målgruppen, og hvor stor **andel** disse utgjør i forhold til

- det totale antall psykisk utviklingshemmede i kommunen og
- øvrige tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming som av andre årsaker krever en bemanningsfaktor på 1:1.

Vi ønsker også en oversikt over aldersfordelingen innen målgruppen for henholdsvis psykisk utviklingshemmede og autister. Personer med utviklingsforstyrrelser (autisme o.l.) er som regel også psykisk utviklingshemmet. Det kan derfor i noen tilfeller være vanskelig å avgjøre om personen skal telles med under kategorien psykisk utviklingshemmede eller autister

(spørsmål 1. c). Følg da følgende hovedregel: Psykisk utviklingshemmede med enkelte autistiske trekk telles med under “psykisk utviklingshemmede”. Bare personer med en autismediagnose eller personer hvor de autistiske trekkene dominerer i forhold til graden av psykisk utviklingshemming, skal telles med under “autister”.

### **Ad spørsmål 2. Kommunale kostnader - psykisk utviklingshemmede og autister**

Det er tatt utgangspunkt i ordningen med at det skal fattes enkeltvedtak vedrørende tilbudene som gis til den enkelte psykisk utviklingshemmede som mottar omfattende tjenester fra kommunen. Dersom kommunen har organisert deler av tilbudet på en måte som gjør at kostnadene ikke fremkommer gjennom slike enkeltvedtak, ber vi om at det som en forklaring på de oppførte årlige kostnadene, vedlegges en kort beskrivelse av hvordan tilbudet er finansiert og organisert.

Det skal bare medtas kostnader til pleie- og omsorgstjenester, ikke kostnader til for eksempel voksenopplæring, transport og ferietilbud. Kostnader til administrativ og faglig ledelse av pleie- og omsorgstjenestene skal medtas.

### **Ad spørsmål 3 Boform og personalressurser**

I dette spørsmålet introduseres en inndeling av målgruppen ut fra boform. Denne benyttes i flere av de senere spørsmålene. Erfaringen tilsier at det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder hvilke boformer som tilbys voksne psykisk utviklingshemmede. Forskjellene er bl.a. knyttet til kommunenes størrelse og hvilke desentraliserte tilbud som var etablert forut for HVPU-reformen i 1991. Boformene er så forskjellige og det benyttes såvidt ulike betegnelser, at det er vanskelig å finne frem til kategorier som er fullt ut dekkende. Det er derfor valgt en grov inndeling i fire boformer:

- I. egen bolig m/fellesareal
- II. bokollektiv m/ felles husholdning
- III. egen bolig
- IV. bolig sammen med foreldre.

Denne inndelingen er ment å fange opp to hovedforskjeller: For det første muligheten for organisering av arbeidsfellesskap (faglig og sosialt) for personalet som skal bistå i boligene, og for det andre om boligen utgjør et en form for bofellesskap med mulighet for samhandling eller aktivitet i gruppe.

Spørsmålene dreier seg om hvor mange innen målgruppen som tilbys de ulike boformene og hvilke personalressurser m.v. som knyttet til det tjenestetilbudet som beboerne får.

### **Ad spørsmål 4 Tilbud fra spesialisthelsetjenesten til personer i målgruppen**

Under dette spørsmålet gjentas den sammen inndelingen etter boform, og det skal svares på hvor mange som får tilbud fra psykiatrien og/eller habiliteringstjenesten, og hva slags tilbud som gis.

Dessuten skal det gis en helt sentral opplysning i forhold til undersøkelsen hovedproblemstilling: Det skal opplyses om i hvilken utstrekning det foreligger en tilfredsstillende diagnostisk utredning foretatt av habiliteringstjenesten, og om det er

utarbeidet en habiliterings-/eller behandlingsplan av eller i samarbeid med habiliteringstjenesten. Det er åpnet for at informasjonen kan gis på grunnlag av et anslag og ikke en eksakt opptelling, men det er ønskelig at denne opplysningen er så korrekt som mulig.

### **Ad spørsmål 5 Mangler og problemer ved tjenestetilbudet til målgruppen**

Spørsmålet er delt inn i fire delspørsmål og kommunene skal vurdere henholdsvis:

- \* kommunens eget tilbud
- \* tilbudet fra den fylkeskommunale habiliteringstjenesten
- \* det fylkeskommunale psykiatritilbudet
- \* tilbudet fra fylkeskommunale somatiske spesialisthelsetjenester

Det skal både angis om det, på en rekke sentrale forhold i tilbudet, foreligger mangler eller problemer, og foretas en gradering av manglene/problemenes betydning på en skala fra 1 til 4.

Det er laget et eget tillegsspørsmål (5.5.) hvor det ønskes informasjon om hvorvidt problemene er typiske for hele målgruppen, eller om de først og fremst er knyttet til de personene som krever vesentlig høyere personalressurs enn 1:1 bemanning på dag- og kveldstid. Kommunene har her anledning til å komme med tilleggs kommentarer som kan utdype hva som utgjør hovedproblemet eller manglene ved tilbudet og hvilken gruppe av tjenestemottakere problemene er knyttet til.

### **Ad spørsmål 6 Kommunens prioriteringer for å bedre spesialisthelsetjenestens tilgjengelighet og relevans for personer i målgruppen for denne undersøkelsen**

Kommunene bes om å prioritere inntil tre ulike tiltak på hvert av følgende områder:

- Tiltak i egen kommune
- Eventuelle interkommunale tiltak
- Tiltak i eller i forhold til psykiatrien
- Tiltak i eller i forhold til habiliteringstjenesten
- Tiltak i eller i forhold til somatisk spesialisthelsetjeneste

Tiltakene skal fortrinnsvis være knyttet til de problemområder som er nevnt under pkt 5 og skal omfatte de tiltak kommunen mener vil ha størst betydning. Tiltak i de ulike delene av spesialisthelsetjenesten kan dreie seg om endrede tilbud, men også endrede samarbeidsrelasjoner mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

### **Ad spørsmål 7 Synspunkter på spesialisthelsetjenestens tilbud m.v.**

Kommunen inviteres her til å tilkjenne enighet/uenighet i forhold til to sentrale utsagn fra Stortingets sosialkomite i forbindelse med stortingsmeldingen om psykisk helsevern. Det første utsagnet dreier seg om mangler ved spesialisthelsetjenestens tilbud til psykisk utviklingshemmede, det andre om behov for interkommunale eller fylkeskommunale bo- og tjenestetilbud. Dersom kommunen ønsker å kommentere utsagnene, kan dette gjøres på skjemaet eller i eget vedlegg.

# STATENS HELSETILSYNS UTREDNINGSSERIE

# PRIS

3-1994	Pasientjournalen.....	IK-2451	(100)
4-1994	Selvmordsforebyggende arbeid Bærumsmodellen.....	IK-2456	(100)
6-1994	Organisering av gastro-enterologisk cancerkirurgi i Norge.....	IK-2463	(100)
9-1994	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi.....	IK-2467	(100)
10-1994	EØS/EU og helsesektoren.....	IK-2468	(100)
3-1995	Folkehelse - et nytt traktatfestet samarbeidsområde i EU.....	IK-2496	(100)
4-1995	Styring av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for voksne.....	IK-2506	(100)
6-1995	Prioriteringer innen hjertekirurgi.....	IK-2511	(100)
1-1996	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi - Del 2.....	IK-2519	(100)
2-1996	Prioriteringer innen palliativ kreftbehandling.....	IK-2541	(100)
3-1996	Spesialisert rehabilitering av pasienter med leddgikt og beslektede sykdommer.....	IK-2544	(100)
1-1997	Faglige krav til fødeinstitusjoner.....	IK-2565	(100)
2-1997	Fremtidig struktur for blodbankene i Norge.....	IK-2571	(100)
3-1997	Organisering av kvalitetsarbeid i kommunehelsetjenesten.....	IK-2582	(100)
4-1997	El-overfølsomhet.....	IK-2599	(100)
5-1997	Tannskader hos barn og ungdom .....	IK-2600	(100)
6-1997	Karsykdommer og røyking.....	IK-2602	(100)
1-1998	Somatiske undersøkelser (helseundersøkelser/screening) av barn og unge 0-20 år.....	IK-2611	(100)
2-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som leder.....	IK-2615	(100)
3-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som medarbeider....	IK-2616	(100)
4-1998	Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.....	IK-2618	(100)
5-1998	Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 1-20 år..	IK-2621	(100)
6-1998	Katarakt som samfunnsproblem.....	IK-2626	(100)
7-1998	Oppfølging av personell som har tjenestegjort i internasjonale fredsoperasjoner.....	IK-2631	(100)
8-1998	Bruk av tannrestaureringsmaterialer i Norge.....	IK-2652	(100)
1-1999	Norsk nevrokirurgisk virksomhet – innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av Statens helsetilsyn .....	IK-2680	(100)
2-1999	Patologifaget i det norske helsevesen .....	IK-2682	(100)
3-1999	Miljø og helse i plan – kvalitetsverktøy og teknikker .....	IK-2685	(100)
4-1999	Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling ..	IK-2694	(100)
5-1999	Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra.....	IK-2701	(100)
6-1999	Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030 .....	IK-2696	(100)
7-1999	Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998 ....	IK-2697	(100)
8-1999	Legetjenester i sykehus. En nasjonal kartlegging 1999 .....	IK-2698	(100)
1-2000	Miljørettet helsevern- Kommunenes tilsyn med virksomheter .....	IK-2705	(100)
2-2000	Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser .....	IK-2692	(100)
4-2000	Psykiatriske poliklinikker- en evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien .....	IK-2706	(100)
5-2000	Utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykiske lidelser En kartlegging av spesialisthelsetjenestens tilbud og behov .....	IK-2707	(100)



Som ledd i oppfølgingen av St. mld. nr. 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet har KRUT as Senter for velferdsutvikling, på oppdrag fra Statens helsetilsyn, gjennomført en kartlegging av spesialisthelsetjenestetilbudet til psykisk utviklingshemmede med store adferdsproblemer og / eller psykiske lidelser.

Rapporten avdekker store mangler når det gjelder tilbudet til en liten gruppe psykisk utviklingshemmede. Etter Helsetilsynets oppfatning må gruppen sikres bedre tilgang på psykiatrisk, nevrologisk og psykologisk behandling. Samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten må styrkes. Kompetansen må heves både hos ansatte i kommunen og fylkeskommunen.

Kartleggingen er gjennomført av prosjektleder Svein Jacobsen, spesialist i klinisk psykologi Lennart L. Jensen og vernepleier Trude Stenhammer. Lennart L. Jensen har hatt hovedansvaret for analyse og bearbeiding av dataene fra kartleggingen og utskrivning av rapporten.



## Statens helsetilsyn

Trykksaksbestilling:

Tlf.: 22 24 88 86 Faks: 22 24 95 90

E-post: trykksak@helsetilsynet.dep.telemex.no

Internett: <http://www.helsetilsynet.no>



## STATENS HELSETILSYNS VEILEDNINGSSERIE

1-1994	Godkjenning som lege i Norge.....	IK-2447	(100)
2-1994	Målemetoder for inneklimateparametre.....	IK-2462	(100)
1-1995	Sped- og småbarnsernæring.....	IK-2475	(100)
2-1995	Behandling av saker om tillatelse til bruk av avløpsslam.....	IK-2481	(100)
5-1995	Veileder i svangerskapsomsorg for kommunehelsetjenesten.....	IK-2492	(100)
6-1995	Norsk vassforsyning, fylkesleganes tilsyn med kommunane.....	IK-2477	(100)
7-1995	Vondt i ryggen? Hva er det? Hva gjør vi?.....	IK-2508	(100)
8-1995	Retningslinjer for håndtering av cytostatika utenfor sykehus.....	IK-2520	(100)
1-1996	Retningslinjer for GMP i blodbanker.....	IK-2527	(100)
2-1996	Taushetspliktens betydning for samarbeidet mellom medisinsk nødmeldtjeneste og andre nødetater.....	IK-2531	(100)
4-1996	Veileder i rehabilitering av slagrammede.....	IK-2542	(100)
5-1996	Opplæringshefte ICD-10.....	IK-2549	(100)
1-1997	Retningslinjer for håndtering av antimikrobielle midler i helsevesenet.	IK-2568	(100)
2-1997	Veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v.....	IK-2562	(100)
1-1998	Veileder i habilitering av barn og unge.....	IK-2614	(100)
2-1998	Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten - barn og unge 0- 20 år.....	IK-2617	(100)
3-1998	Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.....	IK-2619	(100)
4-1998	Behandling av ryggmargsskade i Norge.....	IK-2620	(100)
1-1999	Tenner for livet - Helsefremmende og forebyggende arbeid.....	IK-2659	(100)
2-1999	Veiledning i journalføring i helsestasjons- og skolehelsetjenesten..	IK-2700	(100)
1-2000	Retningslinjer for helseundersøkelse av yrkesdykkere .....	IK-2708	(100)
2-2000	Habilitering og rehabilitering av mennesker med lungesykdommer..	IK-2710	(100)

## STATENS HELSETILSYNS SKRIFTSERIE

2-1994	Helsefremmende tiltak i kommunene.....	IK-2471	(100)
1-1995	Sykepleietjenester i kommunene.....	IK-2498	(100)
2-1995	Den fylkeskommunale habiliteringstjenesten - 3 år etter HVPU-reformen.....	IK-2502	(100)
3-1995	Støtte til egen mestring - en veileder om organisering av sosial støtte i lokalsamfunnet, basert på erfaringer fra samarbeids- prosjektet Sorg og Omsorg.....	IK-2507	(100)
1-1996	Bærummodellen 1984-1994.....	IK-2524	(100)
1-1997	Retningslinjer for transfusjonstjenesten.....	IK-2590	(100)
1-1998	The Bærum Model 1984-1994.....	IK-2624	(100)
1-1999	Du bestemmer – en annerledes helseveiledning .....	IK-2702	(100)

## Samling av lover, forskrifter og rundskriv

Det psykiske helsevern - Samling av relevante lover, forskrifter og lover.....	IK-2607	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i tannhelsetjenesten - Samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv.....	IK-2608	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i sykehus - samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv.....	IK-2609	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i kommunehelsetjenesten - Samling av relevante lover, forskrifter og lover.....	IK-2610	(60)

Alle prisene er oppgitt med forbehold om endringer uten forutgående varsel.