

## Fra hjem til hjem

Forberedelser og gjennomføring  
av flytting fra foreldrehjem til eget hjem  
for mennesker med utviklingshemming

*Forfattere:*

*Pedagog Wenche Fjeld*

*Sykehuset Innlandet, Habiliteringstjenesten for voksne Hedmark*

*Fagkonsulent/sosionom Nadine Hinsch*

*Ullevål universitetssykehus, Avdeling for voksenhabilitering*

*Fagkonsulent/barnevernspedagog Eivind Øyslebø*

*Ullevål universitetssykehus, Avdeling for voksenhabilitering*

*Fagkonsulent/sosionom Clas Jansson*

*Sykehuset Østfold, Seksjon voksenhabilitering*

*Sjefpsykolog Kristin Ottesen,*

*Akershus universitetssykehus, Habiliteringstjenesten for voksne i Akershus*

*Spesialpedagog Asbjørg Berget*

*Sykehuset Innlandet, Habiliteringstjenesten for voksne Oppland*



## **Forord til nettversjonen**

Habiliteringstjenestene for voksne i Helse Øst har gått sammen om utvikling av faghefter av felles aktualitet.

De tre første ble, karakteriserte som veiledere for habiliteringstjenestene i Helse Øst, ferdigstilte oktober 2006 og er trykt opp i et begrenset antall. Arbeidet med å lage faghefter på nye tema er allerede iverksatt og to nye antas å kunne være utarbeidet i løpet av 2008.

Allerede kort tid etter presentasjonen av de tre første har det, langt utover habiliteringstjenestene for voksne i Helse Øst, meldt seg interessenter som ønsker å få tilgang til disse. Dette opplever vi som svært positivt og som et uttrykk for at det foreligger et akkumulert behov for å ha tilgang til tilpasset veiledningsmateriell.

Habiliteringstjenestene står, gjennom sine nære samhandlingsposisjoner til andre instanser, overfor en rekke konkrete problemstillinger som deles med andre. Det er derfor egentlig ingen overraskelse at det tematiske innholdet i fagheftene har vekt interesse utover habiliteringstjenestene.

Fagheftene gjøres nå tilgjengelige for et bredere publikum. Dette har imidlertid reist noen nye problemstillinger og det er også blitt nødvendig å foreta visse presiseringer.

På det praktiske planet har man endt opp med å utarbeide nettversjoner som publiseres på hjemmesidene til hver enkelt habiliteringstjeneste. Det vil være fritt å ta utskrifter, men det forutsettes at ingen utnytter utskriftene kommersielt.

På det prinsipielle planet må det nå, ved at fagheftene gjøres bredt tilgjengelige, sterkere enn i forordet i den første papirutgaven, presiseres at fagheftene er utarbeidet av habiliteringstjenestene for voksne i Helse Øst med tanke på internt bruk i disse. Fagheftene er ikke ment å ha noen autoritet utover dette formålet.

Det framgår at vi, ved presentasjonen av nettutgavene, har valgt å betegne disse som faghefter i stedet for veiledere. Dette er et bevisst terminologisk skifte som skal dempe muligheten for at innholdet skal oppfattes å framstå som autoritativt veiledende for et vidt publikum, slik eksempelvis intensjonen med faglige veiledere fra statlig hold er.

Ottestad, 16. mars 2007

Seksjonsoverlege Geirmund Skeie

På vegne av ledergruppa for voksenhabiliteringstjenestene i Helse Øst

## **Førord.**

Denne veilederen er én av i alt tre som, over en toårsperiode og parallelt til hverandre, er utarbeidet i et fellesløft mellom habiliteringstjenestene for voksne i Helse Øst.

Temaene ble valgt med omhu ut fra at de hadde felles aktualitet for habiliteringstjenestene og ut fra at veiledere, som arbeidsredskaper, ble ansett å kunne være nyttige for å fremme god praksis.

Tre viktige premisser bak arbeidet skal nevnes: De arbeidsgruppene som skulle utvikle de tre veilederne skulle bestå av motiverte medarbeidere. Det var en forutsetning at alle habiliteringstjenestene for voksne i regionen skulle være representerte i hver arbeidsgruppe. Arbeidet skulle ende opp i konkrete produkter i form av faglige veiledere primært rettet mot habiliteringstjenestene.

Arbeidet har vært koordinert av en fagutviklingsgruppe (FUG) som habiliteringstjenestene for voksne i Helse Øst har etablert. Arbeidsutvalget for lederne i habiliteringstjenestene for voksne i Helse Øst (AU) har deltatt i planlegging før og ved enkelte "korsveger" underveis i prosessen.

### **Hvorfor utvikle egne veiledere i fellesskap?**

Habiliteringstjenestene, etablerte fra 1991 av, har til oppgave å yte spesialiserte støttetjenester innenfor et bredt bio-, psyko- og sosialt plan. Temavalgene for veilederne gir et uttrykk for denne bredden. Habiliteringstjenestene skal i hovedsak bistå førstelinjetjenestene med spesialiserte kliniske og kompetansehevende oppgaver som ikke kan forventes å bli ivaretatt av de ordinære spesialisthelsetjenestene.

Innenfor spesialisthelsetjenestene må habiliteringstjenestene kunne karakteriseres som ferske nydannelser og har historisk beskjedne "rotfesting" både faglig og organisatorisk. Virksomheten har eksempelvis hatt begrenset oppmerksomhet blant annet fra toneangivende utdannings- og forskningsmiljøer. Habiliteringstjenestene utgjør dessuten i tillegg relativt små miljøer. Det kan være "langt" til kollegaer som er beskjeftiget med tilsvarende problemstillinger som dem man selv står oppe i.

Tjenestene har hatt forskjellige forutsetninger for og ulike muligheter til å opparbeide egen kompetanseprofil. Faren for faglig og organisatorisk isolasjon og særhet vil være tilstede.

Ut fra slike kjensgjerninger, men også ut fra at de problemstillingene som habiliteringstjenestene vil få seg forelagte kan være svært kompliserte, vil habiliteringstjenestene være i en posisjon hvor de ofte nødvendigvis møter problemstillinger som vil være i utkanten av eller utenfor eget kompetanseområde. I slike situasjoner er det viktig at habiliteringstjenestene ikke "rømmer" vekk, men på ulike vis – alene eller i samhandling med andre – viser kreativitet.

Der er ingen ulempe for kreativitet at tjenesten er ung, spredt og at den ofte opererer i utkanten av egen kompetanse. Man "tvinges" til oppfinnsomhet. Utarbeidelsen av veilederne kan ses på som ett av uttrykkene for slik kreativitet.

### **Veiledere i videre sammenheng.**

Behovet for praktisk anvendbart informasjonsmateriell og veiledere til bruk i tjenesteyting overfor mennesker innenfor habiliteringstjenestenes målgruppe er stort.

Forståelsen for at eksisterende kunnskap må gjøres *praktisk tilgjengelig* for tjenesteutøvere på alle plan er i ferd med å befestes. Ikke minst har bevisstheten om dette behovet økt hva gjelder helsemessig oppfølging. Dette skjer nasjonalt og kanskje i enda sterkere grad internasjonalt.

Sett i et slikt perspektiv blir det for årene framover viktig å ha blikk for at ulike former for informasjons- og veiledningsmateriell må utvikles med tanke på en langt videre anvendelse enn det som utspringer fra habiliteringstjenestenes behov.

De foreliggende veilederne vil trolig kunne trekkes fram og ses på på ny med tanke på at noe av innholdet vil kunne anses aktuelt å inkorporere i et eventuelt framtidig helhetlig "system" med nasjonal gyldighet.

Følgelig kan det, i et videre perspektiv enn habiliteringstjenestenes egen virksomhet, sies å være pionéropreg over utgivelsene.

Tilbakemeldinger fra arbeidsgruppene har vært positive. Arbeidet har riktignok "stjålet" tid fra en hektisk hverdag. Prosessen sies å ha vært lærerik og inspirerende. At arbeidsgruppene skulle levere hvert sitt konkrete produkt er blitt opplevd som en bakenforliggende, og i positiv forstand, stimulerende stressfaktor.

Erfaringene så langt har ført til at planer om nye temaer allerede er til drøfting i kontakt mellom FUG og AU.

På vegne av Arbeidsutvalget for lederne i habiliteringstjenestene for voksne i Helse Øst vil jeg rette en hjertelig takk til alle som har bidratt i arbeidet.

En takk skal også rettes til Informasjonsavdelingen i Helse Øst som har bistått med layout og trykking av veilederne.

"Kompetansekort" holdes med dette ikke tett til brystet. De er til felles anvendelse. Først og fremst skal de spilles ut til praktisk anvendelse – til brukernes beste!

Ottestad, Oktober 2006  
Avdelingsoverlege Geirmund Skeie  
På vegne av ledergruppa for voksenhabiliteringstjenestene i Helse Øst

# Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	3
<b>Introduksjon</b> .....	6
Formålet med veilederen .....	6
Hvordan bruke veilederen .....	7
Refleksjoner rundt det å flytte .....	9
Fra hjem til hjem – et eksempel på husbyggingsprosessen for 4 unge med utviklingshemming .....	12
<b>1 Saksgang fra hjem til hjem</b> .....	15
1.1 Koordinator .....	15
1.1.1 Koordinators oppgave .....	15
1.2 Ansvarsgruppe .....	16
1.3 Individuell plan .....	17
1.3.1 Habiliteringstjenestens oppgaver i forbindelse med utarbeidelse av individuell plan .....	17
1.4 Enkeltvedtak .....	18
Sjekkliste 1 .....	19
<b>2 Kartlegging av ønsker, behov og forutsetninger</b> .....	20
2.1 Områder for kartlegging .....	21
2.2 Hvem skal gjennomføre kartleggingen .....	22
2.3 Hvilke kartleggingsverktøy kan anbefales .....	22
2.4 Boform og enkeltvedtak .....	22
Sjekkliste 2 .....	24
<b>3 Gjennomføring</b> .....	25
3.1 Overgang fra avlastning til egen bolig .....	25
3.2 Organiserte treffpunkt .....	25
3.3 Et alternativt skritt ut .....	26
3.4 Å bo for seg selv .....	26
Sjekkliste 3 .....	27
<b>4 Kommunale forutsetninger for å lykkes</b> .....	28
4.1 Bistand i bolig .....	28
4.2 Brukerstyrt personlig assistanse .....	30
Sjekkliste 4 .....	31
<b>5 Aktuelle lover, forskrifter og forvaltningsmessige prinsipper</b> .....	32
5.1 Lovparagrafer som spesifikt omhandler bistand og bolig .....	32
5.2 Andre aktuelle lover, forskrifter, rettigheter og retningslinjer .....	35
LITTERATURLISTE .....	40
ANBEFALT LITTERATUR OG RESSURSER .....	42
VEDLEGG 1: Sjekkliste 1 .....	44
VEDLEGG 2: Sjekkliste 2 .....	45
VEDLEGG 3: Sjekkliste 3 .....	46
VEDLEGG 4: Sjekkliste 4 .....	47
VEDLEGG 5: Vanlige spørsmål .....	48



**Jeg drar nå**

Jeg drar nå

Ut i den levende verden

Drar fra dere gamle her hjemme

Til nye høyder

Jeg drar nå

Der nye utfordringer ligger å venter

På akkurat meg

Jeg drar nå

Av Jorunn Isabella Sjøthun

# Introduksjon

## Formålet med veilederen

Vi har valgt "huset" som en illustrasjon til denne veilederen fordi vi synes at husbygging er en god metafor for temaet; "fra Hjem til Hjem".

Selve huset er en konstruksjon, men kan også sees som et uttrykk for hvordan vi mennesker har behov for å organisere oss. Innenfor reisverket eller det gitte rammeverket skaper vi våre egne liv hvor vi søker å befeste den trygghet og forutsigbarhet som hver enkelt av oss har behov for.

Husbygging er en tidkrevende prosess som strekker seg over flere år og som vedvarer lenge etter at huset står ferdig og innflyttingen har funnet sted. Det forutsetter en grundig planleggingsfase hvor kostnadene blir avgjørende for de valgene som tas. Vi må ta stilling til husets plassering, hva slags type hus vi kan bygge og sist, men ikke minst, må det søkes om byggetillatelse.

Selve fundamentet for byggverket er grunnmuren. På denne hviler den bærende konstruksjonen. Grunnmuren og reisverket må være riktig dimensjonert i forhold til hverandre. Inne i huset kan vi boltre oss, flytte vegger, endre planløsning og farger. Men vi må alltid holde oss innenfor de gitte rammene for konstruksjon; dvs. vi kan ikke rive ned bærende elementer uten å sikre eller erstatte dem med nye. Da vil huset rase sammen etter kort tid.

Over tid blir husets interiør antakelig gjenstand for flere forandringer. Så lenge husets fundament er trygt forankret tåler vi godt disse endringene, ja de kan til og med være til berikelse!!

I løpet av et liv opplever de fleste mennesker både behov og ønske om å endre bolig. I takt med endringer i livssituasjon flytter noen til et annet sted, andre til en bolig som er mindre, større eller bedre egnet for formålet. Dette er både naturlig og legitimt.

Personer med utviklingshemning må også ha de samme muligheter, både når det gjelder valg av hus, interiør og flytting.

I denne veilederen vil vi beskrive de ulike prosesser som bør foregå når en person med utviklingshemning skal flytte fra familien sin og til sitt eget hjem for første gang.

Under dette arbeidet har vi gjort oss noen refleksjoner om situasjoner som kan oppstå og som ofte kompliserer selve flytteprosessen. Ikke sjelden ser vi at flytting til en egen bolig kommer som et resultat av en krise i hjemmet. Behovet for nok avlastning, støttekontakt eller lignende kan ha vært oversett så lenge, og slitasjen på familien er så stor, at den står i fare for å kollapse. Av og til kan sykdom hos pårørende fremskynde behovet for flytting. I slike situasjoner blir en akutt løsning resultatet, noe som sjelden er den optimale løsningen for den utviklingshemmede.

Manglende kartlegging av ferdigheter i forkant av en flytting kan medføre at man ikke får oversikt over det reelle bistandsbehovet. Når man skal kartlegge for eksempel ADL - ferdigheter, er det ofte ikke tilstrekkelig å intervju pårørende. En fullstendig



kartlegging fordrer som regel at tjenesteyter og tjenestemottaker, i samarbeid, tester ut dette i ulike situasjoner.

Stadige skiftinger av saksbehandlere og/eller tjenesteytere skaper mangel på kontinuitet og oppfølging. Hvem kjenner brukerens historie og behov, og hvem blir den ansvarlige som skal holde "trådene samlet"? Fragmentert kunnskap skaper dessverre ofte manglende kunnskap om den brukeren man skal yte tjenester til og for forståelsen av behovet for samarbeid med pårørende. Et av formålene med denne veilederen er å forebygge slike uheldige situasjoner gjennom å være i forkant av hendelsene.

### **Hvordan bruke veilederen**

Denne veilederen kan være et arbeidsredskap både for første- og andrelinjetjenesten. Veilederen gjenspeiler våre tanker og ideer og er et arbeid basert på gruppas samlede erfaringer og kompetanse på området.

Det er skrevet en del om løsrivelsesprosesser i familier med funksjonshemmede barn og ungdom, og det vi har funnet av relevant litteratur, står oppført i vedlagte liste over anbefalt litteratur. Det er forholdsvis enkelt å finne litteratur som omhandler refleksjoner og utfordringer i overgangen fra å være barn til å bli voksen. Men det er svært vanskelig å finne litteratur som omhandler de konkrete tiltak en kan iverksette for å lette prosessen for den utviklingshemmede og familien.

Gjennom denne veilederen ønsker vi å bidra til at dette skal bli et mer oversiktlig og ryddig område for den som skal veilede i prosessen. Å flytte fra foreldrehjemmet markerer overgangen til et voksent liv og er en milepæl i en persons liv. Dette er en prosess der man har mange tanker og spørsmål og hvor det er flere forhold som må avklares.

Det som er spesielt med en flytteprosess for en person med utviklingshemming, er at planleggingen bør foregå over lang tid. Flere prosesser foregår gjerne samtidig. Mange instanser og ulike fagpersoner skal inn i bildet. Ofte foregår det også et skifte av fagpersoner og instanser i denne fasen. Manglende kontinuitet er en utfordring for både familien det gjelder og hjelpeapparatet.

Veilederen er utformet slik at den tar for seg de ulike fasene i en flytteprosess. En flytteprosess vil oppleves ulikt fra familie til familie og fra person til person. Vi vet at det er vanlig at foreldre til utviklingshemmede barn begynner å bekymre seg for ungdoms- og voksentilværelsen allerede mens barna er små. Viten om at barnet alltid vil være avhengig av bistand fra andre, gjør at de tenker mye på fremtiden og kanskje ser begrensede muligheter for valg av boligløsning. Vi har valgt å vise et eksempel på en flytteprosess for 4 unge med utviklingshemming.

For best å beskrive de ulike fasene i en flytteprosess har vi valgt å dele veilederen inn i 4 områder:

Del 1 og 2 tar for seg de forberedelser hjelpeapparatet rundt en utviklingshemmet bør gjennomføre i forkant av selve flyttingen. Dette er planleggingsperioden der alle behov må avdekkes og alle rettigheter avklares. Denne fasen utgjør en vesentlig del

av prosessen fram til flytting finner sted. Ut fra denne informasjonen er målet å finne fram til det best egnete botilbudet for den utviklingshemmede.

Del 3 tar for seg flyttefasen fra foreldrehjem til eget hjem.

Del 4 sier noe om hvordan tjenestene tilknyttet botilbudet bør utføres for å ivareta den utviklingshemmedes interesser og rettigheter.

Etter hver del finnes en sjekkliste med tilhørende referansepunkter i teksten.

Som tidligere nevnt bør flytteprosessen foregå over lang tid og sannsynligheten for at det vil forekomme utskiftninger av koordinatorene, veiledere og personalgrupper er stor. Det er en del overganger som alltid innebærer utskiftninger av viktige personer i livet til en person med utviklingshemming. Overgangen fra barnehabiliteringstjenesten til voksenhabiliteringstjenesten er et eksempel på en slik overgang. Ved å bruke sjekklisene som følger med veilederen vil en likevel kunne sikre en viss kontinuitet i prosessen.

Vi ser også at noen flytteprosesser ikke kommer i gang så tidlig som man skulle ønske og at man må handle raskt, og til dels uforberedt. Vi tenker at i slike tilfeller vil veilederen kunne fungere som en "huskeliste" slik at det som fortsatt er mulig å gjennomføre blir satt på dagsorden. Sjekklisene finnes også som vedlegg, slik at det skal være enkelt å kopiere.

Avslutningsvis følger en oppsummering av aktuelle lover, forskrifter og forvaltningsmessige prinsipper.

## Refleksjoner rundt det å flytte

Å ha tilgang til et sted i verden hvor man føler seg hjemme er et fundamentalt psykologisk behov. At savnet av et slikt hjemsted er forbundet med psykisk smerte er kjent gjennom hele historien. Hjemmets betydning er å være vårt faste punkt i tilværelsen. Vi er individer som trenger en rot og et utgangspunkt. Hjemmet hjelper til å fastholde vår identitet. Den amerikanske psykologen Oliver Knapp uttrykker det slik: *"Hjemmet gir identiteten næring. Den forteller oss hvem vi er"*. Den franske filosofen og forfatteren Gabriel Marcel uttrykker det slik *"Et menneske atskiller seg ikke fra sitt hjem. Hun er sitt hjem"* (Lindsø Larsen, 2003). Å føle seg hjemme er altså i dypeste forstand å få fortalt sin egen identitet gjennom de fysiske omgivelser på en slik måte at vi føler oss anerkjent og tilfreds.

Det kan synes som om boligtilbudene til mennesker med utviklingshemming på mange måter har blitt styrt av en antakelse om at ovenstående ikke gjelder for denne gruppe mennesker. At mennesker med utviklingshemming ikke er like følsomme for samspillet med sine fysiske omgivelser som andre mennesker. 50- og 60-årenes storinstitusjoner er vel det tydeligste eksemplet på dette. Men også i de boliger som tilbys mennesker med utviklingshemming i dag, må man lete lenge etter arkitektpsykologiske argumenter. Hovedmålsetting har vært at et velferdssamfunn ikke kan tilby mennesker med utviklingshemming storinstitusjonens boligforhold. Målsettingen har derfor blitt alminnelig boligstandard i normaliserte omgivelser. Få personer har imidlertid interessert seg for om det er fysiske omgivelser, som den det gjelder, kan føle seg hjemme i.

For de fleste boligkjøpere er det langt ifra nok at en bolig har den forventede standard. For de fleste er det viktigst at boligen er et sted hvor de kan føle seg hjemme. Dette er noe mennesker med utviklingshemming sjelden blir spurt om, til tross for at det for mange er snakk om livsvarige oppholdssteder (Lindsø Larsen, 2003).

Å flytte i egen bolig er ikke noe personer med utviklingshemming bare gjør, men noe som må planlegges over lang tid. Som ansatte i voksenhabiliteringstjenesten kommer vi som regel ikke på banen før den utviklingshemmede er 18 år. Mye av grunnlaget må derfor legges mens barnet er tilknyttet barnehabiliteringstjenesten.

Når et familiemedlem med utviklingshemming skal flytte hjemmefra, betyr det at mor og far, søsken og kanskje andre nærpå personer trenger veiledning. Vi som fagpersoner må ha kunnskap om og forståelse for at flytting og løsrivelse rommer både glede og sorg, og at dette er følelser som er nært knyttet til hverandre.

Begrepet "løsrivelse" brukes ofte i litteraturen for å beskrive prosessen frem til et selvstendig voksenliv (Nilsson og Lühr, 1999). Å bli voksen innebærer vanligvis en reell selvstendigjøring, hvor man får en realistisk oppfatning av seg selv, har egne mål og legger egne planer for å nå disse. Barndomshjemmet blir ofte betraktet som en base, et sted å komme tilbake til som er trygt og godt. Og litt etter litt blir denne basen mindre og mindre viktig da ens eget blir mer og mer solid.

En ungdom starter sin løsrivelse fra foreldrehjemmet ved gradvis større selvstendiggjøring. Dette er en prosess som begynner tidlig i barneårene, men som for de fleste "topper" seg i tenårene. Tanker, følelser og meninger skal brynes før man langsomt våger å stå på egne bein. Å bære ansvar og utføre plikter blir også en viktig del av denne prosessen.

Vanligvis er det også slik at foreldrenes løsrivelse fra barnet foregår parallelt. Både barn og foreldre "vokser med oppgaven" og finner etter hvert ut av sine nye roller. Ungdommen er blitt en voksen som våger å foreta selvstendige valg uavhengig av foreldrene, og foreldrene kan nyte tilværelsen som "gode rådgivere" uten daglig ansvar. Det vokser fram en ny erkjennelse hos begge parter. En opplevelse av at selvstendighet og tilhørighet nødvendigvis henger sammen og utgjør et kontinuum.

Spørsmål vi ofte har stilt oss er:

Hvorfor blir det ofte ikke slik for utviklingshemmede og deres foreldre?

Hvorfor er det så mange foreldre som sliter med å slippe taket? Hva er det som skjer i relasjonen barnet/ungdommen og foreldrene?

Ungdommen er blitt ivaretatt av familien fram til et visst tidspunkt for deretter å bli ivaretatt av profesjonelle tjenesteytere. Mange unge med utviklingshemming gjennomgår ikke den samme sosialiseringprosessen som andre unge som er på vei fra barndom til en voksen og selvstendig tilværelse. For en ungdom med utviklingshemming blir det som regel snakk om en begrenset selvstendiggjøring.

En mor sier: *"Det er stor forskjell på foreldre til funksjonsfriske barn kontra utviklingshemmede barn. Våre utviklingshemmede barn er barn hele livet bare i forskjellige stadier".*

Når man er avhengig av tilstedeværelse og bistand fra andre mennesker hele tiden, vil det sannsynligvis også skje et brudd i den naturlige løsrivelsesprosessen. Den utviklingshemmede trenger hjelp fra personer som har god oversikt og som er følelsesmessig involvert over tid. Som regel er det kun foreldrene som kan kjennetegnes som slike personer. En sjelden gang en annen nærpersion eller en unik støttekontakt.

En annen barriere er direkte knyttet opp til de livsvilkår som ofte følger av det å ha en utviklingshemming. I noen tilfeller ser vi at foreldre kan opptre så beskyttende at ungdommen ikke får testet ut egne grenser. Foreldrene har alltid vært til stede for å hjelpe og har vansker med å "slippe taket". Dermed går den utviklingshemmede glipp av de muligheter og erfaringer som personer uten utviklingshemming gjør når de prøver og feiler og det blir mindre rom for personlig utvikling (Center for ligebehandling av Handikappede, 2003).

Foreldre til utviklingshemmede er ofte vant til at skal noe skje, er det de selv som må ta initiativet. Deres hjelp er og blir nødvendig. Derfor opplever også noen foreldre at vi i hjelpeapparatet mistenkeliggjør dem fordi de fortsatt er engasjert i sitt barns ve og vel selv om barnet både er 20-30 eller 40 år.

I en undersøkelse fra Danmark hvor foreldre til funksjonshemmet ungdom ble intervjuet (Bengtsson & Middelboe, 2001), påpekte flere at det som plaget dem mest i kontakten med kommunale myndigheter, var manglende informasjon. De var selv nødt til å handle på barnas vegne og koordinere tiltakene. Flere av foreldrene følte seg mistenkeliggjort av saksbehandlerne fordi de fortsatt var engasjert i sine barn, selv om barna var fylt 18 år og de opplevde at saksbehandling ofte ble til saksforhandling (Center for likebehandling av Handikappede, 2003).

Når vi velger å beskrive livet som et byggverk så blir det også naturlig å tenke at vår historie representerer det fundamentet og den grunnmuren som huset står på.

Et hvert levd liv har sin historie. Vi er alle en del av en sammenheng; et større eller mindre nettverk. Vi betyr noe for noen, og vi er alle noens barn.

I vår kultur representerer familien antakeligvis det tetteste og næreste nettverket vi har. Familienettverket er vår basis, og nettverkets indre liv blir som regel avgjørende for hvordan vi er i stand til å møte verden utenfor. Et familienettverk har sin egen historie. Historien tar vi med oss og den blir vårt referansegrunnlag når vi etablerer en selvstendig tilværelse som voksne.

Vår egen historie nedfelles og overføres på flere måter; både muntlig, skriftlig og billedlig. Som regel benytter vi personer i vårt familienettverk når vi skal fylle ut "hullene" i den delen av historien som vi ikke har oversikt over. Personer med utviklingshemming får ofte problemer når de skal fortelle sin egen historie. Hukommelse for faktiske hendelser kan være et problem, språklig uttrykksevne en annen utfordring. Vedkommende kan ha redusert kapasitet når det gjelder bearbeiding av informasjon og inntrykk eller personen kan ha en psykisk lidelse. I slike situasjoner er det helt nødvendig at historien blir videreformidlet av andre som står personen nær.

Av og til møter vi tjenesteytere og pårørende som sliter med samarbeidet. Både tjenesteyterne og pårørende er opptatt av personen og hans livskvalitet. Det er imidlertid ikke alltid at man er enig i hva dette er.

Noen familier vi har møtt forteller at det utviklingshemmede familiemedlemmet blir limet som holder familien samlet. Det er da ikke merkelig at løsrivningsproblematikken er komplisert. Når vi i Habiliteringstjenesten kommer inn i slike saker, blir det en viktig oppgave å "rydde" i situasjonen. Vi bør representere den objektive part som kan lytte og som kan vurdere flere sider av saken. Etter hvert blir det viktig at vi finner personer i 1. linjen som kan overta denne funksjonen.

Når hjelpeapparatet møter familier med innvandrerbakgrunn står vi ofte overfor problemstillinger som krever "merkunnskap". Det må i fremtiden fokuseres på nødvendigheten av å imøtekomme både innvandreres behov for kunnskap og fagpersoners behov for kunnskap i et fleretrisk samfunn, se for eksempel Sørheim (2000).

# **Fra hjem til hjem - et eksempel på husbyggingsprosessen for fire unge med utviklingshemming**

## **Bakgrunn**

Helse - og sosialtjenesten hadde i lengre tid vært i dialog med fire unge mennesker med utviklingshemming som hadde søkt om kommunens medvirkning til å få etablere seg i felles bolig med bistand. Søknadene var begrunnet med at de anså seg som voksne og ville starte et selvstendig liv. Søkerne var i alderen 21-30 år og bodde fremdeles hjemme hos sine foreldre. De var ferdig med videregående skole og var i gang med diverse dagtilbud og arbeid. De hadde en felles historie via skole og privat vennskap, og en felles drøm om et bofelleskap med egne leiligheter samtidig som de kunne være i nærheten av hverandre.

De pårørende mente at målet var oppnåelig. De støttet de unge og var pådrivere i prosessen. De ønsket en sterk brukermedvirkning, og var villige til å bruke både tid og krefter for å nå målet.

## **Forprosjekt til kommunestyret**

Det trengtes et klarsignal som var forankret i et politisk vedtak. Fordi de unge allerede hadde tjenester innenfor helse- og sosiallovgivningen, satte helse- og sosialadministrasjonen seg ned sammen med dem og foreldrene og definerte et forprosjekt; en sak som skulle behandles i kommunestyret. I saken til kommunestyret måtte de store spørsmålene opp: Tomt, utbygger, finansiering, investering og driftskostnader for kommunen, privat finansiering for brukerne, eierform, tildelingsrett osv. Med bistand fra diverse kommunale avdelinger, så som eiendomsavdelingen, sosialkontor, konsulent for funksjonshemmede og pleie- og omsorgsenheten ble forprosjektet lagt fram for kommunestyret i februar 2003.

## **Tomten**

De unge og deres foresatte hadde allerede i mars 2002 vært i kontakt med eiendomsmyndigheten i kommunen for å sondere muligheten for kjøp av en kommunal tomt. Etter å ha sett på aktuelle muligheter bestemte gruppen seg for ett av alternativene.

## **Eierform**

Forprosjektet hadde et ønske om at boligbyggerlaget skulle stå for utbyggingen og at eierformen ble borettslag. Kommunen skulle ha tildelingsrett og plikt som ved omsorgsboliger. Det ble tatt kontakt med byggelaget i forkant av kommunestyresaken. De gav et foreløpig klarsignal om at de var interessert i å bygge den samlokaliserte boligen.

## **Investering og driftskostnader for kommunen**

Med borettslag som eierform skulle kommunen bli andelseier for serviceleiligheten (personalbasen) og betale husleie for den. Investerings- og driftskostnader ble stipulert. Det ble tatt kontakt med fylkesmannen og husbanken for å undersøke muligheten for godkjenning av oppstarttilskudd og kompensasjonstilskudd for omsorgsboliger. Det ble senere godkjent.

## **Privat økonomi**

I samarbeid med sosialkontoret ble det beregnet hvor stor betalingsevne den enkelte hadde. Skattelette og bostøtte ble en del av regnestykket. Etableringslån og boligtilskudd skulle finansiere egenandelen. Fellesutgiftene i borettslaget ble husleia. Det viktigste var at den månedlige utgiften var til å leve med. De første beregningene viste at det fint skulle gå an. For de som hadde hjelpeverge, måtte overformynderiet inn og godkjenne den enkeltes finansieringsplan og låneopptak.

## **Etablering av prosjektgruppe og byggekomité**

Kommunestyret godkjente fremlagte prosjekt. I mars 2003 ble det innkalt til det første møtet i byggestyret. Dermed kunne den konkrete planleggingen av boligene begynne. De fremtidige brukerne hadde mange ønsker både med hensyn til areal, rominndeling, kommunikasjon seg i mellom og til serviceleiligheten. Individuelle ønsker ble gjennomført i stor grad. Kommunen som hadde bygd flere samlokaliserte boliger tidligere kunne bruke gode og dårlige erfaringer med utforming og funksjonalitet. Boligbyggelaget sto for anbudsbeskrivelse, valg av totalentreprenør, godkjenninger og lånesøknader.

## **Utformingen av bygget**

Serviceleiligheten var kun på 32 m<sup>2</sup>, og skulle være tilgjengelig fra to sider på grunn av behov for nattevakt. Det skulle ikke være noen gjennomgående gang i huset, men man måtte gjennom inngangsdøra for å komme inn til de andre leilighetene.

## **Boligkurs**

I byggeperioden fikk beboerne tilbud om kurset " Å flytte for seg selv" i regi av kommunen. Helse- og sosialtjenesten ble på den måten godt kjent med de nye tjenestemottagerne og ungdommene ble litt bedre forberedt på det som skulle skje.

## **Ansettelse**

Etter hvert som ferdigstilling av boligen nærmet seg sommeren – 04, kom prosessen med ansettelse på agendaen. Det ble ansatt leder for boligen, samt fire primærkontakter, nattevakter og helgestillinger. Primærkontaktene deltok i de siste forberedelser før flytting sammen med familiene.

## **Innflytting**

Midt i august begynte møblering og istandsetting og boligen var i full drift noen uker senere. De unge og deres pårørende har hatt et godt forhold til lokalavisa og har hele tiden meddelt seg om hvor langt prosessen har kommet. Avisen var derfor også invitert på selve innflyttingsdagen. Det var en stor dag. Sjelden har vi sett så mye følelser og oppladet forventning få utløp. Smil og latter var blandet med tårer i bare glede over at dagen var kommet. De unge inviterte personalet, pårørende og byggestyret på kaffe og kaker. Glemte var ventetid og ergrelser. Etter festen måtte mor og far gå hjem til sitt eget – alene.

## **Ettertanke**

Det er nok noen som sier det var en lang og tung vei å gå. Byråkrati og offentlig saksbehandling tok sin tid. Men da prosessen ble konkret, var det et fint samarbeid mellom involverte parter. Boligbyggelaget og arkitekten skal ha ros for fleksibilitet, stor medvirkning og anstrengelser for å finne individuelle løsninger. Foresatte skal ha ros for målrettethet, utholdenhet og stor medvirkning. Også kommunens representanter var tilfredse og hadde hatt en bratt læringskurve.



## 1. Saksgang fra hjem til hjem

Når vi snakker om personer med utviklingshemming som skal flytte i egen bolig, må vi ikke glemme at dette er en uensartet gruppe. Alle har individuelle behov som det i størst mulig grad skal tas hensyn til gjennom utarbeiding av en individuell plan. I denne planprosessen handler det om mye mer enn det å få innvilget en bolig, forflytte seg fysisk eller å overføre en dagsplan.

Det er viktig å være bevisst på de mer sammensatte avhengighetsfaktorene som kan ligge til grunn for at utflytting kan være vanskelig. En ting kan være de følelsesmessige aspektene ved det å flytte hjemmefra for første gang, andre kan være de konsekvensene dette medfører for familiens økonomi. Det er reelt at for noen familier kan økonomi være et vesentlig hinder for å få til gode overganger. Dette fordi en vesentlig del av familiens økonomi er basert på de trygdeytelsene ungdommen får. I slike situasjoner kan det være nødvendig å orientere seg om hvilke muligheter som eksisterer for økonomisk støtte til familien slik at nødvendig hjelp kan ytes i en overgangsperiode.

Tidlig forberedelse er stikkord for en vellykket flytting. Dette innebærer ikke bare å forberede den unge på de endringer som skal skje. Foreldre bør også forberedes på at en flytting kan skape store omveltninger følelsesmessig, praktisk og økonomisk.

### 1.1. Koordinator

Habiliteringstjenestene anbefaler at førstelinjetjenesten oppretter en koordinator så tidlig som mulig. Kommunens koordinator tilbyr foreldrene hjelp og støtte og informerer om retten til individuell plan. For at koordinatoroppgaven ikke skal være sårbar, bør ansvaret ideelt sett fordeles på to personer. Førstelinjens koordinator samarbeider med familien og hjelpeapparatet.

*"Det er et sentralt mål at omsorgstilretteleggingen ses i et livsløpsperspektiv. Dette tilsier at omsorgstilbudene tilpasses den enkeltes behov i ulike faser av livet. Som hovedregel skal omsorgstilbudene frem til og med ungdomsalder være sterkt familieorientert. Familien som helhet bør gis vilkår til å fungere på en måte som gagner barnets utvikling"* (Habiliteringstjenesten for voksne i Hedmark, 2005).

#### 1.1.1. Koordinators oppgave

Det er mange aktører rundt barn med utviklingshemming. For foreldrene, som kanskje aldri tidligere har vært brukere av hjelpetjenester, er dette som et hus med mange rom med dører på alle vegger. Og for hver gang man entrer et rom er det en ny person der som krever at man presenterer sin historie og definerer behovene sine. En koordinator bør være den som tar jobben med å forberede besøket i huset, dekker bordet og rydder unna for familien. Koordinatoren har kartlagt behovene familien har og vet hvilke rettigheter de har. Og familien har en(to) personer de kan henvende seg til og som trekker i de trådene som skal til for å utløse den nødvendige hjelpen. Koordinatoren kan rekrutteres fra sosialkontoret, helsestasjonen eller fra hjemmebaserte tjenester. Det er koordinators oppgave å informere og forberede familien på at boligetablering bør planlegges. Videre er det koordinator som må påse at nødvendige aktører engasjerer seg og følger opp saken.

## 1.2. Ansvarsgruppe

Ansvarsgruppeordningen er ikke en lovpålagt tjeneste, men det anbefales at klienten/familien informeres om tilbudet.

*"En gruppe på kommunalt nivå som kan tillegges ansvar for planlegging og oppfølging av den enkelte tjenestemottaker i habiliteringsprosessen" (Statens helsetilsyn IK2614, s. 14).*

Samordning av tiltak og tjenester

*"Sosialtjenesten skal medvirke til at sosiale hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer som har betydning for sosialtjenestens arbeid. Sosialtjenesten skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse de oppgaver som er pålagt etter loven" (Lov om sosiale tjenester § 3-2)*

Ansvarsgrupper er en måte å organisere arbeidet på når det gjelder samarbeid, samordning og systematisk arbeid med enkeltsaker. Deltakerne i en ansvarsgruppe skal foruten klienten selv og/eller foresatte/hjelpeverge representere ulike etater, som ut fra sine lovverk har et delansvar for arbeidet med klienten.

En ansvarsgruppe må ha et langtidsperspektiv, og jobbe for at tiltakene følger personen. Samordning er viktig, snevre faggrenser må underkastes et felles mål. Det er resultatet av tiltakene som er vesentlige.

Ansvarsgruppa bør ha klare målsettinger, være resultatorientert og kunne foreta nødvendig korrigerende underveis. Når tiden nærmer seg for at ungdommen skal flytte i egen bolig er det hensiktsmessig at ansvarsgruppen blir supplert med personer som har dette som spesialfelt, som for eksempel boligkonsulent og representant fra teknisk etat.

Ansvarsgruppa må ha en ansvarlig koordinator, dette kan gjerne være samme person som koordinerer for familien. Gruppa skal ikke virke som ressursforvaltere, men som ressursutløser.

Utdannings- og forskningsdepartementet, Helsedepartementet, Sosialdepartementet og Barne- og familiedepartementet har sendt ut et felles rundskriv hvor de oppfordrer tjenestene i kommunen (PP - tjenesten, skolen, barnehagen, barneverntjenesten, helsetjenesten, herunder skolehelsetjenesten, sosialtjenesten, fastlegen m.v.), og i tillegg spesialisthelsetjenesten og andre aktuelle tjenesteytere til "å utarbeide og synliggjøre rutinene for koordinering av tjenester, slik at brukerne vil oppleve å møte et mer helhetlig og koordinert hjelpeapparat". Viktige redskaper i dette tverretatlige samarbeidet vil være bl.a. individuell plan (IP), forankret i helselovgivningen og Lov om sosiale tjenester og individuell opplæringsplan (IOP), forankret i Opplæringsloven (Rundskriv I-3/2004).

### 1.3. Individuell plan

Skal man "bygge et hus" må man som sagt ha en plan eller en skisse. Individuell Plan (IP) kan slik sett bli hovedveien inn til boligen og startstedet for de mindre veiene ut til fritidsaktiviteter, skole, jobb, sosialt liv og fellesskap med andre.

En god planprosess er en forutsetning for at huset fremstår slik man vil ha det. IP er en slik skisse eller et redskap for refleksjon. I arbeidet med en IP kan man legge grunnlaget for en prosess hvor målet er selvstendigjøring. Det sikrer at personens ønsker og behov synliggjøres, og at aktuelle samarbeidsparter involverer seg i arbeidet. Prosessen blir på sett og vis like viktig som selve planen.

For at en IP skal virke etter hensikten må den følges opp av et juridisk bindende enkeltvedtak.

Ansvar for utarbeidelse av IP er pålagt kommunen i henhold til lov om Kommunehelsetjenesten (§ 6-2 a), helseforetaket i henhold til Lov om spesialisthelsetjenesten (§2- 6) eller institusjonen etter lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (§ 4-1).

IP skal utarbeides for klienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud, dersom klienten eller dens foresatte / hjelpeverge ønsker det. Det er ikke et krav at behovene er livsvarige, men de må strekke seg over et visst tidsintervall; minimum 3 – 5 år. Målsettingen med IP er langsiktig tenkning og helhet i hjelpetilbudet til en person som har behov for sammensatte tjenester. Å planlegge flytting i egen bolig kan være et eksempel på nettopp dette, der man starter planleggingen allerede mens barnet bare er 13 – 15 år. Skal en slik planprosess fungere optimalt, bør man starte tidlig og barnehabilitering og voksenhabilitering bør være naturlige samarbeidspartnere i selve arbeidet.

En IP må være realistisk og skal beskrive alle de tjenestene som personen har behov for. Det må beskrives hvilke tjenester som skal ytes, i hvilket omfang de skal ytes, hvilket innhold de skal ha og hvordan de skal koordineres.

En IP er som regel knyttet til en konkret re-/habiliteringsprosess hvor ønsker og endringer i en persons livssituasjon skal synliggjøres. Det kan være alt fra daglige gjøremål til planer for utdanning og arbeid, samt planlegging og innflytting i egen bolig. Der brukeren har vansker med å på egen hånd definere sine ønsker og behov, er det viktig å samarbeide med pårørende, hjelpeverge eller andre nærpå personer.

#### 1.3.1. Rehabiliteringstjenestens oppgaver i forbindelse med utarbeidelse av individuell plan

Habiliteringstjenesten skal forsikre seg om at henviste klienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, er informert om retten til en IP. Rehabiliteringstjenesten skal hjelpe klienten til å ta kontakt med rette instanser på kommunalt nivå og har et ansvar for å bistå i prosessen for å få satt i gang arbeidet med en individuell plan, dersom klienten ønsker det. Rehabiliteringstjenesten kan bistå kommunen med råd og veiledning i utarbeidelse av planen på blant annet følgende områder:

- Kartlegging og innhold i planen
- Hvordan klienten best kan sikres innflytelse i planprosessen
- Hvilke personer og etater som bør delta i planarbeidet
- Hvordan den ferdige planen kan bli et effektivt verktøy i arbeidet med å utarbeide og opprettholde et godt tilbud for tjenestemottaker.

I tillegg til ovenstående kan habiliteringstjenesten også delta som en samarbeidspartner i forhold til nødvendige spesialisttjenestefunksjoner som utredning, diagnostisering, veiledning osv.

Som hovedregel skal ikke en fagperson i habiliteringstjenesten fungere som koordinator for en individuell plan. Dette med bakgrunn i at vårt oppdrag i forhold til klienten er begrenset både i tid og omfang.

#### **1.4. Enkeltvedtak**

Enkeltvedtaket er et viktig dokument for den som skal etablere seg i egen bolig og trenger kommunal bistand. Vedtak skal alltid komme som følge av en søknad fra klienten eller dennes representant. Vedtaket skal beskrive omfang og innhold i kommunens tjenester. Innen kommunen fatter et vedtak, har man plikt til å rådføre seg med klienten og skal legge stor vekt på hva klienten mener.

Et enkeltvedtak skal være skriftlig og inneholde en begrunnelse. Begrunnelsen skal inneholde en henvisning til de regler vedtaket bygger på, beskrivelse av de faktiske forhold og beskrivelse av de hovedhensyn som har vært avgjørende ved utøving av skjønn. I underretning om vedtak skal det opplyses om klageadgang, klagefrist, klageinstans og den nærmere fremgangsmåte ved klage (Forvaltningsloven §24 og §25).

Får man ikke medhold på klagen i kommunen sendes den automatisk videre til Fylkesmannen for endelig behandling. Fylkesmannens overprøving og endring av vedtaket kan skje når det er begått feil i saksbehandlingen eller sosialtjenesten har lagt til grunn en uriktig oppfatning av faktiske forhold. Videre kan overprøvingen gjelde sosialtjenestens lovforståelse og til sist forvaltningsmessige skjønn som er utøvet.

Det er derfor vesentlig hvordan de innvilgede tjenestene beskrives i vedtaket. For den som har et omfattende tjenestebehov blir det vanskelig å beskrive alle delmomentene som tjenesteytingen skal inneholde. Mange ganger trenger tjenestemottakeren mer eller mindre bistand i alle dagliglivets aktiviteter. I slike situasjoner mener vi det er bedre at vedtaket gir en generell beskrivelse av hvilke tjenester som skal gis, samtidig som det fremkommer hvor mange timer pr. uke det skal gis bistand. Vedtaket må være så konkret at man kan tolke om de vedtatte tjenestene blir utført eller ikke.

Kommunen kan ikke fatte vedtak om en annen tjeneste enn omsøkt uten at avslag på omsøkt tjeneste begrunnes. Kommunen har kun adgang til å omgjøre sitt eget vedtak uten at det er påklaget, dersom vedtaket må anses ugyldig eller at adgangen følger direkte av lov, av vedtaket selv, eller av alminnelige forvaltningsrettslige regler. Det foreligger en varslingsplikt i slike tilfeller.

## Sjekkliste 1

1. Saksgang fra HJEM til HJEM				
Oppgave	Ansvarlig instans	Utført		Jfr. Kap.
	Navn:	Ja:	Nei:	
Koordinerende fagperson valgt				1.1
Ansvarsgruppe etablert				1.2
Foresatte gjort kjent med tanken om at det er 5 år til barnet er 18 og at planer for flytting kanskje bør innlemmes i IP. (Ved ca 13 års alder)				1.3
Kontakt med voksenhabilitering etablert				1.3
Individuell plan utarbeidet				1.3

## 2. Kartlegging av ønsker, behov og forutsetninger

Amerikanske forskere har påvist at det er like viktig for mennesker med utviklingshemming som for andre å ha et hjem man trives i og at de stort sett foretrekker de samme omgivelser som personer som ikke er utviklingshemmede. Videre har man funnet en tydelig sammenheng mellom boliger hvor det er vanskelig å føle seg hjemme og økt frekvens av stereotyp atferd, hyperaktivitet og aggressiv atferd hos beboerne (Lindsø Larsen, 2003).

Helt avgjørende for å kunne tilrettelegge en best mulig bo - og livssituasjon for et menneske med utviklingshemming er en grundig kartlegging av hele personen:

- Hvilken type funksjonsvikt og vansker dreier det seg om?
- Hvilke tilleggssdiagnoser har personen?
- Type og omfang av bistand fra kommunen som vedkommende har behov for; hvor selvhjulpen er personen?
- Hvordan fungerer personen sosialt?

Mangelfull kartlegging av ferdigheter og hjelpebehov i forkant av en flytting kan medføre at en ikke får oversikt over personens reelle bistandsbehov. Grunnmuren som huset skal bygges på, vil i så fall bli skrøpelig og reisverket desto mer vaklevorent. Ideelt sett bør det foreligge grundige og oppdaterte undersøkelser av somatiske, psykologiske, kommunikative og sosiale ferdigheter og behov før personen setter sine ben i det nye huset. Ansvar for å påse at dette skjer tilligger kommunen. Kommunen trekker inn spesialisthelsetjenesten ved behov for hjelp til utredning av bistandsbehov. Erfaringen viser imidlertid dessverre ofte at voksenhabiliteringstjenesten blir koblet inn først når flyttingen allerede har skjedd og problemene har begynt å vise seg.

Ved å starte flytteprosessen med en innhenting av opplysninger om personens livshistorie slik som for eksempel "Min historie" (moynahan m.fl, 1994) gir mulighet til, sikrer tjenesteyterne seg grunnleggende informasjon om hva som er viktig for akkurat denne personen. "Min historie" er et personlig album som gir rom for å fortelle det man ønsker om seg selv. Hva man liker eller ikke liker, lystbetonte aktiviteter, nettverk og familie og viktige opplevelser og milepæler i ens liv. "Min Historie" hjelper oss til å oppdage "mennesket bak klienten", og bidrar dessuten på en unik måte til å bygge opp en relasjon mellom tjenesteytere og nære pårørende. Ikke minst kan kartleggingen gi verdifull kunnskap om positive områder i personens liv og hva som kan oppleves lystbetont og berikende. Lyst og glede er viktige grunnsteiner i oppbyggingen av et godt liv og "hus" utenfor foreldrehjemmet. På samme måte er det viktig å få kartlagt hvilke ressurser personen har og hva som kan mobiliseres i familie og nettverk.

I noen tilfeller kan det bildet som pårørende har tegnet av personen vise seg å stemme lite med det mennesket boligpersonalet møter. Det er da ikke tatt høyde for hvordan personens særtrekk og vansker vil kunne forsterkes og tydeliggjøres i en helt ny livssituasjon. For en utviklingshemmet som har bodd hjemme i alle år, har foreldre og barn vevd sin livsvev sammen. De har tilpasset seg situasjoner med avvikende atferd og problemer og for foreldrene kan det være vanskelig å se omfanget av funksjonsforstyrrelser og vurdere graden av hjelpebehov utenfor

foreldrehjemmet. Faren for at kommunen vurderer personen som mer funksjonsdyktig og i stand til å mestre flere av dagliglivets ferdigheter enn reelt er, er da større. Resultatet av en flytting kan i verste fall bli en så uholdbar situasjon for personen selv, pårørende og tjenesteytere, at hele boligprosjektet ryker. En fullstendig kartlegging av ADL - ferdigheter krever derfor som regel at tjenesteyter og tjenestemottaker i samarbeid tester ut dette i ulike situasjoner i god tid før flytting.

## **2.1. Områder for kartlegging**

Mennesker med utviklingshemming og sammensatte funksjonsforstyrrelser er ingen enkel målgruppe å kartlegge, nettopp fordi problemområdene overlapper hverandre og kan gi et uklart diagnostisk bilde. Blandingstilstander med både kognitiv svikt, utviklingsforstyrrelser, psykiatri, somatiske lidelser og rus gir mer enn trippeldiagnoser. En bredspektret eller biopsykososial kartlegging kan derfor være nødvendig.

I Sosial- og helsedirektoratets "Veileder til forskrift om individuell plan" (2005), kap. 6.6, listes det opp nyttige stikkord ved generell kartlegging av behov for tjenester. Alle disse områdene er aktuelle å kartlegge i forbindelse med planlegging og gjennomføring av en "hjem til hjem" - prosess:

- Sosialt nettverk / personlige relasjoner / kulturbakgrunn
- Behandling / trening / medisiner
- Opplæring / veiledning / tilrettelegging
- Behov for hjelpemidler
- Økonomi / stønader
- Mobilitet / transport
- Personlig assistanse / hygiene / på- og avkledding
- Kartlegging av eventuelle rusproblemer
- Husarbeid
- Mat / kosthold / måltider
- Arbeid / sysselsetting / dagtilbud / tilrettelegging
- Bolig / ombygging / uteområder
- Fritid / ferie / høytider

Oppdatert informasjon om disse områdene er av vital betydning for å kunne tilrettelegge en ny livssituasjon for den enkelte klient.

For de tjenestemottakere som har en etablert relasjon til tjenesteapparatet før arbeidet med individuell plan starter og som allerede har gjennomført diverse utredninger, blir det viktig å vurdere behov for eventuell oppdatering av funksjonsstatus på områdene og eventuelle endringer i den bistand som gis. Som et minstekrav bør følgende 5 områder være oppdatert for å kunne vite hva slags bistandsbehov den enkelte utviklingshemmede har:

1. Somatiske og medisinske forhold – somatiske sykdommer og nevrologiske tilstander undersøkt og diagnostisert per dags dato
2. Psykisk helse og psykopatologi – emosjonelle vansker og psykiske lidelser diagnostisert per dags dato

3. Kognitiv fungering – intelligens, språk og kognitive funksjoner utredet etter fylte 18 år og så nært opp i tid som mulig
4. Adaptive/sosiale ferdigheter – kommunikasjon, motorikk, sosiale funksjoner og ADL ferdigheter kartlagt så nær opp i tid som mulig
5. Behov for hjelpemidler – aktuell status

## **2.2. Hvem skal gjennomføre kartleggingen?**

Mye av kartleggingsarbeidet kan, og bør, gjøres av 1. linjetjenesten. Kommunen bør selv ha tilgang på tilstrekkelige ressurser fra fastlege, pedagogisk psykologisk rådgivningstjeneste, psykiatri, voksenopplæring og sosiale tjenester til å kunne kartlegge de fem vitale områdene. I de tilfeller dette ikke er mulig eller der hvor det trengs mer spesialisert utredningskompetanse, er det aktuelt å søke habiliteringstjenesten om bistand. For mange av våre brukere vil det være barnehabiliteringstjenesten som først kommer inn i bildet og foretar de grunnleggende undersøkelsene og følger personen frem til myndig alder. Avhengig av hvordan habiliteringstjenesten er organisert i det enkelte fylket, vil det være ulik grad av etablert samarbeid mellom barne- og voksenhabilitering for denne overgangsfasen. I noen fylker er det sørget for at denne viktige prosessen ivaretas av et fagteam med representanter fra begge tjenestene, som begynner arbeidet med planlegging av en flytteprosess tidlig i tenårene. Andre fylker har ikke noe systematisk samarbeid. Vi er av den oppfatning at for å få til en god flytteprosess må barne- og voksenhabiliteringen samarbeide.

## **2.3. Hvilke kartleggingsverktøy kan anbefales?**

Ideelt sett skulle man i kartleggingsarbeidet kunne benytte internasjonalt anerkjente tester og utredningsverktøy som er utprøvd på og tilpasset vår målgruppe. Pr. i dag er dette mangelvare, men det finnes etter hvert et utvalg tester, sjekklister og kartleggingsmaler som vanligvis brukes og som kan anbefales. I forbindelse med flytteprosessen kan vi anbefale "Kartlegging av bistandsbehov ved flytting til egen bolig" utarbeidet av Anne Grethe Olsen, Voksenhabiliteringstjenesten i Hedmark. Denne kartleggingen fanger opp Sosial- og helsedirektoratets punkter for områder som er viktig å kartlegge i forbindelse med IP. Verktøyet er basert på at nærpersoner skal fylle ut hvert sitt eksemplar. Informasjonen sammenfattes og drøftes. Konklusjonen sammenlignes deretter med klientens egen oppfatning av situasjonen, der dette er mulig.

Maler og kartleggingsverktøy kan lett bli rigide og mer firkantet enn hva tjenlig er, og det er viktig å huske på at det er liv som skal beskrives og at man bruker verktøy som åpner for individualitet og fleksibilitet. Mye av kartleggingen krever tolkning av resultater og dette åpner opp for skjønnsvurderinger basert på hvor erfaren utrederen er. En ydmykhet i forhold til pålitelighet av testresultater er derfor viktig å ha med seg.

## **2.4. Boform og enkeltvedtak**

Resultatet av kartleggingen vil gi verdifull kunnskap om klienten. Den vil kunne gi svar på hva som oppleves lystbetont og berikende, og hvilke forhold klienten må ha hjelp til å mestre. Kartleggingen bør resultere i en vurdering av hvilken boform og bosted klienten skal ha.



Gaute er utviklingshemmet og bor i en liten kommune. Da Gaute nærmet seg 18 år og flytting skulle planlegges, var et kommunalt bofellesskap eneste etablerte tilbud kommunen hadde når det gjaldt unge med omfattende bistandsbehov. Gaute og hans nærpåsoner mente at dette ikke var et egnet botilbud for han. Gaute kjøpte derfor bolig selv i et ordinært kommunalt byggefelt. Denne finansierte han gjennom lån i bank og boligtilskudd fra kommunen. Ved hjelp av boligtilskuddet fikk Gaute dekket egenbetalingen på 20 % av lånerammen, slik at han kom innenfor 80 % låneramme i bank. Bistand mottar Gaute fra personal som er ansatt i det kommunale bofellesskapet noen kilometer fra der Gaute bor.

Vi ønsker å poengtere at personer med utviklingshemming har de samme rettigheter til å velge boform- og bosted, som alle andre. Dette gjelder også om valget innebærer flytting over kommunegrensen. Dette forutsetter at tilflyttingskommunen behandler søknaden og fatter vedtak før søkeren faktisk flytter. En kommune kan ikke avvise eller avslå en søknad om tjenester med den begrunnelse at vedkommende ikke bor i kommunen på søknadstidspunktet.

*"Enkelte personer er avhengige av å motta omfattende pleie- og omsorgstjenester, slik at de ikke kan flytte uten at et tjenestetilbud står klart i den kommunen de ønsker å flytte til. For at disse personene skal ha en reell adgang til å flytte, er det en forutsetning at tilflytningskommunen behandler søknaden og fatter vedtak om tjenester før de faktisk flytter."*  
(Rundskriv I-43/99 Sosial og Helsedepartementet)

## Sjekkliste 2

2. Kartlegging av ønsker, behov og forutsetninger.				
Oppgave	Ansvarlig instans	Utført		Jfr.Kap.
	Navn:	Ja:	Nei:	
Diagnostisering og kartlegging av generelt funksjonsnivå utført.				2.1
Eventuelle spesielle behov i forhold til kulturbakgrunn avdekket.				2.1
Eventuelle behov i forhold til medisinsk behandling og oppfølging avdekket.				2.1
Klientens eventuelle behov for økonomiske endringer avdekket.				2.1
Klientens behov for transportordninger avdekket.				2.1
Klientens eventuelle behov i forhold til sosialt nettverk og fritidsaktiviteter avdekket.				2.1
Klientens eventuelle behov for hjelpeverge avdekket.				2.1
Ulike boalternativer vurdert. Foretatt en konsekvensvurdering av valg av type bolig.				2.4
Type botilbud bestemt.				2.4
Eventuelle behov for hjelpemidler og tilpasninger i bolig avdekket.				2.1
Utforming og innredning av bolig bestemt				2.4
Avklaring av hvilke type tjenester klienten har behov for og omfanget av disse.				2.4
Endringer ført inn i individuell plan.				2.4 1.3
Enkeltvedtak som beskriver omfang og type tjenester avklart i god tid før utflytting.				2.4 1.4

### 3. Gjennomføring

#### 3.1. Overgang fra avlastning til egen bolig

Avlastning er et viktig tilbud til familier med et utviklingshemmet barn (Kittelsaa, 2005). Det finnes ulike former for avlastning. Avlastning kan skje hos en privat avlaster, hjemme, i grupper eller i egen avlastningsbolig. Det er foreldrene som avgjør hvilken form for avlastning de har behov for. Avlastningen kan også brukes aktivt i prosessen mot flytting og vi anbefaler at den benyttes målrettet som en del av overgangen mellom foreldrehjem og eget hjem. For mange kan det være en optimal løsning å få sitt avlastningstilbud i sin fremtidige bolig. På denne måten vil ungdommen bli kjent med bistandsyterne og venne seg til å bo for seg selv. Det anbefales derfor at det er de samme bistandsyterne i avlastningen som i den fremtidige boligen.

For andre vil det være riktig å få gruppeavlastning for å bli kjent med andre ungdommer og bygge nettverk. Avlastningen er også en god arena for læring og utredninger i forhold til ADL – ferdigheter med tanke på fremtidige enkeltvedtak.

Habiliteringstjenestene kan også holde kurs for ansatte på avlastningsboliger der temaet er å møte ungdommer i puberteten, på vei mot et voksent liv..

En jente svarer på denne måten på spørsmål om hvorfor hun er på avlastning (fritt sitert); *"...jeg lærer sent og derfor er det godt for meg å komme til avlastningsboligen for å lære husarbeid slik at jeg kan flytte for meg selv om noen år"* (Kittelsaa, 2005).

#### 3.2. Organiserte treffpunkt

Habiliteringstjenestene kan også, som beste praksis, arrangere kurs for ungdommer fra 14 års alder og kurs for foreldrene om temaet "Fra barn til voksen". Slike kurs gir ungdommene mulighet for nettverksbygging. Kursinnholdet er informasjon om det å flytte hjemmefra, bli voksen og om muligheten for å få kjæreste og samboer/bli gift. Foreldrene får muligheten til informasjon om rettigheter og ytelser, hvordan møte ungdommen i ungdomstida, forberede en god løsrivelse, møte andre foreldre i samme situasjon og "å leve videre" etter utflytting. Det å møte foreldre fra andre steder kan stimulere til å tenke utradisjonelle løsninger på bofellesskap, interkommunale løsninger m.m. På denne måten starter prosessen med å bevisstgjøre foreldrene på at barnet snart er voksen. Denne formen for kurs kan også være en god måte for foreldre med innvandrerbakgrunn å bli kjent med det norske systemet og muligheter for sitt barn.

I Telemark arrangerer barne- og voksenhabiliteringstjenestene i fellesskap kurs for ungdom og foreldre. Målet med kursene er å styrke og forberede både ungdommene og deres foresatte i møte med ungdomstid og pubertet (Strøm, 2005). Vi mener disse samarbeidskursene mellom barne- og voksenhabilitering er noe alle tjenestene bør se på som en "beste praksis". NFU har som tradisjon å avholde lignende kurs ([www.nfunorge.org](http://www.nfunorge.org)).

### 3.3. Et alternativt skritt ut

Noen ungdommer med utviklingshemming gjennomfører et eller to år på folkehøgskole før de flytter inn i egen leilighet eller de går på en videregående skole som har internat. Dette har vi god erfaring med. Ungdommene vokser veldig på opplevelsen og lærer mye om det å være selvstendig. De utvikler basiskvalifikasjoner på det å bo et annet sted enn hos mor og far og bygger nettverk som er viktig å ha i den alderen (Beck & Grue, 1984). Målet må være at den unge flytter rett inn i egen leilighet etter avsluttet skole og at dette er nedfelt i IP.

Et annet alternativ kan være et bokollektiv som fungerer som treningsbolig. Hensikten med dette er å gi ungdommene opplæring i det å bo for seg selv med tanke på større selvstendighet før de flytter i egen bolig. Oppholdet i treningsbolig er tidsavgrenset og man bor sammen med andre i samme situasjon.

### 3.4. Å bo for seg selv

Å bo for seg selv er mye mer enn å "ha et hus" å bo i. Minst like viktig er det livet du lever i og omkring huset. For en utviklingshemmet vil det innebære både de tilrettelagte tilbudene og samfunnets generelle tilbud.

Det spesielle for utviklingshemmede ungdommer er at nærpå personer ofte tar mange valg på vegne av dem, men det vil være helt essensielt at ungdommen får ha innflytelse og opplevelse av medbestemmelse der dette er realistisk.

*"Videre er der en reell fare for at personen selv blir belastet med en planlegging som pågår over år. Fokus på voksenliv, og egen bolig spesielt, konkurrerer med at en viktig ungdomstid, en sunn forberedelse, reduseres til egen bolig som eneste mål, og innhold". Kilde: Nina A. Eriksen, NFU.*

Det skal legges til rette for at den funksjonshemmede, uansett bosted, kan nyttiggjøre seg samfunnets generelle tilbud. Kommunene har et ansvar for å tilrettelegge fritids- og kulturtiltak, slik at alle grupper får reelle muligheter til deltaking. Gjennom kulturretaten administrerer enkelte kommuner ordninger med fritidskontakter, og disse har i oppgave å bistå flere personer/grupper i fritidsaktiviteter. Et annet viktig fritids-tiltak er bruk av støttekontakter.

Arbeid / sysselsetting er selvsagt også et viktig moment i normaliseringen av livssituasjonen for mennesker med utviklingshemming og utgjør en av hjørnesteinene i det å bo for seg selv.

### Sjekkliste 3

3. Gjennomføring				
Oppgave	Ansvarlig person	Utført		Jfr. Kap.
	Navn:	Ja:	Nei:	
Samarbeid barn- og voksenhabiliteringen etablert				3.2 1.3
Kurs for klienten og pårørende. Samarbeid barn- og voksenhabiliteringen.				3.2
Foreldrene fått tilbud om å møte andre i samme situasjon.				3.2
Foreldre som ikke ønsker å delta på – eller har fått tilbud om kurs, har mottatt informasjon om rettigheter og ytelser på andre måter.				3.2 1.1.1
Fremtidig habilitering planlagt.				3.1 2.0 1.3 2.1 2.4
Fritidsaktiviteter planlagt.				3.4
Støttekontakt vurdert				3.4
Skole/folkehøyskole planlagt.				3.3
Arbeidstilbud planlagt				3.4

## 4. Forutsetninger for å lykkes

Foreldre er ofte redde for at "nye mennesker" ikke greier å ta vare på barnet deres like godt som de selv og kanskje har de rett (Wehn og Sommerschild, 1991). Men det går an å forberede "disse nye" på hvordan man best ivaretar ungdommen med hjelpebehov. Via IP kan foreldrene sette opp punkter som de mener er vesentlige kvalifikasjoner som personalet bør ha (Beck & Grue, 1984) og de kan bidra til at et jobbintervju har et slikt innhold at man velger de som er best egnet.

Personlig egnethet og spesiell kompetanse og fagbakgrunn må etterspørres. Mange mennesker med utviklingshemming trenger spesialiserte tjenester som krever særlig opplæring, både medisinsk og pedagogisk. Ikke minst må "kjemi" vektlegges slik at tjenesteyter og bruker skal trives i hverandres selskap. Derfor bør prøveperioden brukes aktivt før tjenesteyteren blir ansatt i primærgruppen rundt brukeren.

### 4.1. Bistand i bolig

Det finnes ulike måter å organisere en bolig på fra små enheter med en personalgruppe tilknyttet en bruker til store personalgrupper som gir bistand til mange brukere, satelittboliger m.v. Hvordan kommunene organiserer sine omsorgstjenester kan avhenge av mange faktorer og det er vanskelig å fremholde en organisasjonsform fremfor en annen. Vår erfaring er imidlertid at det er enkelte forhold ved organiseringen som i stor grad påvirker kvaliteten ved tilbudet til den enkelte. Dette er for eksempel lederens plassering i forhold til bruker, hvor og hvordan det faglige ansvaret plasseres og ikke minst turnus.

Vi mener det er viktig med en definert leder som sitter nær den øvrige personalgruppa. Dette fordi det er leder som har det faglige ansvaret. For å utøve dette er det viktig med god kjennskap til bruker og personalets behov og utfordringer. Lederen skal overta funksjonen som koordinatoren tidligere hadde da brukeren bodde hos foreldrene (Elster og Hegerstrøm (red.), 1995). Med faglig ansvar mener vi ansvar for utøvelsen av de mål som er beskrevet i IP. Den faglig ansvarlige skal konkretisere målene i IP og veilede personalgruppen i dette arbeidet. Ofte ser vi at utøvelsen av det faglige ansvaret blir delegert til andre personer som gjerne er en primærkontakt. Dette er en funksjonell løsning så lenge det blir frigitt tid til fagarbeidet og primærgruppa bistår primærkontakten i den faglige utøvelsen.

Turnusen skal være tilrettelagt for tjenestemottaker og skal være gjenstand for kontinuerlig evaluering. Det er viktig å ha fokus på hvilken bistand den skal dekke, når på døgnet brukeren har behov for bistand, ulikheter i forhold til årstid, høytider m.m.

Vi kan ikke si at en personalgruppe bør inneholde et bestemt antall tjenesteytere, men generelt vil vi anbefale flest mulig hele stillinger slik at det blir færrest mulig ansatte rundt den enkelte bruker. Erfaringer viser at utfordringene ved det faglige ansvaret øker proporsjonalt med personalgruppens størrelse.

Tjenesteytere har plikt til å holde seg faglig à jour og til å skaffe seg nye kunnskaper. Å arbeide med mennesker med et omsorgsbehov krever mye innsats og tålmodighet av den som er ansatt for å ivareta dette. Det er et vanskelig og krevende yrke. Men også et yrke som innebærer stor grad av frihet og at arbeidstakeren kan jobbe

selvstendig. Man kan gjøre utrolig mye ut av jobben. Tjenesteyter skal ha ekte og oppriktig interesse for brukeren han jobber med og ha ønske og interesse for å lære mer om det man arbeider med. Vi nevner viktigheten av å delta på kurs, videreutdanning, diskusjoner, hospiteringer og lignende som fører til mer kunnskap. Like viktig er kunnskap om brukerens måte å kommunisere på, rettigheter i forhold til lovverk og rutiner for de daglige gjøremål. Det er også viktig med kunnskap om rutiner for å håndtere krisesituasjoner, som ved mistanke om seksuelle overgrep, voldsutøvelse og økonomisk utnyttning. Tjenesteyteren skal ha ønske om å oppnå resultater. Dette betyr respekt for personen og gode holdninger i praksis. For personalet skal nå målene sine er det viktig at den enkelte ansatte har tilstrekkelig med kompetanse. Å lage opplæringsplaner for personalet er derfor en suksessfaktor.

Tjenesteytere har et ansvar for å utvikle og sikre et faglig forsvarlig tilbud for brukeren. Målet med veiledning er å bli bedre i jobben sin og slik få et mer givende arbeide. Et godt arbeidsmiljø kjennetegnes ved at kollegaene tilbyr hverandre hjelp. Når man ser at kollegaer ikke utfører jobben etter gitte retningslinjer, har man et ansvar for å ta opp dette med den det gjelder. Man skal tilby andre hjelp og selv motta veiledning. Ved nyansettelser må arbeidstakeren bli informert om at det å gi og motta veiledning er vanlig praksis på denne arbeidsplassen. Slik kan man unngå at det å få kritikk oppleves som negativt. Kritikk med påfølgende løsningsforslag skal oppleves som vennlig hjelp fra kollegaer.

For å ivareta en klients behov må man ha gode fagadministrative rutiner. Rutinene må sikre at klienten til enhver tid mottar det tilbudet som han/hun har krav på. Dette gjelder både sosialt, pedagogisk og medisinsk. Siden mange innlemmes i dette arbeidet, er det behov for gode skriftlige systemer. De skriftlige systemene skal sikre at alle som bistår klienten, får den informasjon de til enhver trenger og at de faktisk leser den tilgjengelige informasjonen. Det finnes ulike typer for fagadministrative systemer. Enkelte bruker kun "rapportboka", mens andre bruker mer avanserte systemer der all informasjon om klienten er systematisert på en slik måte at den er lett tilgjengelig. Vi vil anbefale at man i enhver personalgruppe utnevner en person som er ansvarlig for å utarbeide gode fagadministrative systemer som sikrer informasjonsflyt i personalgruppen. Kravet må være å ha et system som sikrer at alle - uansett stillingsbrøk vet akkurat på hvilken måte de skal bistå klienten til enhver tid.

Medarbeidersamtaler er vanlig i kommunale hjemmebaserte tjenester. De fleste kommuner har egne maler for disse. Det vi ofte savner i disse malene, er punkter som beskriver hvordan en tjenesteyter opplever samarbeidet med brukerne han er ansatt for å bistå. Malene bør ha med spørsmål om tjenesteyteren er oppdatert i jobben, opplæringsplaner, trivsel, mulighet for utvikling, fagkompetanse, følelse av mestring i jobben og hvordan "kjemien" stemmer mellom han og brukeren.

Brukeren er prisgitt den personalstaben som til enhver tid er ansatt i kommunen. For å sikre trivsel og livskvalitet – og brukarmedvirkning – må også brukeren få tilbud om samtaler med lederen. Lederen må få vite noe om hvordan brukeren har det, hvem han trives med, hva han liker å gjøre og om det er noe nytt han har lyst til å gjøre. Målet med samtalen er å finne ut om det er behov for organisatoriske endringer og eventuelle personalendringer.

Tjenestetilbudet kan på denne måten (med medarbeidersamtaler og brukersamtaler) evalueres slik at nødvendige endringer blir gjennomført.

#### **4.2. Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)**

Brukerstyrt personlig assistanse er en alternativ organisering av praktisk og personlig hjelp for funksjonshemmede personer som har behov for bistand i dagliglivet, både i og utenfor egen bolig. Brukeren har rollen som arbeidsleder og innenfor rammer som gis i kommunalt vedtak kan brukeren styre hvem hun/han vil ha som hjelper(e), hva assistenten(e) skal gjøre, samt hvor og til hvilke tider hjelpen skal gis. Brukerstyringen skal bidra til bedre ressursutnyttelse, fleksibilitet og kvalitetssikring av tjenester. Brukerens muligheter for å være arbeidsleder tillegges vekt ved tildeling av BPA, men ordningen kan også anvendes for personer som ikke kan ivareta brukerstyringen selv (Rundskriv I – 15/2005). Målet med ordningen er at brukeren skal få et så aktivt og uavhengig liv som mulig. Brukerstyrt personlig assistanse skal være en del av de samlede kommunale omsorgstjenester og knyttes til personen, ikke til boligen. Denne ordningen kan med fordel kombineres med andre tjenestetyper, slik at man oppnår den mest hensiktsmessige hjelpen samlet sett for den enkelte bruker. For eksempel kan brukerstyrt personlig assistanse kombineres med hjemmesykepleie og hjemmehjelpstjenester (Rundskriv I- 20/2000).

#### En avsluttende kommentar:

I vårt arbeid med å hjelpe mennesker med utviklingshemming til å få et hjem de kan trives og føle seg hjemme i, må vi starte med å bli oppmerksomme på hvor påvirkelige vi er av de fysiske omgivelsene vi lever i. Målet må uansett bistandsform være å dyktiggjøre oss i å forstå hvordan vi, sammen med den utviklingshemmede personen, kan skape et hjem som bygger opp hans/hennes identitet og forteller en positiv historie om livet i hjemmet (Lindsø Larsen, 2003).



## Sjekkliste 4

4. Forutsetninger for å lykkes - kompetent tjenesteyting				
Oppgave	Ansvarlig person	Utført		Jfr. Kap.
		Navn:	Ja:	
Individuelt behovsbaserte tjenester planlagt.				4
Formaliteter vedr. personalet sikret.				4
Plan for opplæring og veiledning av personale foreligger.				4
Primærgruppe etableres.				4
Turnus tilrettelagt for klienten utarbeides.				4
Fagadministrative systemer etablert.				4
Plan for evalueringsordning av tjenestetilbudet foreligger.				4

## 5. Aktuelle lover, forskrifter og forvaltningsmessige prinsipper

### 5.1. Lovparagrafer som spesifikt omhandler bistand og bolig

#### Lov om sosiale tjenester

§ 1-1 formålet med denne loven er

- a) å fremme økonomisk og sosial trygghet, å bedre levevilkårene for vanskeligstilte, å bidra til økt likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
- b) bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.

§ 4-3 Hjelp til den som ikke kan dra omsorg for seg selv.

*"Den som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig bistand for å mestre dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp etter § 4-2 bokstav a-d".*

§ 4-3a Rett til individuell plan

Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Planen skal utformes i samarbeid med brukeren, jmf § 8-4.

§ 4-2 De sosiale tjenestene skal omfatte:

- a) praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, til den som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller andre årsaker,
- b) avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid,
- c) støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer,
- d) Plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker.

§ 3-4 Boliger til vanskeligstilte

*"Sosialtjenesten skal medvirke til å skaffe bolig til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpassing og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker."*

§7-5 Kommunens ansvar for boliger med heldøgns omsorgstjenester

*"Kommunen har ansvar for planlegging, etablering og drift av boliger med heldøgns omsorgstjenester for dem som på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker har behov for det".*

*"Flere kommuner kan samarbeide om disse oppgavene. Departementet kan påby slik samarbeid hvis det er påkrevd for å sikre tjenesten."*

*"Kommunen kan inngå avtale med private eiere av boliger med heldøgns omsorgstjenester om at kommunen skal disponere plasser i disse".*

#### §8-4 Plikt å rådføre seg med klienten

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med klienten. Det skal legges stor vekt på hva klienten mener.

#### §8-1 Anvendelse av forvaltningsloven

*"Forvaltningsloven gjelder med de særregler som er fastsatt av loven her. Avgjørelser om tildeling av sosiale tjenester skal regnes som enkeltvedtak."*

#### Forvaltningsloven

##### §2 (definisjoner)

§2a *"vedtak er en avgjørelse som treffes under utøving av offentlig myndighet og som generelt eller konkret er bestemmende for rettigheter eller plikter til private personer."*

§2b *"et vedtak som gjelder rettigheter eller plikter til en eller flere bestemte personer"*.

§§ 16 og 17 bygger på partenes rett til å øve innflytelse på vedtaket.

§ 28 – 36 som omhandler klageadgang, klagefrist, klageinstans og den nærmere fremgangsmåte ved klage.

#### Forskrift om habilitering og rehabilitering

##### §5 Brukermedvirkning

*"Kommunen og det regionale helseforetaket skal sørge for at den enkelte bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud"*.

##### § 8 Planlegging, organisering og samarbeid

*"...Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen"* (Sosial- og helsedepartementet, 2001).

#### **§ 15.** Oppgaver som krever spesialisert tilrettelegging mv.

*"Det regionale helseforetaket skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning av brukere med behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.*

*Det regionale helseforetaket skal videre*

- 1. sørge for trening og oppøving av funksjon og ulike individuelle ferdigheter som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning,*
- 2. sørge for intensiv trening som inngår i individuelle habiliterings-/rehabiliteringsplan, eller som et nødvendig, spesialisert tilbud etter behandling,*
- 3. sørge for tilrettelagt opplæring for brukere som trenger det, og tilrettelegge rammebetingelser som kan bidra til økt mestring."*

#### **§ 16.** Særlig om råd, veiledning og samarbeid

*"Det regionale helseforetaket skal sørge for*

1. råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltbrukere,
2. samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltbrukere og utarbeiding av individuelle planer,
3. generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen, og
4. samarbeide med andre etater når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte.”

### Lov om spesialisthelsetjenesten

#### §2-5 Individuell plan

*”Helseforetaket skal utarbeide en individuell plan for pasienter med langvarige og koordinerte tilbud. Helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene”:*

### Forskrift om individuell plan

#### §1 Virkeområde

*”Forskriften gjelder individuelle planer som skal utarbeides etter bestemmelser gitt i kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven 2-5, psykisk helsevernlov § 4-1 og sosialtjenesteloven § 4-3a”.*

#### §2 Formål

*§2a ”Bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har ansvar for oppfølging av pasienten”*

*§2b ”Å kartlegge pasientens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder samt vurdere å koordinere tiltak som kan bidra til å dekke pasientens bistandsbehov”.*

*§2c ”Å styrke samhandlingen mellom tjenesteytere og pasient og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004).*

### Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten

#### §1 Formål

*”Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel”.*

#### §3 Oppgaver og innhold i tjenestene

*”Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at;*

- tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes.
- Det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten.
- Brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003).

## IPLOS

Systematisert standardinformasjon basert på individopplysninger om søkere og mottakere av kommunale sosial- og helsetjenester. IPLOS skal sikre, gjennom et standardisert sett av opplysninger, et likt vurderingsgrunnlag for søkere og mottakere av kommunale sosial- og helsetjenester. IPLOS skal bidra til bedre kvalitet i saksbehandlingen og i tjenesten, og gi god styringsinformasjon for tjenesten og kommuneledelsen.

Sosial – og helsedepartementet besluttet i mai 2001 å innføre IPLOS i alle landes kommuner i løpet av 3 – 5 år. Sosial- og helsedirektoratet har ansvar for innføring og drift av IPLOS (Rundskriv I – 29/2001).

### Lov om helsepersonell

§ 32 Vedrørende helsepersonels opplysningsplikt til sosialtjenesten

*”Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra sosialtjenesten side, og skal av eget tiltak gi sosialtjenesten opplysninger om slik forhold etter å ha innhentet samtykke fra pasienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt etter §21”.*

### Brukerstyrt personlig assistanse (B.P.A)

Lovendring vedr brukerstyrt personlig assistanse trådte i kraft f.o.m. 01.05.00. Endringen er innarbeidet i Lov om sosiale tjenester § 4-2-a. som nå lyder:

*”De sosiale tjenester skal omfatte:*

a) *”Praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker.”* (Lovendringen er uthevet.)

Lovbestemmelsen innebærer at brukerstyrt personlig assistanse er en ordning kommunene plikter å ha på linje med de andre lovregulerte tjenestene etter Lov om sosiale tjenester. Tildeling av brukerstyrt personlig assistanse skal vurderes på samme måten, og innenfor de samme rettslige rammene som de andre tjenestene i lovens § 4-2, jfr. § 4.-3 (Rundskriv I- 20/2000).

## **5.2. Andre aktuelle lover, rettigheter og retningslinjer**

### Vergemålsloven

§90 a Oppnevning av hjelpeverge:

Før oppnevning kan finne sted, må flg. foreligge:

1. Begjæring om oppnevning fra person eller organ som kan begjære umyndiggjøring eller fra ansvarlig lege (fastlege) eller tilsynslege ved helseinstitusjon hvis vedkommende er innlagt.
2. Legeerklæring som omfatter vurdering av vedkommendes tilstand og behov for hjelpevergeoppnevning.
3. Samtykke fra vedkommende selv dersom innhenting av samtykke er mulig og tilrådelig.

Hjelpevergens funksjoner:

1. Økonomisk bistand: Dette innebærer at hjelpevergen skal bistå i økonomisk forvaltning som omfatter personlig formue, f.eks. fra arv, inntekter som trygdeytelser og inntekter fra arbeid. Behov for hjelpeverge kan også være til stede for å

bistå til å etablere gode rutiner for disponering av egne midler og oppfølging av dette.

2. Rettslig stedfortreder: Dette innebærer bl.a. å stille som representant ved rettssaker, i klageoverprøvingssaker o.a. hvor vedkommende er part.
3. Personlig råd og veiledning: Her kan hjelpeverge være bistandsperson f.eks. i forbindelse med viktige hendelser / avgjørelser så som utflytting fra institusjon, anskaffelse av egen bolig, fremme krav om offentlige tjenester m.m.

Ved oppnevning av hjelpeverge skal det fremgå om hjelpevergen skal ivareta vedkommendes anliggender i sin alminnelighet eller i enkelte særlige anliggender. Bestemmelsen krever m.a.o. at det skal tas klart stilling til myndighetsområdet, og at dette ikke bør gjøres mer omfattende enn nødvendig. Myndighetsområdet kan begrenses både m.h.t. tid og saksområde, og når grunnlaget for hjelpevergeoppnevningen (ev.) er bortfalt, skal ordningen oppheves.

Vergemålsloven er under omarbeiding. Nytt lovverk er ventet i løpet av få år.

#### Rapportering til Helse og sosial direktoratet om formalvedtak – utløsning av midler

Kommunen får et årlig overføringsbeløp fra staten for alle mennesker med utviklingshemming som det etter helse- og sosiallovgivningen er gjort et kommunalt forvaltningsvedtak i forhold til. Beløpet er pr. 2005 for personer under 16 år kr. 84 700 og for personer over 16 år kr. 422 300. Beløpet er ikke øremerket.

I tillegg får kommunene delvis dekning for netto lønnsutgifter over 725 000 kroner pr. tjenestemottaker. Tilskuddsmodellen er laget slik at kommuner med høye utgifter i forhold til innbyggertallet får dekket en forholdsvis større andel av sine utgifter enn kommuner med lavere utgifter. På landsplan får kommunene dekket 80 prosent av utgiftene over 725 000 kroner (Rundskriv IS – 7/2005).

#### Økonomiske ordninger

Folketrygden har ingen spesielle bestemmelser gjeldende mennesker med psykisk utviklingshemming. De vil imidlertid vanligvis være berettiget til en eller flere av trygdens generelle stønadsformer (Lov av 28.02.97 om Folketrygd). Henvendelse om de ulike stønadene skjer ved henvendelse til det enkelte trygdekontor. Attføring etter kap. 10 og 11 er nå overført til Aetat.

Av ytelser skal spesielt nevnes:

1. *Uførepensjon* p.g.a. nedsatt arbeidsevne til personer over 18 år. (kap. 12).
2. *Attføringshjelp* kan ytes til personer når dette anses hensiktsmessig for at vedkommende skal være i stand til å skaffe seg eller beholde høvelig arbeid. Det gis ytelser under medisinsk rehabilitering (kap. 10) og ytelser under yrkessrettet attføring (kap. 11).
3. *Hjelpestønad* kan ytes hvis vedkommende har særskilt behov for privat tilsyn og pleie. Hjelpestønad ytes etter forskjellige satser, avhengig av bistandsbehovet. Forhøyet hjelpestønad ytes ikke til personer som har fylt 18 år (kap. 6).
4. *Grunnstønad* kan ytes når sykdom, skade eller lyte medfører ekstrautgifter av betydning. Grunnstønad har også flere satser, avhengig av utgiftenes størrelse (kap. 6).
5. *Ytelser under medisinsk rehabilitering* – kap. 10, §10-6 Stønad til

bedring av funksjonsevnen i dagliglivet kan ytes i den utstrekning det anses nødvendig og hensiktsmessig for å bedre den trygdedes evne til å klare dagliglivets situasjoner (§ 10-7).

Et medlem som fyller vilkårene i § 10-5 eller 10-6, kan få stønad i form av utlån av, tilskott til eller lån til:

- a) hjelpemidler, herunder skolehjelpemidler
- b) høreapparat
- c) grunnmønster til søm av klær
- d) førerhund
- e) lese- og sekretærhjelp for blinde og svaksynte som er i arbeid, under arbeidstrening, eller under utdanning, eller som deltar i organisasjonsvirksomhet eller politisk eller sosialt arbeid
- f) tolkehjelp for hørselshemmede
- g) tolke- og ledsagerhjelp for døvblinde
- h) motorkjøretøy eller annet transportmiddel

6. *Bostøtte* er et tilskudd fra Husbanken og skal blant annet sikre personer med nedsatt funksjonsevne en god og hensiktsmessig bolig. Ordningen er behovsprøvd. Det er et krav at personen mottar grunn- eller hjelpestønad eller en trygdeytelse til livsopphold (uførepensjon, attførings- eller rehabiliteringspenger) ([www.husbanken.no](http://www.husbanken.no)). Personer som får uførepensjon før fylte 26 år, får bostøtte etter reglene om "unge uføre". En forutsetning for å få bostøtte i et bofelleskap er at alle har en selvstendig boenhet, dvs. at den enkelte har egen inngang, at enheten er atskilt fra annen bolig, og at den inneholder eget oppholdsrom, soverom, kjøkken og sanitærrom. Husbanken anser 40 m<sup>2</sup> som et minimumsareal for å dekke disse funksjoner (NFPU, nåværende NFU, brev 25.05.88).

### 7. *Tilskudd til oppføring av egen bolig*

For voksne mennesker med utviklingshemming er det en målsetting å utvikle i tilstrekkelig antall et variert og nivådifferensiert boligtilbud etter rimelig geografisk fordeling. I normaliseringen av livssituasjonen for mennesker med utviklingshemming er løsningen av boligspørsmålet sentralt. Ot.prp. nr. 49 (1987-88) berører boligforhold i kap. 6.5.5 hvor det bl.a. påpekes:

*"Det er derfor viktig å understreke at en person med psykisk utviklingshemning som trenger bistand til å skaffe seg bolig, er en selvstendig person som bør få bistand på linje med andre vanskeligstilte boligsøkere i kommunen. Den enkelte må få status og rettigheter som eier av sin bolig, ikke som innlosjert klient".*

Det påpekes et annet sted - kap. 5.2. at:

*"En bør her legge til grunn de samme krav til boligstandard som for andre mennesker. Også gruppeboliger må gi hver enkelt beboer mulighet for privatliv. Boliger som ikke har den standard som er vanlig i dag, må anses som uaktuelle som varige boliger".*

### Statlige lån og tilskudd (Husbanken):

*Boligtilskudd til etablering* kan gis til hel eller delvis dekning av egenkapital ved etablering av egen bolig, oppføring av ny bolig, kjøp av brukt bolig eller utbedring av bolig. Tilskuddet er strengt behovsprøvd og det forutsettes fysisk eller psykisk funksjonsnedsettelse og at man er varig økonomisk vanskeligstilt.

*Boligtilskudd til tilpasning* kan gis til spesialtilpasning, mindre utbedringer av boligen og garasje. Det kan også gis ved oppføring eller kjøp av ny bolig. Ordningen er behovsprøvd.

*Prosjekteringstilskudd* kan gis til arkitektutgifter for personer med nedsatt funksjonsevne.

*Oppføringslån* skal bidra til å dekke behovet for nye, gode og nøkterne boliger. Oppføringslån har et lånetillegg som blant annet gis til personer med nedsatt funksjonsevne.

*Utbedringslån* skal stimulere til fornyelse av boliger og bomiljø.

*Startlån* kan gis til enkeltpersoner som har vanskeligheter med å etablere seg på boligmarkedet på grunn av dårlig økonomi.

Andre tilskudd:

*Kommunalt boligtilskudd* kan gis i tillegg til de statlige bostøtteordningene. Disse er samordnet med den statlige bostøtten. Kommunalt boligtilskudd gis til trygdede. Mottakerne må ha uførepensjon ([www.husbanken.no](http://www.husbanken.no)).

### Rikstrygdeverkets ordninger

*Tekniske hjelpemidler.* Det utvikles stadig tekniske hjelpemidler som kan bidra til at mennesker med psykisk utviklingshemning fører et mer selvstendig og aktivt liv. Tekniske hjelpemidler kan brukes både i boligen, i skolesammenheng, i arbeidslivet og i fritiden (Lov om folketrygden § 10-7).

*Transportordning for funksjonshemmede.*

Denne gjelder tilskudd til reiseformål som ikke dekkes av skoleskyssordning, trygdekontor eller andre offentlige organer. Det dreier seg om transport med drosje for mennesker med funksjonshemning som ikke kan benytte ordinære kollektive transportmidler.

*Stønad til kjøp av bil( § 10-7 h).*

Rikstrygdeverket har egne ordninger for støtte til bilanskaffelse for funksjonshemmede personer. Det lokale trygdekontoret gir nærmere opplysninger og hjelp til å sette fram kravet.

### Arbeidsmarkedstiltak:

Aetat har et hovedansvar for sysselsettingspolitikken og utvikling av arbeidstiltak for psykisk utviklingshemmede. Utvikling av egnede arbeidstilbud vil likevel måtte forutsette kommunalt engasjement og medansvar, og Aetat vil være innstilt på at det lokalt tas initiativ til å få etablert formelle samarbeidsfora mellom kommune, arbeidskontor og øvrige lokale initiativtakere med sikte på å gi tilbud til funksjonshemmede innenfor etatens ansvarsområde.

Aetat kan gi følgende hovedformer for bistand:

1. Allmenn bistand i attføringsarbeid (arbeidsforberedende trening, arbeidsutprøving og arbeidsplassering),
2. Tiltak gjennom ordinære arbeidsmarkedsbedrifter (AMB),
3. Tiltak av mer varig sysselsettingskarakter basert på at den enkelte opprettholder trygdeytelser - arbeidssamvirke – ASV,
4. Arbeid med bistand:

Arbeid med bistand har som målsetting å skaffe yrkeshemmede personer arbeid i et ordinært arbeidsmiljø med et ordinært arbeidsforhold. I dette ligger det man har et positivt syn på hva



arbeidshemmede mennesker er i stand til å utføre ([www.aetat.no](http://www.aetat.no)).

Sysselsettingstiltak i kommunal regi:

Dagaktivitetstilbud:

Ot.prp. 49 (1987-88) omhandler i kap. 6.5.9 dagaktivitetstilbud:

Av beskrivelsen i dette kapitlet framgår at kommunene bør organisere dagaktivitetstiltak for voksne med psykisk utviklingshemning som ikke har arbeid.

Dagaktivitetene bør omfatte virksomheter som tar sikte på:

- kvalifisering i forhold til dagliglivets krav
- velferds- og trivselstiltak som primært er tilbud om sosial deltaking.

## LITTERATURLISTE

Beck, C. & Grue, L. (red) (1984): *Å, lykkelige ungdomstid? Nyere norsk samfunnsforskning om ungdom*. Universitetsforlaget.

Bengtsson, S. & Middelboe, N. (2001): *Der er ikke nogen, der kommer og fortæller, hvad man har krav på*. Sosialforskningsinstituttet, Danmark.

Center for Ligebehandling af Handicappede. (2003): *Retten til en ungdom. Afrapportering fra konference, november 2002*. København [www.clh.dk](http://www.clh.dk).

Elster, E. & Hegerstrøm, T. (red)(1995): *Kommunale hjemmetjenester: Mangfold og muligheter*. TANO.

Habiliteringstjenesten for voksne Hedmark (2005): *Brukerhåndbok – En orientering om tiltak for mennesker med utviklingshemming i Hedmark*. Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Habilitering og rehabilitering.

Helse- og omsorgsdepartementet (2003): *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenestene i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv*. Forskrift av 2003-06-27 nr. 792.

Helse- og omsorgsdepartementet (2004): *Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven*. Forskrift av 2004-12-23 nr 1837).

Kittelsaa, A. (2005): Når de voksne skal ha litt fri. *Embla* nr. 1-05. s.17-25.

Lindsø Larsen, P: Ikke blot et hus – men et hjem. *Vipu-Viden*, årg 5, nr. 1. s. 10-17.

moynahan, I. m.fl (1994): *Min historie*. Haugtussa forlag.

Nilsson, B. & Lühr, E. (red). (1999): *Ungdomstid, funksjonshemming, løsrivelse*. Kommuneforlaget.

Olsen, A.G.: *Kartlegging av bistandsbehov ved flytting i egen bolig*. Sykehuset Innlandet HF, Divisjon for Habilitering og rehabilitering, Habiliteringstjenesten for voksne, Hedmark.

Ot.prp. nr. 49 (1987-1988): *Midlertidig lov om avvikling av institusjoner og kontrakter om privatpleie under det fylkeskommunale helsevern for psykisk utviklingshemmede*.

Rundskriv I – 15/2005: *Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) – utvidelse av målgruppen*.

Rundskriv I - 20/2000 til lov om sosiale tjenester mv. *Brukerstyrt personlig assistanse*.

Rundskriv I – 29/2001: *Dokumentasjons- og saksbehandlingsverktøy for pleie- og omsorgstjenesten – individbasert pleie- og omsorgs- statistikk (IPLOS) i KOSTRA*.

Rundskriv I – 43/1999: *Ansvar for å yte pleie- og omsorgstjenester til sterkt pleietrengende ved flytting mellom kommuner.*

Rundskriv I – 3/2004: *Samarbeid mellom tjenesteytere som gir tilbud til barn og unge under 18 år med nedsatt funksjonsevne – bruk av individuell plan.*

Rundskriv IS – 7/2005: *Rapportering om ressurskrevende brukere – tilskuddsordning.*

Sosial- og helsedepartementet (2001): *Forskrift om habilitering og rehabilitering. I – 1032 B.*

Sosial- og helsedirektoratet (2005): *Individuell Plan 2005 – Veileder til forskrift om individuell plan. IS - 1253.*

Statens helsetilsyn (1998): *Veileder i habilitering av barn og unge. IK 2614.*

Strøm, E. (2005) På vei til et selvstendig liv. *Embla* nr. 6-05. s. 10.

Sørheim, T.A. (2000): *Innvandrere med funksjonshemmede barn i møte med tjenesteapparatet.* Gyldendal Norsk forlag A/S.

Wehn, I. & Sommerschild, H. (1991). *Når funksjonshemmede barn blir ungdom: forløpet i familien med spesielt henblikk på psykisk utviklingshemning.* Tano.

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

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

[www.nfunorge.org](http://www.nfunorge.org)

Lovtekster er, der ikke annet er anført, sitert fra: [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

## ANBEFALT LITTERATUR OG RESSURSER

Arbeids- og sosialdepartementet (2005): *Strategiplan for familier med barn som har nedsatt funksjonsevne*.

Bø, I. (1996): *Foreldre og fagfolk: samarbeid i barnehage og skole*. Tano Aschehoug.

Bollingmo, L, Høium, K. & Johnsen, B.E (red) (2004): *Det er mitt liv: Brukermedvirkning og nye hjelperoller i habilitering og rehabilitering*. Universitetsforlaget.

Center for ligebehandling af handicappede.(2003): *"Overgang fra barn til voksen-kunsten at flytte hjemmefra"*. Prosjektrapport. København [www.clh.dk](http://www.clh.dk).

Dalbye, M. (2002): Syn og viten. "Brukermedvirkning og brukerinnflytelse". *SOR Rapport nr. 3 2002* s. 24 – 25.

Davis, H. & Marlow, N. (1995): *Rådgivning til foreldre med kronisk syke og funksjonshemmede barn*. Ad notam Gyldendal.

Dehli, G. (2004): Selvbestemmelsens dilemma – individualitet og fellesskapsdimensjon. *SOR Rapport nr. 5 2004*. s. 18 – 24.

Grue, L. (1993): *Vanlige familier, uvanlige barn: en bok om familier med funksjonshemmede barn*. Ad Notam.

Gundersen, K. & moynahan, I. (2006): *Nettverk og Sosial Kompetanse*. Universitetsforlaget.

Habiliteringstjenesten Seksjon Barnehabilitering, (2004): *Habilitering for livet – en overordnet tjenestemodell*. Prosjektrapport. Sykehuset Østfold HF.

Hinsch, N. & Øyslebø, E. (2005): Læreprosess med ringvirkninger. *Embla nr. 2*. s. 24 – 30.

Lorentzen, P (2006): *Slik man ser noen: faglighet og etikk i arbeid med utviklingshemmede*. Universitetsforlaget.

Löfgren-Mårtenson, L. (2003): Får jag lov? Om sexualitet och kärlek i den nya generationen unga med utvecklingsstörning. *Skriftserien 2003:4* Göteborgs Universitet.

Mæland, J.G. (2004): *Veileder i trygdemedisin 2004 – 2005*. Gyldendal akademisk.

Norges handikapforbund (1997): *Veien mot ny bolig. En veileder for brukere og fagfolk*.

Offernes, N. Ø., Kvan, G., Lindberg, M. & Amundsen, I.G. (2004): *Modell for måling av kvalitet. Hva kjennetegner gode pleie- og omsorgstjenester?* SOR - prosjekt i samarbeid med Avdeling for voksenhabilitering, Ullevål sykehus.

Senter for sjeldne sykdommer og syndromer, (1994): *Den sjeldne katalogen*. Rikshospitalets smågruppesenter, Oslo

Sosial – og helsedirektoratet, (2005): *Veileder for saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester*, IS - 1040.

Stubrud, L.H. (2001): *Utviklingshemning i et økologisk perspektiv*. Universitetsforlaget.

Thompson, T. et.al (1996): Architectural Features and Perception of Community Residences for People with Mental Retardation. *American Journal of Mental Retardation*, Vol. 101, No. 3, s.292 – 313.

Thompson, T. et.al(1996): Interdependence of Architectural Features and Program Variables in Community Residences for People with Mental Retardation. *American Journal of Mental Retardation*. Vol. 101, No. 3, s. 315 – 327.

Willumsen, E. (red) (2005): *Brukernes medvirkning: kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Universitetsforlaget .

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

[www.familienettet.no](http://www.familienettet.no) Anbefalt nettsted som kommer i drift på nyåret 2007. Nettstedet er blitt til gjennom et samarbeid mellom foreldre, representanter fra FFO, SAFO, Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring, Sosial- og Helsedirektoratet og fagfolk med forskjellig bakgrunn og erfaring. Dette nettstedet betyr at foreldre og andre har en kanal til informasjon, erfaringsutveksling og kunnskapsformidling.

## VEDLEGG 1:

### Sjekkliste 1

1. Saksgang fra HJEM til HJEM				
Oppgave	Ansvarlig instans	Utført		Jfr. Kap.
	Navn:	Ja:	Nei:	
Koordinerende fagperson valgt				1.1
Ansvarsgruppe etablert				1.2
Foresatte gjort kjent med tanken om at det er 5 år til barnet er 18 og at planer for flytting kanskje bør innlemmes i IP. (Ved ca 13 års alder)				1.3
Kontakt med voksenhabilitering etablert				1.3
Individuell plan utarbeidet				1.3

## VEDLEGG 2:

### Sjekkliste 2

2. Kartlegging av ønsker, behov og forutsetninger.				
Oppgave	Ansvarlig instans	Utført		Jfr. Kap.
		Navn:	Ja:	
Diagnostisering og kartlegging av generelt funksjonsnivå utført.				2.1
Eventuelle spesielle behov i forhold til kulturbakgrunn avdekket.				2.1
Eventuelle behov i forhold til medisinsk behandling og oppfølging avdekket.				2.1
Klientens eventuelle behov for økonomiske endringer avdekket.				2.1
Klientens behov for transportordninger avdekket.				2.1
Klientens eventuelle behov i forhold til sosialt nettverk og fritidsaktiviteter avdekket.				2.1
Klientens eventuelle behov for hjelpeverge avdekket.				2.1
Ulike boalternativer vurdert. Foretatt en konsekvensvurdering av valg av type bolig.				2.4
Type botilbud bestemt.				2.4
Eventuelle behov for hjelpemidler og tilpasninger i bolig avdekket.				2.1
Utforming og innredning av bolig bestemt				2.4
Avklaring av hvilke type tjenester klienten har behov for og omfanget av disse.				2.4
Endringer ført inn i individuell plan.				2.4 1.3
Enkeltvedtak som beskriver omfang og type tjenester avklart i god tid før utflytting.				2.4 1.4

## VEDLEGG 3:

### Sjekkliste 3

<b>3. Gjennomføring</b>				
<b>Oppgave</b>	<b>Ansvarlig person</b>	<b>Utført</b>		<b>Jfr. Kap.</b>
	Navn:	Ja:	Nei:	
Samarbeid barn- og voksenhabiliteringen etablert				3.2 1.3
Kurs for klienten og pårørende. Samarbeid barn- og voksenhabiliteringen.				3.2
Foreldrene fått tilbud om å møte andre i samme situasjon.				3.2
Foreldre som ikke ønsker å delta på – eller har fått tilbud om kurs, har mottatt informasjon om rettigheter og ytelser på andre måter.				3.2 1.1.1
Fremtidig habilitering planlagt.				3.1 2.0 1.3 2.1 2.4
Fritidsaktiviteter planlagt.				3.4
Støttekontakt vurdert				3.4
Skole/folkehøyskole planlagt.				3.3
Arbeidstilbud planlagt				3.4



## VEDLEGG 4:

### Sjekkliste 4

4. Forutsetninger for å lykkes - kompetent tjenesteyting				
Oppgave	Ansvarlig person	Utført		Jfr. Kap.
		Ja:	Nei:	
Individuelt behovsbaserte tjenester planlagt.				4
Formaliteter vedr. personalet sikret.				4
Plan for opplæring og veiledning av personale foreligger.				4
Primærgruppe etableres.				4
Turnus tilrettelagt for klienten utarbeides.				4
Fagadministrative systemer etablert.				4
Plan for evalueringsordning av tjenestetilbudet foreligger.				4

## VEDLEGG 5

Vanlige spørsmål:

1. Kan jeg flytte til den kommunen jeg vil?

Ja, alle velger selv hvor det passer best å bo.

2. Hvordan går jeg fram?

Ta kontakt med den kommunen du ønsker å flytte til, be om å få snakke med en saksbehandler innen Pleie - og omsorgstjenestene og legg fram saken din.

3. Kan jeg be om utredninger for å få de rammene jeg trenger?

Ja, du kan be om å få oppnevnt en koordinator som skal bistå deg i å få utført de nødvendige utredningene.

4. Kan jeg selv kreve vedtak på tjenester?

Ja, det kan du.

5. Hvis foreldrene mine har mottatt omsorgslønn, finnes det støtteordninger eller overgangsordninger for dem da omsorgslønnen opphører?


Det er opp til den enkelte kommune og finne gode løsninger. Et samarbeid mellom ulike etater (nå innen NAV) kan finne midlertidige løsninger.

6. Får man pensjonspoeng av å motta omsorgslønn?

Ja, det får man.

7. Hva slags muligheter har jeg innen bo - markedet?

- kommunal utleiebolig/omsorgsleilighet
- kjøpe egen leilighet
- leie egen leilighet
- bygge selv
- bygge sammen med noen



**Helse Øst RHF** (regionalt helseforetak) er en av fem statlige helseforetaksgrupper og har fra 1.1.2002 ansvar for spesialisthelsetjenestene i Oslo, Akershus, Oppland, Hedmark og Østfold.

Helse Øst er landets største helseregion med 1,7 millioner innbyggere som er drøyt 35 prosent av landets befolkning. Helse Øst-gruppen har 31 000 medarbeidere og et årlig budsjett på 25 milliarder kroner.

Helse Øst RHF er den strategiske og administrative enheten som har det overordnede ansvaret for sykehustilbudet i regionen, og er eier av helseforetakene i hele regionen.

Helse Øst RHF holder til på Hamar og har omlag 50 medarbeidere.

**Virksomheten er organisert** i ett morselskap; Helse Øst RHF og 8 datterselskap (7 helseforetak og ett apotekselskap som eies sammen med Helse Sør RHF).

Dette utgjør Helse Øst-gruppen:

- Aker universitetssykehus HF
- Akershus universitetssykehus HF
- Sunnaas sykehus HF
- Sykehuset Asker og Bærum HF
- Sykehuset Innlandet HF
- Sykehuset Østfold HF
- Ullevål universitetssykehus HF
- Sykehusapotekene ANS

Private ikke-kommersielle sykehus som Helse Øst har avtale med:

- Diakonhjemmet Sykehus AS
- Revmatismesykehuset AS
- Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
- Martina Hansens Hospital AS

I tillegg leveres sykehustjenester i regionen av privateide sykehus og privatpraktiserende spesialister etter avtale med Helse Øst RHF



**HELSE ØST**

Postboks 404 – 2303 Hamar  
Telefon 62 58 55 00  
postmottak@helse-ost.no  
www.helse-ost.no