Rapport

SAMORDNINGSRÅDET (SOR) Nr. 1 - 1997 - 43. årgang



- Ansvarsreformen er ikke avsluttet!
- Etiske problemstillinger i frivillig og profesjonelt arbeid
- SOR's representantskapsmøte

Rapport nr. 1 - 97

Utgiver: SAMORDNINGSRÅDET – Råd for samordning av humanitært og yrkesmessig arbeid for mennesker med psykisk utviklingshemming.

Leder: Orvar Thorsrud, Lyngvn. 8, 2312 Ottestad, tlf. 6257 6248

Sekretær: Tormod Mjaaseth, Hamreheia 17, 4631 Kristiansand S.
Tlf. 3809 4170, Fax 3809 4173

Redaktør: Leder i Samordningsrådet
Red.komité: Orvar Thorsrud, Tormod Mjaaseth og Gunnar Brekke Fax: 55 31 50 56

Rapport kommer ut med 6 nummer i året.
Abonnementspris kr. 125,– pr. år.

ABONNEMENT/ADRESSE-FORANDRINGER:
Sekretariatet, Hamreheia 17,
4631 Kristiansand S.
Tlf. 3809 4170, Fax 3809 4173
Bankgiro: 1813.10.53580
Postgiro: 0808 5094735

Annonser:
RAPPORT
Søndre Torv 2B
3500 Hønefoss
Tlf. 3212 1870
Bankgiro: 2320.07.17384
Postgiro: 0826 0707273

Manuskripter:
Sendes sekretariatet

SOR's Forskningsfond:
Gunnar Brekke
Gutenbergsvei 23, 5035 Bergen
Tlf. 5531 4116 (privat)
Fax. 55 31 50 56

Trykk:
Holmestrand Handelstrykkeri as
3080 Holmestrand

INNHOLD I DETTE NUMMER:

Leder 1

Ansvarsreformen er avsluttt – hva nå?
av statssekr. Finn Grønseth 2

Samordningsrådets representantskapsmøte Oslo nov. 96 16

Etiske probelmstillinger i frivillig og profesjonelt arbeid i forhold til funksjonshemmede
av fagsjef Lillian Skullerud 28

Klipp fra min nye hverdag 34

Program for konferanse om aldring hos mennesker med psykisk utviklingshemming juni '97 35

Ansvarsreformen er ikke avsluttet

I utvetydige ordelag har statssekretær Finn Grønseth, sagt at ansvarsreformen ikke er avsluttet. Han gir to grunner:

- Det gjenstår fortsatt utviklingsarbeid på viktige områder.
- Det gjenstår fremdeles forhold som skal reguleres etter midlertidig lov om avvikling av HVPU - f.eks. klagerett etter utskrivingsvedtak.

Dette må bety at regjeringen fortsatt vil styrke reformens økonomiske forutsetninger og gjennom økonomiske og andre virkemidler, prioritere særlig forsømte områder.

1997 skal altså stå for nok ett år med reform og dermed resultater som betyr økt rettssikkerhet, bedre levekår og livskvalitet for personer som hittil i reformprosessen ikke har fått optimale tiltak og tjenester.

Kanskje dette resonnementet er å tolke statssekretærens utsagn for vidt, ettersom noen avgjørende forhold ligger utenfor regjeringens beslutningsmyndighet og kontroll , dette gjelder spesielt:

- selve integreringsprosessen - som f.eks. samhandling mellom personer med psykisk utviklingshemming og «folk flest».
- samarbeidsforhold totalt sett - både i yrkesmessig sammenheng, i forhold til brukerne og mellom forvaltningsorganene/etatene.

Forutsetningene for reformen er en utvikling i samsvar med idealet/intensjonen:

Helhetlige tjenester som forutsetter tverretatlig (ansvar og) samhandling i planprosess og gjennomføring av tiltak og tjenester, profesjonell samhandling i tjenesteyting og åpne kanaler i alle ledd for brukermedvirkning.

Helhetlige tjenester er mangelfullt utviklet og til dels fraværende i store deler av landet - forklaringsmodellen er blitt institusjonstenkning i kommunale planprosesser m.v. og profesjonskonflikter i tjenesteproduksjonen.

Denne forklaringsmodellen er ikke holdbar - snarere en maskering av underliggende og reelle årsaker som f.eks. uklare personalpolitiske forhold, manglende trygghet og kompetanse i tjenesteyting og stort fravær i brukermedvirkning.

Det gjenstår utviklingsarbeid på mange områder - hva bør prioriteres?

To områder skiller seg ut i forhold til sikre resultater på tampen av reformen:

- Personalutvikling
  som innebærer både gjennomgang av personalpolitiske forhold og økt kompetanse i tjenesteyting. Målet er trygge medarbeidere og en ledelse som er forutsigbar.
- Brukermedvirkning
  som handler om respekt for brukerne. Det er bare i samarbeid med brukerne en kan definere treffsikre tiltak og tjenester og dermed skape nødvendig legitimitet for tiltak og tjenester slik de utformes.

Det blir spennende å se hvilke resultater reformen ender ut med i 1997.

GB



Statssekr. Finn Grønseth

Ansvarsreformen er avsluttet – hva nå?

Av Statssekretær Finn Grønseth, Sosial- og Helsedepartementet.

«Ansvarsreformen er ikke avsluttet» ble et hovedpoeng i statssekretær Finn Grønseths foredrag under SORs Årskonferanse på Lillehammer i oktober 1996. Årskonferansen hadde som hovedoverskrift: Veien videre - Sosialpolitiske prioriteringer etter HVPU-reformen. Rapport satser på verdifull informasjon og gjengir derfor Statssekretærens foredrag i sin helhet.

Dere har gitt meg en tittel på foredraget som skulle tyde på at ansvarsreformen er avsluttet.

Sett fra mitt ståsted er det imidlertid ikke tilfelle. For det første vil det alltid, hvor langt vi enn kommer og hvor mange reformer vi gjennomfører, fortsatt være behov for å drive utviklingsarbeid. For det andre er den spesielle reformen som startet med Lossiusutvalgets innstilling i 1985 og St.meld.nr.67(1986/87) Ansvar for tiltak og tjenester for psykisk utviklingshemmede, på flere områder ennå ikke avsluttet. Jeg skal komme inn på de viktigste av disse områdene noe senere. Men før jeg gjør dette vil jeg minne om målsettingene og hensikten med reformen - og om de dimensjoner den har hatt.

Formålene med reformen var, slik det ble formulert i loven, å bedre og normalisere levekårene for mennesker med psykisk utviklingshemming; å legge forholdene til rette for at personer med psykisk utviklingshemming så langt som mulig kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre ; å fremme en avvikling av institusjonsomsorgen og fremme utvikling av alternative tilbud.

Det er, som dere vet, en omfattende reform som angår mange: brukerne av HVPU, hjemmeboende psykisk utviklingshemmede, pårørende, personell, kommuner, fylkeskommuner og staten. Det ble satt i verk en rekke tiltak. Ett av disse var at kommunene overtok ansvaret for alle dem - vel 5000 personer - som bodde i institusjoner under Helsevernet for psykisk utviklingshemmede. I tillegg kom de som kommunene allerede hadde et ansvar for og som kommunene i varierende grad hadde gitt et tilbud til. I siste statsbudsjett regner vi med at kommunene totalt har ansvar for omlag 19 000 personer med psykisk utviklingshemming. Helt nøyaktig er tallet: 19 200, som er 600 flere enn i 1995.

Det ble under den mest hektiske reformperioden satt mye inn på å styrke kommunene. Uten en slik styrking ville ikke reformen kunne realiseres. Det ble i tråd med normaliseringsprinsippene lagt vekt på å ansvarliggjøre alle kommunenes sektorer. Det var bl.a. viktig at tilbudene til psykisk utviklingshemmede ikke bare skulle være et tilbud i helse- og sosialsektoren.

Forskeren Johans Tveit Sandvin har kalt reformen for velferdsstatens vendepunkt. Med det mener han bl.a. at den representerer en vending bort fra viktige tendenser i dette århundre, slik som sentralisering, institusjonalisering og spesialiserte tjenester.

Kommunalisering og normalisering er også betegnelser som er blitt brukt for å beskrive målsettingene for reformen. Hvordan har det så gått med organisering og innhold i tjenestene ? Ut fra resultatene fra evalueringen og fra de data vi i departementet selv har hentet inn, vil jeg si følgende:

ORGANISERING OG INNHOLD I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE

Kommunene har i det store og hele fulgt opp reformen. Det er bygget boliger og utviklet omsorgstjenester for mennesker med psykisk utviklingshemming. Det er likevel betydelige uløste oppgaver både i forhold til de ulike tiltak som er nødvendige for psykisk utviklingshemmede og mer generelt i pleie- og omsorgssektoren.

Denne sektoren gir tjenester til eldre, syke og funksjonshemmede. Den påvirkes av den sosiale, demografiske og økonomiske utvikling i samfunnet. Bl.a. vil økningen av eldre som trenger hjelp legge føringer på utvikling av tiltak og tjenester. Samlet viser nå pleie- og omsorgsstatistikken at ressursinnsatsen og økningen i antall årsverk innen sektoren for tiden ikke holder tritt med befolkningsutviklingen. Det fører til strengere prioritering av de personer som har størst behov. Derfor er det en tendens til at færre mottar tjenester, men hver mottaker får mer tjenester.

Samtidig som vi ser at det i noen kommuner blir kuttet ned på tiltak for psykisk utviklingshemmede, ser det likevel ut til at disse tiltakene er mer skjermet enn tiltak for andre mottakergrupper.

Vi registrerer imidlertid at i en del kommuner vurderer en det slik at andre grupper, først og fremst personer med psykiske problemer, nå har de største behov når det gjelder kommunale tjenester. Ikke så få helse- og sosialsjefer mener at reformen har gått på bekostning av andre grupper.(Sandvin, 96) I dette ligger store utfordringer: hvordan kan vi utvikle hele sektoren slik at alle brukere, også personer med psykisk utviklingshemming, kjenner trygghet for at de får de tjenester de trenger.

Når en sammenligner ulike gruppers levekår og livskvalitet er det av stor betydning hvem vi sammenligner med. Er det befolkningen generelt, eller er det ulike grupper eldre, syke og funksjonshemmede. Ut fra en sammenligning med befolkningen generelt kommer funksjonshemmede dårlig ut; og i det ligger en spore til videre reform.

Hvis vi derimot sammenligner ulike grupper av tjenestemottakere med hverandre, vil interessen for reform og forbedring være mindre. I verste fall vil en slik tankemodell sette svake grupper opp mot hverandre. Det vil vi ikke.

Andre utfordringer ligger i utformingen og organiseringen av tjenestene.

De fleste kommunene valgte under ansvarsreformen formelle organisasjonsmodeller der tjenestene til psykisk utviklingshemmede ble administrativt integrert i pleie- og omsorgstjenesten. Likevel representerer dette bare delvis integrering fordi kommunene oftest organiserte tjenestene til psykisk utviklingshemmede i egne seksjoner som bare gir tjenester til psykisk utviklingshemmede eller funksjonshemmede. Det vil si at de som arbeider i forhold til eldre og de som arbeider i forhold til funksjonshemmede i det daglige ikke arbeider sammen og utfyller hverandres kompetanse.

Det er nok flere grunner til at vi får slike ordninger. En åpenbar grunn er at det er enklere for alle parter å la en ny gruppe av tjenesteytere bli en egen seksjon eller avdeling. På kort sikt er dette særlig «fordelaktig» for yrkesgrupper som representerer ulike kulturer og som er vant til å arbeide for seg selv uavhengig av annen kompetanse. De som tidligere har arbeidet vesentlig i forhold til eldre kan fortsette med det. De nye som skal arbeide i forhold til psykisk utviklingshemmede kan etablere seg uten store profesjonskonflikter i forhold til de etablerte. En slik organisering gjenspeiler vel også generelle holdninger i befolkningen.

Personer med psykisk utviklingshemming er synliggjort og akseptert, men de er samtidig annerledes og for seg selv.(Romøren,-96)

Mange pårørende og ansatte i tjenesten for psykisk utviklingshemmede ser ikke store problemer med en slik organisering. Det er likevel lite trolig at en slik organisering kan overleve i det lange løp. Det skyldes at kommunene neppe vil kunne akseptere to parallelle tjenester innenfor omsorgstjenesten med f.eks. separate bakvakt- og beredskapsordninger.

Hensynet til effektiv utnyttelse av knappe ressurser, både faglige og økonomiske, vil etter hvert presse fram en mer reell integrering av tjenestene. Vi skal ikke være engstelige for det. En slik utvikling vil være i tråd med prinsippene for reformen og de råd departementet har gitt til kommunene. Det vi skal være virkelig engstelige for, er at integreringen av tjenester for eldre og funksjonshemmede ikke skjer på brukernes premisser, og i verste fall resulterer i destruktive profesjonskamper mellom miljøpersonell og medisinsk orienterte yrkesgrupper.

Det blir viktig å møte også økonomiske utfordringer med kreativitet og nytenkning. For det trenger vi om vi skal kunne utvikle bedre og mindre standardiserte, men individuelt tilrettelagte tjenester.

En av de viktige oppgavene vil, etter min mening, helt klart være å ruste opp hjemmetjenestene med flere yrkesgrupper og ulike typer av kompetanse slik at en bedre enn nå kan ta seg av sammensatte og omfattende hjelpebehov. Da vil flere kunne bo hjemme og dermed slippe å flytte til institusjoner eller spesielle boligområder.

I denne utviklingen må vi passe på at

det gis individuelle tjenester som er helhetlige og treffsikre i forhold til den enkelte. Det må innebære helhetstenkning på tvers av alle kommunale etater. I størst mulig utstrekning må det legges tilrette for at eldre fortsatt skal kunne være aktive og integrert i lokalsamfunnet og for at funksjonshemmede som ønsker det skal kunne delta i arbeidsliv, utdanning og fritid.

Intensjonene om helhet i tjenestene har hatt vanskelige kår i den fragmenterte kommunestrukturen. Under den mest aktive reformperioden ble det gjort en del, men dessverre så viser evalueringen at helhetstanken ikke lenger står sterkt (Andersen,-95). Det henger nok bl.a. sammen med at institusjonstankegangen stadig er levende i kommunene. Boligløsningene og tjenesteutformingen bærer preg av det. Det virker som det er få som kjenner til virkningen på den enkelte som over lang tid må leve i institusjon. Den virkning som Yngvar Løchen beskriver slik (Løchen,-96): «Funksjonshemmede som lever i institusjon, vil daglig oppleve prosesser som fravrister dem selvtillit og selvrespekt. Det ligger så og si i institusjonens vesen. -- Rutinisering, mangel på individualisering, monotoni og beskjedne livsvilkår hører til dagens orden».

Utviklingen tyder således på at det er en betydelig mangel på kunnskaper og bevissthet om det forhold at utforming, organisering og lokalisering av tjenestene påvirker mulighetene til integrasjon og deltakelse. Den måten vi utformer og plasserer boliger, barnehager, skoler, arbeidsplasser, fritidsaktiviteter, privat og offentlig service påvirker muligheten til å leve et normalt liv.

Når 54% av kommunene i en undersøkelse (Sandvin,-96), har lokalisert boliger for personer med psykisk utviklingshemming i nærheten av eller i tilknytning til andre personer med særlige behov, er det betenkelig. Det peker i retning av at det er liten innsikt i det forhold at slike konsentrasjoner kan ha negative konsekvenser i retning av isolasjon og særhet i forhold til det øvrige lokalsamfunn.

En utfordring i forhold til dette blir å skape integrerte organisasjonsmodeller for hjemmetjenesten der en har tverrfaglig kompetanse - der yrkesgruppene arbeider sammen i gjensidig respekt og er så fleksible at de ivaretar brukernes behov for både trygghet og selvstendighet. Dette må gjøres samtidig som vi ivaretar tjenesteyternes trygghet i arbeidssituasjonen. Tjenesteyternes behov for å møtes og diskutere fag og hendelser må ivaretas (Wuttudal,-96). Dette er krevende og langsiktige oppgaver. Det vil stille krav til et betydelig utviklingsarbeid både til yrkesgruppene og til ansvarlige organer.

Under dette utviklingsarbeidet er det avgjørende for kvalitet og treffsikkerhet at vi på alle nivåer sikrer brukermedvirkning.

En slik utvikling av hjemmetjenestene vil komme alle brukergrupper, både eldre og funksjonshemmede, til gode. Og det vil redusere behovet for institusjonsløsninger.

Evalueringen av reformen viser at brukermedvirkningen ikke har like gode vilkår alle steder. Mange pårørende opplever mangel på forståelse i det kommunale hjelpeapparatet. Vi hører om pårørende i maktkamp med personale, personale som uteblir og gjennomtrekk i stillingene (Romøren,-96). Slike erfaringer skaper selvsagt bekymring og utrygghet. Vi hører også at kommunene skjærer ned på tilbudet om avlastning til foreldre og andre med tunge omsorgsbyrder. Det avslører liten forståelse for at familien og nærmiljøet yter en omfattende og helt nødvendig

hjelp til eldre og funksjonshemmede, og for den belastning dette representerer for de enkelte brukere og deres familier.

For å antyde noe om dimensjonene i innsatsen fra familiemedlemmer, vil jeg i denne sammenheng vise til at etter våre undersøkelser bor 46% av alle psykisk utviklingshemmede hjemme hos foreldre eller andre pårørende. Til sammenlikning bor 44% for seg selv.(Rundskriv I-41/95) Uten at denne innsatsen fra familiene blir holdt oppe, vil det kommunale tiltaksapparat bryte sammen.

Under ansvarsreformen tok en for første gang systematisk i bruk tiltaksplaner for den enkelte der en gav en oversikt over de tiltak og tjenester som skulle gis. Bl.a. på bakgrunn av de gode erfaringer med denne metoden, arbeider vi nå i departementet med veiledende retningslinjer for utforming og bruk av omsorgsplaner. Brukt på riktig måte, vil slike planer kunne bidra til helhetstenkning og tverretatlig samarbeid.

Ett av satsingsområdene i statsbudsjettet for 1997 gjelder personer med psykisk utviklingshemming som bor hjemme hos foreldrene. I følge våre undersøkelser bor omlag 3.100 voksne personer over 20 år hos foreldre eller andre pårørende. Mange av disse har behov for og ønske om et alternativt botilbud. I 1996 regner vi med at vel 600 flytter til egen bolig. Kommunene mener at 1.800 vil ha behov for å flytte ut fra foreldrehjemmet i løpet av de neste to årene (1997/98). For at dette skal skje, må kommunene bygge flere boliger og hjemmetjenesten må utvikles videre.

SPESIALISTTJENESTER

Selv om reformen ideologisk sett kan sies å representere en større vektlegging av de alminnelige tiltak og tjenester som kommunene har ansvaret for, har det hele tiden vært klart at personer med psykisk utviklingshemming skal ha de spesialisttjenester de har behov for. På denne bakgrunn er det beklagelig å konstatere at personer med utviklingshemming ofte ikke får det.. Bl.a. fordi fylkeskommunene har lagt seg på nokså ulik utforming, mer enn en skulle vente ut fra lokale forhold.

I evalueringsrapportene får vi kritikk for at «verken førstelinjetjenestene, spesialisttjenestene, Statens helsetilsyn eller Sosial- og helsedepartementet har kommet med samlende forslag til hvem som bør være habiliteringstjenestens primære adressat, hvilke typer helseproblemer som er viktigst eller hvilke behov som bør ha høyeste prioritet.»

Denne beskrivelsen blir også bekreftet i en rapport fra Helsetilsynet.

Når tilstanden er slik, er det ikke overraskende at det oppstår en del gråsoneproblemer. Det gjelder særlig i forhold til personer med sammensatte problemer og atferdsvansker. Tilbudet til disse personene krever mye av personalet og er kostnadskrevende for kommunene. Departementet har i ulike sammenhenger, bl.a. i forhold til noen konkrete saker, prøvd å bidra til å løse problemene. Vi har dessuten god erfaring med innsatsmidler i forhold til særlig ressurskrevende brukere.

Vi har også forsøkt å styrke spesialistkompetansen gjennom autismeprogrammet. Det kom igang i 1993 og varer i 5 år. Programmet gir bistand til miljøer som arbeider direkte med autister. Rundt hver bruker skal det dannes et prosjekt for kompetanseheving med klar målsetting. Det skal tilknyttes en fagperson fra habiliteringstjenesten eller et statlig kompetansesenter. Denne personen skal ha et veilederansvar overfor kommunalt personell

og skal sammen med disse få opplæring fra programmet. På denne måten vil andrelinjetjenesten få styrket sin kompetanse.

Programmet skal dessuten legge fram forslag til et nasjonalt kompetansesystem for videreføring etter den femårige programperioden.

Om ett år legger Sosial- og helsedepartementet fram en stortingsmelding om rehabilitering.

Spesialisttjenestene vil bli drøftet i denne stortingsmeldingen.



Pause – Finn Grønseth og Tor Visnes

KOMPETANSE

Behovet for kompetanse i tjenestene til mennesker med psykisk utviklingshemmede er velkjent.

I 1994 ble det avgitt en offentlig utredning «Kompetanseutvikling i arbeidet for psykisk utviklingshemmede» (NOU, 1994:8), hvor ulike tiltak for å avhjelpe situasjonen ble skissert.

Nå er det imidlertid ikke bare innen tjenestene til denne gruppen det mangler kompetanse. En del problemstillinger som ble tydeliggjort gjennom ansvarsreformen, har vist seg å være av mer generell art. Kompetanseutvikling må derfor skje i forhold til alle brukere.

Økning i det samlede antall brukere av omsorgstjenester har ført til økt behov for personell, og antall ansatte innen pleie- og omsorgssektoren har økt. Bare på grunn av ansvarsreformen økte behovet med 8-10 000 årsverk i tillegg til de ca. 9 000 årsverk som var i HVPU.

Denne brukergruppen representerer også nye utfordringer og problemstillinger for kommunene både med hensyn til organisering av og behovet for kompetanse i tjenestene. Økende kompleksitet i tjenesteytingen på grunn av et stigende antall brukere med sammensatte problemer av psykisk, fysisk, sosial og kulturell karakter og målsettingen om behandling på laveste omsorgsnivå, har medført økt kompetansebehov og krav til profesjonalisering.

Nye myndighetskrav som forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene og de faglige utfordringer som framkommer i kapittel 6A i sosialtjenesteloven: Rettigheter for og begrensning og kontroll med bruk av tvang og makt m.v. overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming, vil ytterligere forsterke kompetansebehovet hos dem som arbeider nær brukerne.

Å heve kompetansen hos personell i tjenestene kan ikke bare baseres på korte, intensive kurs. Opplæringen må bestå av teoretisk undervisning som følges opp av veiledning i de praktiske arbeidssituasjonene. For å sikre en tilfredsstillende kvali-

tet på tjenestene bør derfor andelen ansatte med 3-årig høgskoleutdanning og utdanning fra videregående skole økes og erstatte ufaglært personell. Opptakskapasiteten innen utdanninger i helse- og sosialfag er derfor økt betraktelig de senere årene, spesielt på høgskolenivå. Innen videregående opplæring er nye utdanninger - som omsorgsarbeider og barne- og ungdomsarbeider - etablert, og vil kunne gi nyttige bidrag innen ulike sektorer.

Gjennomførte kompetansetiltak

Under reformen har vi satt i verk flere kompetanseprosjekter og jeg har lyst til å nevne noen:

1) Modell for opplæring av ufaglærte og veiledere i kommunene:

SHD gjennomfører i perioden 94-96 et prosjekt hvor modell for opplæring av ufaglærte prøves ut. Det er rettet mot kommunalt ansatte som arbeider med mennesker med psykisk utviklingshemming. Prosjektet omfatter 6 kommuner og totalt 60 ansatte fra disse kommunene. Målet er at deltakerne skal kunne avlegge fagbrev i omsorgsfag etter endt opplæring. Dette krever imidlertid at deltakerne har 5 års variert praksis fra tidligere.

I dette prosjektet gis også fagpersoner med 3 års høgskoleutdanning, opplæring i veiledning. Utarbeidelse og utvikling av en studieplan for videreutdanning innen dette feltet har pågått parallelt fordi det er stort behov for personell som kan veilede og tilrettelegge «på-jobben-trening».

2) Videreutdanning: Normalisering av tjenestene:

Igangsetting av denne utdanningen er et resultat av de forsøk som har vært drevet av SHD gjennom «Normaliseringsprosjektene». I evalueringsrapporten foreslås det at det utarbeides en videreutdanning for arbeid med normalisering i tjenestene. Høgskolen i Sør-Trøndelag har utarbeidet studieplan for en slik utdanning. Utdanningen ble satt igang våren -95, og det arbeides med å få igang et tilsvarende tilbud på Sørlandet, nærmere bestemt i Kristiansand.

3) Metodikk i forhold til atferdsproblemer:

Faglig tilnærming til dette problemområdet og metodikk knyttet til behandling, er stadig under diskusjon. Autismeprogrammet, som jeg har nevnt tidligere, gir bistand til endel miljøer som arbeider med brukere med store tilleggsproblemer og adferdsavvik. Departementet arbeider for å knytte disse miljøene sammen med de som arbeider med psykisk utviklingshemmede som har lignende problemer.

Det er utarbeidet fagplaner for et videreutdanningsstudium som gjennomføres to steder i landet (Akershus og Nord-Trøndelag). Denne utdanningen har SHD fått forespørsel om å starte flere steder og det er et stort behov for denne type kunnskap.

4) Etterutdanning: Støttekontakt og Avlastning

Fra -93 har det ved Høgskolen i Bergen vært gitt etterutdanningskurs for personer som har ansvar for å tilrettelegge støttekontakt- og avlastningstjenester i kommunene. Det har vært stor interesse for kursene og Høgskolen har utviklet en studieplan for å gi denne opplæringen som en videreutdanning. Utvidelse fra etterutdanning til videreutdanning gir ofte bedre rekruttering til studiet og mer status i feltet.

5) Etterutdanning: Psykisk utviklingshemming og seksualitet.

Med bistand fra Danmark er det gitt etterutdanningskurs innen feltet psykisk utviklingshemming og seksualitet. Kursene har vært gitt til personell som vil komme i en veiledningssituasjon eller som skal tilrettelegge kurs for personer med psykisk utviklingshemming.

SHD ser det dessuten som viktig at de instanser som driver denne type opplysningsarbeid til resten av befolkningen, også ser psykisk utviklingshemmede som en målgruppe og at arbeidet knyttes opp mot disse instansene.

6) Sørumprosjektet:

I 1992 ble det startet et prosjekt i Sørum kommune knyttet til en mann med autisme og utageringsproblemer. Arbeidsmiljøundersøkelsen utført før prosjektstart av AFI, konkluderte med at det var behov for ulike tiltak:

- endrede turnusplaner for å skape større stabilitet
- opplæringstiltak for personalet (12 av 13 ansatte hadde ikke formell utdanning)
- metodikk for å kunne løse brukerens problemer på en måte hvor minst mulig tvang og makt ble brukt.

I samarbeid med Høgskolen i Akershus, fikk 6 ansatte tilbud om deltids utdanning i vernepleie, samtidig som de arbeidet i ca. 80% stilling. I samarbeid med skolen ble turnusplaner lagt slik at de ansatte kunne følge undervisning og gjennomføre praksisstudier. Muligheter for datakommunikasjon med lærere ved skolen ble tilrettelagt og veiledningsgrupper etablert. Effektene av dette prosjektet er bl.a. at det gjennom en 4-års periode har vært et stabilt personale rundt brukeren og hans utagering oppleves i dag langt mindre farlig og oppstår sjeldnere. Samtidig kan han lettere kommunisere sine behov og er mer selvhjulpen i det daglige.

Arbeidsmiljøundersøkelsene som er gjennomført underveis, viser at personalet trives bedre i sitt arbeid, opplever lite redsel for skade i jobbsituasjonen og er lystne på nye utfordringer. Situasjonen er nok dessverre slik i enkelte kommuner som den var i Sørum i 1992, og denne modellen kan være aktuell i forhold til noen av disse.
I statsbudsjettet for 1997 er det foreslått 3 mill. til kompetansehevingstiltak i forbindelse med reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming.

KULTUR OG FRITID

På et viktig område passer tittelen på foredraget, «ansvarsreformen er avsluttet», spesielt dårlig. Det er når det gjelder kultur og fritid. Det er et område som er avgjørende for trivsel og livskvalitet. I reformdokumentene hadde også dette feltet sin plass, ved siden av arbeid, bolig og opplæring. I Stortingsmelding nr. 47 om reformen står det at «Psykisk utviklingshemmede må gis et kultur- og fritidstilbud likeverdig med tilbudet til befolkningen forøvrig».

Det står også at et tilrettelagt kultur- og fritidstilbud for psykisk utviklingshemmede blir kommunens ansvar. Tilbudene skal så langt som mulig være integrerte. Det ble lagt vekt på samarbeid med de frivillige organisasjonene, og gitt eksempel på hvordan aktuelle tilbud og aktiviteter kunne finnes - eller skapes - i kirken, barne- og ungdomsorganisasjoner, fritidsklubber, bibliotek, kino, teater, kunstutstillinger, innenfor musikklivet og idretten.

Evalueringen av reformen viser at det ikke har funnet sted den samme forbedring av levekårene på området kultur og fritid som når det gjelder bolig og generell selvbestemmelse.

Forskeren Jan Tøssebro skriver i sin nye bok om levekårene etter reformen, at aktivitetsnivået på fritida er blitt noe lavere enn det var i HVPU-institusjonene. Det må her sies at området fritidstilbud var et av de få der HVPU-beboerne kunne konkurrere med resten av befolkningen like før reformen - i alle fall når det gjaldt aktivitetsnivå og variasjon. Det som ikke har endret seg er at psykisk utviklingshemmede i liten grad deltar i ordinære tilbud. Aktivitetene er stort sett segregerte. Men her er det en betydelig forskjell mellom de som har flyttet ut i samfunnet og de som har blitt boende på eller like ved den tidligere institusjonen. De førstnevnte deltar i mye større grad på fritidstilbud som også brukes av andre grupper. Når det gjelder kommunenes samarbeid med frivillige organisasjoner og lag om tilbud til psykisk utviklingshemmede, viser tall at bare omlag hver 4. kommune i stor grad har forsøkt et slikt samarbeid. Flertallet sier at de i mindre grad har forsøkt dette. Et unntak er vertskommunene, der samarbeidet synes å være utstrakt.

Tøssebro skriver at da de skulle samle inn data i kommunene om fritid og sosialt liv, ble de møtt med to helt forskjellige reaksjoner, som jeg mener sier ganske mye om hvor forskjellig situasjonen kan være i kommunene:

Den ene reaksjonen var denne: «Kommer dere nå ! Til nå har vi da bare fått ordnet med boforholdene. Fritid og sosialt liv har vi ikke fått jobbe med ennå», mens andre sa: «kommer dere nå! Nå er jo alt greit, men til neste år begynner innsparingene. De har alt tatt fra oss en halv stilling».

Det er forståelig at mange kommuner har konsentrert seg om å skaffe gode boliger, men tiden burde nå være inne for en skikkelig innsats for kultur- og fritidstilbud.

Vi vet at mangel på en meningsfylt fritid fører til sosial isolasjon og mistrivsel. Blant annet på denne bakgrunn har regjeringen satt styrking av kultur- og fritidstilbudet som ett av fire hovedsatsingsområder for psykisk utviklingshemmede i statsbudsjettet for 1997. Dette gjelder selvsagt både de som kom fra HVPU-institusjonene og de andre.

Mange psykisk utviklingshemmede vil ha behov for tilrettelegging i form av støttekontakter og transporttjenester for å kunne delta i aktiviteter. Regjeringen har derfor i statsbudsjettet satt som mål at tilbudet utvides med 1000 nye støttekontakter i 1997. Det er også behov for flere fritidsassistenter.

9.700 personer fikk støttekontakt i 1995. For 1996 er det planlagt å gi ytterligere 900 personer støttekontakt.

Det er viktig å være klar over forskjellen på disse to stillingstypene. Mens støttekontakt er en lovfestet og individuell tjeneste, er dette ikke tilfelle for fritidsassistenter. Departementet har fått henvendelser fra personer som er bekymret over at kommuner i enkelte tilfeller overfører midler fra støttekontakter til fritidsassistentordninger, og at disse midlene lettere kan forsvinne fra budsjettene i trange tider. Det vil selvsagt ikke være en ønsket utvikling, og regjeringen vil med dette punktet i statsbudsjettet uttrykke vilje til økt satsing på støttekontaktmodellen.

Hovedmålet for regjeringens politikk for alle funksjonshemmede er full deltagelse og likestilling. For å få dette til er sektorprinsippet viktig, slik at kultur- og fritidssektoren i kommunen og Kulturdepartementet tar ansvar for tilrettelegging

av tiltak for funksjonshemmede.

Sosial- og helsedepartementet gir sammen med Kulturdepartementet støtte til en del prosjekter på dette området. Det gjelder bl.a. «Aktiv musikk for alle» i regi av Norsk Musikkråd, som har som mål, gjennom kurs og veiledning, å bygge opp kompetanse i kommunene slik at psykisk utviklingshemmede får reelle muligheter til deltakelse i det lokale musikklivet., «Teater for alle» i regi av Norsk Amatørteaterråd, som har et tilsvarende mål når det gjelder teater, og «Dissimilis kompetansesenter». Vi har også samarbeidet med Kulturdepartementet om prosjektet «Idrett for alle» i regi av Norges Idrettsforbund.

Idrettsforbundet har i år lagt fram en utredning om integrering av funksjonshemmede i norsk idrett, der de sier at et hovedmål må være at alle særforbund tar det fulle ansvar for å gi et tilbud gjennom sine lag. Dette er et eksempel til etterfølgelse og et tegn på at sektorprinsippet kan fungere.

JURIDISKE PROBLEMSTILLINGER

Fylkeskommunenes ansvar for å organisere og drive HVPU, opphørte som kjent 01.01.1991, og kommunene overtok ansvaret for tiltak og tjenester for personer innskrevet i HVPU i en avviklingsperiode som skulle vare ut 1995.

I utgangspunktet var det meningen at den midlertidige avviklingsloven bare skulle gjelde fram til utgangen av -95. Siden det finnes noen få institusjoner som enda ikke er avviklet, gjelder avviklingsloven fremdeles. Avviklingsloven vil gjelde inntil den blir uttrykkelig opphevet.

(Pr. 1. juli 96 bodde 277 igjen på avviklingsinstitusjoner. Ved årsskifte 96/97 er tallet 110. For alle disse er det lagt planer for utflytting i 97/98.)

En av våre juridiske og faglige utfordringer er oppfølgingen av Innst.O.nr 79(1995-96) om bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede.

Jeg vil ikke gå inn på de konkrete lovbestemmelsene i noen særlig utstrekning. Jeg skal imidlertid nevne noen forhold som ble framhevet under Stortingets behandling av lovforslaget.

Kapittel 6A i sosialtjenesteloven heter: Rettigheter for og begrensning og kontroll med bruk av tvang og makt m.v. overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming.

Gjennom denne presiseringen er det understreket at kapittelet gjelder både det å begrense og kontrollere bruken av tvang og makt. Det er en selvfølge at tvangstiltak ikke skal brukes annet enn der det er helt nødvendig. Dessuten signaliseres det at brukeren har rettigheter når tvangstiltak skal iverksettes og at forholdet må være ordentlig regulert og kontrollert.

Tiltakene i forhold til mennesker med psykisk utviklingshemming må ta utgangspunkt i allmenne verdier. Sosialkomiteen ønsket i sin behandling av Ot.prp.58(1994-95) å få nærmere redegjort for forholdet mellom lovforslaget og internasjonale konvensjoner. Departementet valgte å gjøre dette gjennom en egen tilleggsproposisjon (jfr Ot.prp.nr.57(1995-96)).

Tilleggsproposisjonen drøftet forholdet til de aktuelle bestemmelsene i bl.a. den europeiske menneskerettighetskonvensjonen. Det ble konkludert med at lovforslaget var i samsvar med disse. På ett punkt i lovforslaget hvor det kunne reises tvil om forholdet til konvensjonene, valgte departementet å ta ut vedkommende bestemmelse.

Loven fastslår et viktig grunnprinsipp:

Tjenestetilbudet til personer med psykisk utviklingshemming skal utformes med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig i overensstemmelse med tjenestemottagerens selvbestemmelsesrett.

Dette formålet er generelt og gjelder for all tjenesteyting, men Stortinget fant det viktig å presisere også i denne sammenheng.

Det stilles strenge krav til kvalitetssikring av tiltakene. Ulike faginstanser skal være med i vurderingen av tiltak, og ulike forvaltningsnivåer skal delta i saksbehandlingen og pårørendes rolle er styrket.

Når problematferd oppstår skal det vurderes om endringer i rammene rundt brukeren vil kunne avhjelpe situasjonen. Det er derfor nødvendig med grundig kartlegging av de fysiske, psykiske og sosiale rammebetingelsene rundt brukeren. Selvsagt skal alle forbedringer i disse forhold gjøres før en vurderer tvangstiltak. Det må også avklares om problemene kan skyldes sykdom av somatisk eller psykiatrisk karakter.

Videre må det avklares hvilke alternative væremåter som en skal lære brukeren og utarbeide opplegg for disse. Atferdsendrende tiltak med bruk av tvang skal ikke iverksettes alene, men alltid følges av en habiliteringsplan som omfatter opplæringstiltak.

Det må også nøye vurderes hva slags tiltak som skal iverksettes og alternative tiltak må være prøvd før man igangsetter tvangstiltak. Det må utarbeides skriftlige prosedyrer for når, hvordan og av hvem tiltakene skal gjennomføres. Personalet skal ha hatt opplæring i tiltakene av habiliteringstjenesten, før de iverksettes, og habiliteringstjenesten har ansvaret for oppfølging og veiledning underveis.

Videre skal det registreres hvor ofte og i hvilke situasjoner tiltakene faktisk gjennomføres. Dette vil sikre tilsynet med tiltakene og er nødvendig for å kunne foreta en evaluering av disse.

En annen side ved kvalitetskravet er presisert i § 6A-4:

- Tjenestemottakeren har rett til kvalifisert personale ved gjennomføring av tiltak etter annet ledd, bokstav b og c. Ved gjennomføringen av disse tiltakene skal det være to tjenesteytere tilstede dersom dette ikke er til skade for tjenestemottakeren.

Disse bestemmelsene kom inn for bedre å kunne ivareta tjenestemottakerens rettssikkerhet, minske sjansene for overtramp og at tjenesteyteren ikke skal stå alene i disse vanskelige situasjonene. Ansatte skal ha fått opplæring i forhold til de oppgaver de skal utføre og i denne sammenheng vil veiledning underveis også være nødvendig.

Departementet arbeider nå med forskrifter og utfyllende kommentarer til lovverket. Krav til kompetanse ved utførelse av tvangstiltakene er et av punktene som skal avklares..

Mediaoppslag som beskriver ulike virkemidler, spesielt innenfor atferdsanalytisk tradisjon, har med god grunn bekymret mange, også Stortingets representanter. Stortinget valgte derfor å legge inn et eget krav om forbud mot nedverdigende og integritetskrenkende straffe- og behandlingsmetoder. Det vil bli viktig for departementet å gi veiledning om hvordan disse begrepene skal forstås. Utarbeidelsen av forskrifter pågår, og disse skal nærmere definere hvilke virkemidler som ikke vil bli tillatt.

I tillegg til fylkesmannens overprøving

av kommunenes vedtak, ønsket Stortinget en egen klageordning.

Vedtak som er overprøvd kan påklages til Fylkesnemnda for sosiale saker. Fylkesnemndene får dermed utvidet sitt ansvarsområde.

Det skal også opprettes en rådgivende gruppe som skal vurdere hvordan loven blir praktisert og sikre en ensartet praktisering av reglene om bruk av tvang - både i kommunene og ved fylkesmannsembetene. Gruppen vil også ha en viktig funksjon som faglig veileder for myndighetene og skal følge opp rettssikkerhetsspørsmål.

Stortinget vedtok å lovfeste forslaget om en slik gruppe.

Stortinget har forutsatt iverksetting av loven senest 01.07.1997. Kapittel 6A er midlertidig lov og skal vare i 3 år fra ikrafttredelse. Anvendelsen av loven vil bli evaluert underveis og danne grunnlag for beslutning om en eventuell videreføring.

Før iverksettingen skal regjeringen utarbeide en stortingsmelding om hovedinnholdet i forskriftene og nærmere retningslinjer for praktisering av loven. På denne måten vil Stortinget bl.a. bli gjort kjent med de metoder og tiltak som departementet mener bør være tillatt og hvilke som ikke bør være det. Utkast til forskrifter til loven vil etter planen bli sendt på høring i desember.

Det skal også utarbeides et rundskriv som skal være ferdig før loven trer i kraft. Dette rundskrivet vil gi en utfyllende beskrivelse av de enkelte lovbestemmelsene.

Det planlegges også en egen veileder som kan følge som vedlegg til rundskrivet. I tillegg må det gjennomføres et informasjons- og opplæringsopplegg overfor fylkesmenn, kommuner og fylkeskommuner.

Det har vært en lang vei fram til at den midlertidige loven nå er vedtatt av Stortinget. Arbeidet med loven har vært - både faglig og politisk sett - en utfordring, ikke minst fordi det handler om en svak gruppes rettssikkerhet. I det videre arbeid må også dette stå i fokus.

Å utvikle metoder og rammebetingelser som i størst mulig grad gjør tvangsbruk overflødig, er den viktigste utfordring for oss alle.

ØKONOMI

Det meste av midlene som er knyttet til gjennomføringen av reformen ligger i inntektssystemet til kommunene og fylkeskommunene. De pengene som det fylkeskommunale HVPU benyttet, ble innlemmet i inntektssystemet allerede i 1992. I 1997 innlemmes også halvparten av styrkingsmidlene til tiltak for hjemmeboende og det reformrelaterte lønnstilskuddet til omsorgen i kommunene, tilsammen 1 mrd. kroner.

Det er naturlig at statlige øremerkede tilskudd etter hvert konverteres inn i de generelle overføringene som går til kommunesektoren. Da er det imidlertid viktig at de kriteriene som benyttes i kostnadsnøkkelen i inntektssystemet er rimelig tilpasset de utgiftsbehov kommunene har på dette området. Det vil derfor bli nedsatt en egen interdepartemental arbeidsgruppe med deltakelse fra Sosial- og helsedepartementet og fra Kommunaldepartementet som skal gjennomgå disse spørsmålene.

Arbeidsgruppen skal også, i tråd med Stortingets ønske, se nærmere på treffsikkerheten til de øremerkede tilskuddene til

tiltak for psykisk utviklingshemmede.

Denne gjennomgangen legges fram i kommuneøkonomiproposisjonen for 1998.

I 1997 vil vi fortsatt ha 4 øremerkede tilskudd til tiltak for psykisk utviklingshemmede:

- ca. halvparten av styrkingsmidlene til hjemmeboende utviklingshemmede (586 mill. kr.)
- innsatsmidlene med utgangspunkt i særlige ressurskrevende brukere (185 mill.)
- vertskommunetilskuddet som skjermer 33 vertskommuner mot omfordelingsvirkningene i inntektssystemet. (843 mill.)
- tilskudd til tiltak for sikringsdømte psykisk utviklingshemmede. (15 mill.)

Innsatsmidlene vil etter forslaget i statsbudsjettet bli økt med 35 mill. i 1997. Det er mer en 23% økning på ett år. Bakgrunnen for denne økningen er behovet for å sikre at mindre kommuner som få ansvaret for særlig ressurskrevende utviklingshemmede, skal ha mulighet til å gjennomføre reformen i tråd med de nasjonale målsettingene. Ved fordeling av midlene legges det vekt på å vurdere reformøkonomien samlet sett. Og vi må se på hvordan gjennomsnittlig omsorgstyngde varierer.

Vertskommunetilskuddet har, som tidligere forutsatt. blitt gjennomgått i 1996. Saken har vært drøftet med partene som er representert i Sosialministerens sentrale samarbeidsgruppe for gjennomføring av reformen, (Kommunenes Sentralforbund, Vertskommunesammenslutningen og NFPU) I 1997 tas ingen av de 33 vertskommunene ut av denne tilskuddsordningen.

Etter hvert vil overtalligheten av psykisk utviklingshemmede i disse kommunene avta, og det er derfor naturlig at midlene som ligger i vertskommunetilskuddet reduseres i takt med at antallet tilflyttede personer faller fra. Pengene flyttes fra disse kommunenes vertskommunetilskudd og innlemmes i inntektssystemet til de samme kommunene. Over tid vil det da skje en viss omfordeling til de andre kommunene. Det er ennå ikke etablert kriterier for når en vertskommune skal tas ut av ordningen med vertskommunetilskudd. Dette vil bli vurdert i forbindelse med kommuneøkonomiproposisjonen for 1998.

Når reformperioden er over, vil det være naturlig at de særskilte øremerkede tilskudd faller bort og at midlene legges inn i inntektssystemet for de generelle overføringene til kommunene. Imidlertid gjenstår det fortsatt en del sentrale oppgaver, bl.a. når det gjelder hjemmeboende som har behov for å flytte, særlig ressurskrevende brukere, kultur- og fritidstiltak og kompetanseutvikling.

Det er derfor fortsatt nødvendig å følge utviklingen framover. Kommunenes økonomiske forutsetninger er selvsagt viktig i denne sammenheng.

POLITIKKENS BEGRENSNINGER

Ett av målsettingene for reformen er integrasjon og deltakelse. Når vi skal vurdere dette spesielt, må vi imidlertid være klar over at politikk og offentlige tiltak har begrensede muligheter. Det offentlige kan skaffe boliger og ulike tiltak og tjenester. Vi kan utforme og lokalisere disse slik at forholdene ligger tilrette for samhandling med andre i lokalsamfunnet.

Integrasjon og deltakelse har imidlertid med den måten vi som enkeltpersoner, grupper og organisasjoner, omgås på.

Hvem vi godtar, aksepterer og er sammen med. På dette området har offentlig politikk og tiltak sine begrensninger.

Det er her det offentlige kommer til kort, og at vi som enkeltpersoner, medlemmer av organisasjoner og lokalsamfunn, er viktige for hverdagen til personer med psykisk utviklingshemming. Sammen er vi alle ansvarlige for helheten og framtiden.



Klipp fra MIN NYE HVERDAG

«Målet i Regjeringens politikk overfor funksjonshemmede er full deltakelse og likestilling i samfunnet. Den konkrete politikkutformingen og de ulike tiltak som settes i verk må måles mot denne målsetning. Dette prinsippet følges ikke opp i utformingen av funksjonshemmedes levekår. Undersøkelsen dokumenterer at funksjonshemmede stadig sakker etter økonokmisk i forhold til lønnsmottakere. Funksjonshemmede har i perioden 1980-1995 gradvis fått dårligere levekår.»

Forbundsleder Gunnar Buvik i NHF i den politiske kommentaren til forbundets hefte om levekårsundersøkelse 1980-1996.

Samordningsrådets representantskapsmøte

Oslo, november 1996

Samordningsrådets representantskap avholdt sin generalforsamling i Oslo, 15. - 16. november 1996.

Over 2 dager behandlet 24 representanter fra 20 medlemsorganisasjoner SORs beretning og regnskap, fastsatte prinsipp- og handlingsprogram for 1996-98, og gjennomførte valg av representanter til styret for neste fireårsperiode.

I tillegg drøftet representantskapet følgende sentrale problemstillinger.

- **«Etiske problemstillinger i frivillig og profesjonelt arbeid i forhold til funksjonshemmede» med innledningsforedrag av fagsjef Lillian Skullerud, Nasjonalforeningen.** ***(Foredraget er gjengitt i dette nr. av Rapport.)***
- **«Organisasjonenes rolle i velferdssamfunnet»med innledningsforedrag av 2. nestleder i FO, Hanne Luthen.**
- **«Hva med psykisk utviklingshemmede når de blir gamle ?» med innledningsforedrag av sjefspsykolog Knut-Ove Solberg, Avd. for voksenhabilitering,Ullevål sykehus.**

ORVAR THORSRUD, tidligere rektor ved Åkershagan skole og mangeårig leder i SOR (han er midtveis i sin 4. valgperiode), avsluttet Representantskapsmøtet med en oppsummering av forhandlingene og en sterk appell om oppfølging når det gjelder SORs mål og muligheter.

Grunnlaget for SORs aktiviteter er gitt for kommende 2-års periode. Vi står foran to nye år ned nye utfordringer og nye muligheter i vårt samfunnsengasjement:

å sikre gode levekår og livskvalitet for mennesker med psykisk utviklingshemming, sa Orvar Thorsrud og fortsatte:



Orvar Thorsrud leder SOR

De redskap vi har utviklet for dette formål, setter oss i stand til å delta og påvirke samfunnsutviklingen etter de mål og verdier som er fastlagt i vårt prinsipp- og handlingsprogram.

KURS- OG INFORMASJONSUTVALGET har utviklet eminent kompetanse i organisering av nasjonale møtesteder, som er aktuelle og tilrettelagt for kompetanseheving, informasjon og debatt.

TIDSSKRIFTET RAPPORT med Konferanseavis og Bulletin for aldring og mental retardasjon (BAM) viser stigende kurve i sin kunnskapsformidling og har et potensiale som SOR vil utnytte og dyrke i samsvar med sitt formål.

UTVALGET FOR PSYKISK UTVIKLINGSHEMMING OG ALDRING, som er nyeste skuddet på stammen, ligger på samme linje og vil ha SORs aktive medvirkning for økt kunnskap,

informasjonsflyt og kvalitet i tiltak og tjenester for den eldre garde. Vårt mål er at tjenestene tilpasses de behov ny kunnskap avslører.

FORSKNINGSFONDENES virksomhet må stimuleres til beste for forskning og faglig utvikling. Fondenes midler er beskjedne med dagens renter, men samarbeidet med Norges Røde Kors' forskningsfond gjennom mange år, har sikret fondene et visst nivå og gir dermed fondenes styre mulighet å prioritere prosjekter som er av betydning for faglig utvikling.

Våre virksomheter samlet sett, er en inspirasjonskilde, holdningsskapende og egnet til kontinuerlig faglig og sosialpolitisk oppdatering - først og fremst for våre egne aktører.

Dette, sammen med bredden og kompetansen i medlemsorganisasjonene, gir SOR en unik sjangse som et fritt og uavhengig forum for informasjon og debatt.

Orvar Thorsrud utdypet deretter SORs oppgaver og poengterte som sin personlige oppfatning at SOR bør fokusere:

Utvikling av nærmiljøer som aktivt hindrer at det skapes problemer i integreringsprosessen. At det gjennom arealplanlegging og reguleringsplaner legges tilrette for sosialt liv med positive omgangsformer og utvikling av meningsfulle samværsrelasjoner.

Dette går på utvikling av lokalsamfunn og nærmiljø med tiltak der folk har sin primære tilknytning - styrke det uformelle kontaktnett og skape rom for uformelle møteplasser. Redusere betingelsene for stigmatisering og bevisstgjøre det forkastelige bl.a. i bruk av betegnelser som Puer og Pu-boliger, eller bruk av mobbing.

Uavhengighet og selvstendighet blir sett på som et mål, men dette målet må nyanseres:

Alle er bestandig avhengige av andre, av fellesskapet, og alle vil i større eller mindre grad være uselvstendige i dagliglivets mange utfordringer. Uavhengighet og selvstendighet må tolkes innenfor

rammen av begrepet solidaritet og ha en etisk forankring som understreker at vi lever for hverandre.

Tiltak og tjenester stiller bestemte krav til innsats og kompetanse:

«Noen må ha litt mer for å få like mye» - ha litt mer av min eller din tid for å få like mye sosial kontakt.

Ensomhet er resultatet når et miljø mangler medmenneskelighet, nærhet og uformell omsorg.

Orvar Thorsrud avsluttet med takkens ord og poengterte at SOR har store muligheter hvis vi videreutvikler våre aktiviteter, tar vare på medarbeidere og tillitsvalgte og lytter til medlemsorganisasjonene som har stor bredde i faglig og humanitær virksomhet.

Vår bakgrunn og våre ressurser er en utfordring - målet er en forpliktelse.

Representantskapsmøte ble etterfulgt av et særdeles vellykket «Seniortreff» som markerte SORs 45-års jubileum.

«SENIORTREFF»

Seniortreffet var en storartet ide og en vellykket anledning for 36 gjester som representerte ulike faser i SORs 45-årig historie. Gjestene hadde det felles at de i sin tid, hadde hatt viktige funksjoner i SOR eller på andre måter vært aktive bidragsytere i SORs virksomhet.

Seniortreffet var ikke lagt opp som jubileumsmarkering - gjensynet og samtalen i salong og rundt middagsbordet skapte den kontakt og feststemning alle forventet.

Vi tillater oss å presentere noen av gjestene, tilfeldig valgt - bildene og plassen har avgjort utvalget:



Vi fikk hilse på den vitale Edith Arnesen - den eldste med over 50 år i aktiv tjeneste, den lengste tiden som styrer ved Ragna Ringdals Daghjem i Oslo.



Områdeoverlege Mogens Rasmussen kom fra Lund i Sverige, hvor han nyter sin pensjonisttilværelse, her i ivrig samtale med Ingrid Lykke som selv har vært områdeoverlege, overlege i Statens Helsetilsyn og for tiden fungerende fylkeslege i Buskerud.



Fra v. Petter Haugland, den eneste som representerte starten i 1951 og som har fulgt SOR gjennom alle år som tillitsvalgt og interessert, i samtale med Astrid Moi Obrestad, første og mangeårig styrer ved Oslo Observasjonshjem, og Olav Svarstad, styrer ved Grimebakken, rektor ved Vernepleierhøgskolen i Rogaland ogrektor ved Bjørkelangen v.g. skole - for å nevne noe.



Fra v. Herborg Dahl, tidligere styremedlem i SOR, lytter til en bordtale sammen med Kjell-Henrik Henriksen, tidligere leder i KIU, og Atle Aas tidligere styrer ved Trastad og medlem i SOR - representant for Nord-Norges Diakonistiftelse.



Fra v. Ole Ulleberg, kjent av alle som byråsjef i Statens Helsetilsyn, nyter middagen sammen med Ragna von Riegen, tidligere styremedlem i SOR og aktiv Røde Kors kvinne fra Vest-Agder, og Asbjørn Berg-Buan, mangeårig medlem av SOR som representant for Sør-Trøndelag Støttelag.

MEDLEMSKAP

Samordningsrådet har 24 medlemsorganisasjoner, hvorav 6 landsomfattende humanitære organisasjoner, 5 landsdekkende yrkesorganisasjoner og 13 andre organisasjoner av landsdekkende, regional eller lokal karakter:

- Norges Røde Kors
- Nasjonalforeningen for folkehelsen
- Redd Barna
- Landsforbundet for Utviklingshemmede og Pårørende (LUPE)
- Norges Bondekvinnelag
- Norges Husmorforbund
- Norsk Lærerlag
- Norsk Sykepleierforbund
- Fellesorganisasjonen for Barnevernspedagoger, Sosionomer og Vernepleiere (FO)
- Norsk Helse- og Sosialforbund
- Kommunalansattes Fellesorganisasjon (KFO)
- Stiftelsen Hjemmet for Døve
- Landsbystiftelsen i Norge
- Senter for Mental Retardasjon - Rikshospitalet
- Nord-Norges Diakonistiftelse
- Diakonistiftelsen Røysum
- Diakonistiftelsen Lillebo
- Diakonistiftelsen Nærland
- Stiftelsen Støttelaget for psykisk utviklingshemmede i Sør-Trøndelag
- Bergen og Hordaland Støttelag
- Oslo Støttelag for psykisk utviklingshemmede,
- Komiteen for frivillig arbeid for psykisk utviklingshemmede i Østfold,
- Hedmark Fylkeslag av NFPU,
- Ottestad Nærmiljøutvalg.

VALG

Valgkomiteen hadde i oppdrag å innstille for valg:

nestleder og 2 styremedlemmer for 4 år
samt 3 varamedlemmer for 2 år.

SORs styre fikk denne sammensetting etter valget:

Leder	Orvar Thorsrud, Ottestad Nærmiljøutvalg.
Nestleder	Tor Visnes, Fellesorganisasjonen (FO)
Styremedlem	Sonja Stenmarck, Nasjonalforeningen
«	Rune Baardsen, Stiftelsen Hjemmet for Døve
«	Gunn Gotland Bakke, Norsk Sykepleierforbund
«	Kari Backer, Norges Røde Kors
«	Astrid Aarø Engen, LUPE



Gunn Grotland Bakke leder - valgkomiteen

Varamedlem	Per Andreas Ulvedal, Diakonistiftelsen Lillebo
«	Astrid Askildt, Norsk Lærerlag
«	Siri Bøgh, Norsk helse- og sosialforbund
Konsultativt medlem	Ingvild Gulbrandsen, Statens Helsetilsyn
Varamedlem	Ingrid Lycke, Fylkeslegeembedet/Statens Helsetilsyn

ARBEIDSUTVALGET

som i valgperioden forestår SORs løpende virksomhet får følgende sammensetting:

Leder, Nestleder, Leder i Kurs- og informasjonsutvalget (KIU), Redaktøren i Rapport,

Leder i Forskningsfondenes styre og Generalsekretæren.

Styret oppnevner medlemmer for egne råd og utvalg og medlemmer i styrer og utvalg m.v. hvor Samordningsrådet er representert.

UTDRAG AV STYRETS BERETNING FOR PERIODEN 1994-96

Kurs- og informasjonsutvalget (KIU)

Utvalget har i perioden vært sammensatt av:

Tor Visnes, direktør, Voksenhabiliteringstjenesten i Hordaland

Ingrid Lycke, fylkeslege i Buskerud

Gunnar Brekke, pensjonert direktør, Habiliteringstjenesten i Hordaland

Inge Ovesen, rådgiver, Byrådsavd. for helse og eldre, Oslo kommune

Tormod Mjaaseth, generalsekr., SOR

Morten Svendsen, integreringsprest, Oslo Bispedømmeråd, har supplert utvalget som ressursperson, spesielt i forbindelse med programutvikling og gjennomføring av frivillighetskonferansen.



Tor Visnes leder i KIU og nyvalgt nestleder

Tor Visnes har vært leder av utvalget fra 01.01.96. Han overtok etter Tormod Mjaaseth som hadde vært koordinator fra mai -87.

KIU samordner SORs opplysningsvirksomhet med vekt på kurs og konferanser i samsvar med handlingsprogrammet, og Styrets målsetting å opprettholde oppmerksomheten overfor psykisk utviklingshemmede med tilleggshandicap.

KIU prioriterer sin rolle som kunnskapsformidler gjennom programutvikling for kurs og konferanser med temaer

som er tidsaktuelle og problemstillinger som er under debatt..

KIU har naturlig nok, konsentrert seg om Ansvarsreformens målsetting og intensjoner og ny kunnskap på området.

En av grunnforutsetningene for at reformen skal lykkes, er å trygge rettssikkerheten for den enkelte i en selvstendig hverdag - sikre at de får slike tilbud de har krav på og at tilbudene er av en slik kvalitet at de sikrer gode levekår og livskvalitet.

KIU har i perioden avholdt 7 nasjonale konferanser og 1 nordisk symposium med et samlet deltakertall på ca. 1.450 personer.

Over den siste 10-års perioden har KIU's konferanser samlet ca. 5.500 deltakere i 11.000 gjestedøgn.

Ser vi på utviklingen fra konferansen i 1986 med 250 deltakere og 7 foredragsholdere, til konferansene i 1996 med 650 deltakere og 67 foredragsholdere, får vi også et godt inntrykk av KIUs aktivitetsnivå i perioden.

Tidsskriftet Rapport

Redaksjonsutvalget har i perioden bestått av:

Orvar Thorsrud, ansvarlig redaktør
Gunnar Brekke , redaksjonssekretær
Tormod Mjåseth, sekretariatsleder

Redaksjonsutvalgets møter har falt sammen med arbeidsutvalgets møter, Tor Visnes har derfor supplert redaksjonsutvalget i 1996.

Rapport har hatt som mål å formidle praktisk informasjon, nye kunnskaper /erfaringer og stimulere til debatt. Rapport skal i tillegg formidle informasjon



Gunnar Brekke og Tormod Mjaaseth

om nordiske og internasjonale forhold vedrørende psykisk utviklingshemmedes livssituasjon.

Følgende stoff er prioritert:

- artikler som beskriver frivillige tiltak og tjenester som er funksjonelle i forhold til behov og samfunnets målsettinger
- informasjon om konkrete tiltak og aktiviteter som lokale lag og foreninger har iverksatt
- informasjon om hvilke aktivitetsområder SOR/medlemsorganisasjonene prioriterer fagartikler som øker forståelsen for psykisk utviklingshemming og ulike problemstillinger knyttet til tiltak og tjenester - SORs konferanser og Forskningsfondene brukes i denne sammenheng.
- informasjon om nordiske og internasjonale forhold
- dessuten aktuelt debattstoff og «smånytt»

Rapport kommer ut med 6 nummer i året og trykkes i et opplag på 1 800.

Blant abonnentene foregår det fortsatt et generasjonsskifte med frafall av eldre abonnenter og abonnenter med tilknyt-

ning til HVPU. Nye abonnenter kommer til fra kommunal forvaltning, PP-tjeneste, m.v. og fra organisasjoner og enkeltpersoner. Men det er ønskelig at antallet abonnenter kan økes betraktelig.

Utvalget for psykisk utviklingshemming og aldring

Representantskapsmøtet i 1994 vedtok å opprette et utvalg om psykisk utviklingshemming og aldring. Forutsetningen var at utvalget skulle få bredest mulig sammensetting av personer som er engasjert i temaet og som kan bidra til å øke kunnskapen på feltet.

Utvalget har i perioden bestått av:

Inge Ovesen, Byrådsavd. for helse og eldre, Oslo Kommune
Knut-Ove Solberg, Avd. for voksenhabilitering, Ullevål sykehus
Gunnar Brekke, SOR
Tormod Mjåseth, SOR
Sidsel Grasli, NFPU
Tor Visnes, Fellesorganisasjonen (FO)
Åse-Marit Nygård, SHDs utviklingsprogram for aldersdemente
Åse Mary Berg, Norsk Sykepleierforbund
Siri Bøgh, Norsk Helse- og Sosialforbund

Dessuten stiller følgende organisasjoner med observatører:
Håvard Knudsen, Nasjonalforeningen for Folkehelsen
Kari Backer, Norges Røde Kors
Anne-Margrethe Brandt, Rådet for Funksjonshemmede

Norsk Legeforening har varslet at de vil oppnevne en representant til utvalget. Inge Ovesen har vært utvalgets leder.

Bakgrunn:

Det har lenge vært kjent at mennesker med Downs syndrom utvikler tidligere demens enn tilsvarende aldersgrupper i befolkningen forøvrig.



Inge Ovesen leder i utvalget

Levealdersutviklingen for mennesker med psykisk utviklingshemming har ytterligere aktualisert dette temaet med en rekke nye spørsmål og problemstillinger:

Påbegynner aldringsprosessen hos psykisk utviklingshemmede tidligere enn hos andre ?

Påbegynner aldringsprosessen tidligere hor personer med Downs syndrom enn andre mennesker med psykisk utviklingshemming ?

Blir psykisk utviklingshemmede sykere enn andre i sin alderdom ?

Blir personer med Downs syndrom sykere enn andre psykisk utviklingshemmede i sin alderdom.

Tilsvarende spørsmål kan man stille for ulike diagnosegrupper av psykisk utviklingshemmede. Det overordnede spørsmål er hva som skiller aldringsprosessen hos psykisk utviklingshemmede fra aldringsprosessen i den øvrige befolkning når det gjelder fysiologiske, psykologiske og sosiale forhold og hvilke konsekvenser dette bør få for tilrettelegging av tiltak og tjenester.

Stortingets sosialkomite har under budsjettbehandlingen for 1995, enstemmig uttalt følgende:

«Mange demente psykisk utviklingshemmede vil ha behov for et omfattende omsorgs- og behandlingstilbud i årene som kommer. Da disse prognosene er av relativt ny karakter, er det i dag få kommuner som har tatt hensyn til en slik utvikling. Komiteen mener derfor det nå er viktig at departementet vurderer hvordan det kan etableres gode omsorgs- og behandlingstilbud for denne gruppen»

Spørsmålene er mange og kunnskapene er fremdeles mangelfulle når det gjelder psykisk utviklingshemming og aldring.

Utvalgets arbeid:

Utvalgsarbeidet i SOR, med fokus på psykisk utviklingshemming og aldring, kom igang i januar -95

Utvalget fikk følgende formål/mandat:

- Å kanalisere og reise problemstillinger vedrørende psykisk utviklingshemming og aldring.
- Bidra til å sette disse problemstillingene på dagsorden i adekvate miljøer
- Bidra til å utvikle faglige nettverk mellom nasjonale fagmiljøer på feltet.
- Knytte kontakter med internasjonale fagmiljø som jobber med aldring og psykisk utviklingshemming
- Fremskaffe forskningsmidler og initiere forskning.
- Drive kunnskapsformidling.

Utvalget har etablert en arbeidsform som innebærer at det utarbeides en rullerende handlingsplan innenfor de rammer som er nedfelt i utvalgets formål og de ressurser som stilles til disposisjon. Sosial- og helsedepartementet har for inneværende år gitt et tilskudd på kr. 100 000,- til utvalgsarbeidet.

I 1995-96 har følgende oppgaver vært fokusert av utvalget:

I samarbeid med nordisk NFPU arrangerte utvalget/SOR et nordisk symposium om psykisk utviklingshemming og aldring, i Oslo i desember -95. Symposiet samlet 38 representanter fra 5 nordiske land. På bakgrunn av symposiet ble det utarbeidet en rapport.

Videreutvikle det nordiske nettverket gjennom bl.a. planlegging av nytt symposium i januar 1997 i Danmark.

Fordypningsseminar om psykisk utviklingshemming og aldring på SORs fagkonferanse i Bergen, våren -96.

Planlegging av nasjonal konferanse, sommeren 1997

Informasjonsformidling gjennom egen bulletin for aldring og mental retardasjon(BAM).

Utvikle et bibliotek- og referansedatasystem om psykisk utviklingshemming og aldring i samarbeid med INFO-banken.

Medlemmer av utvalget har dessuten i 95/96 registrert stor etterspørsel etter foredragsholdere til lokale og regionale seminarer, til høgskoler og habiliteringstjenesten. Psykisk utviklingshemming og aldring er blitt satt på dagsorden i en rekke organisasjoner, men oppmerksomheten om temaet må fremdeles søkes utvidet til flere.

SAMORDNINGSRÅDETS PRINSIPPROGRAM

Bakgrunn

Samordningsrådet har fra starten i 1951, hatt mennesker med psykisk utviklingshemming som målgruppe og tema for sin aktivitet.

Samtidig som Samordningsrådet er bæ-

rer av en tradisjon, har oppgavene endret seg dramatisk i takt med samfunnsutviklingen ellers. Det handler om spranget fra et samfunn stort sett uten kompetanse og ansvar for tiltak og tjenester til et samfunn hvor kommunene skal sikre gode levekår og livskvalitet for den enkelte.

Det kommunale tjenestesystemet skal være innrettet for det mål å skape et samfunn for alle - hvor rettigheter respekteres og hvor den enkelte inkluderes i samfunnslivet og har tilhørighet i sitt lokalmiljø: naboskap, skolen, arbeidslivet og kultur- og fritidsaktiviteter.

Samordningsrådet er bærer av en tradisjon som står for:

- gjennom samvirke mellom faglige og frivillige organisasjoner å sikre et uavhengig forum for informasjon og debatt som kan virke samordnende, med siktemål: holdningsbearbeidelse og bevisstgjøring av utfordringer og samfunnsmessig ansvar
- prioritere oppgaver i pakt med tiden og fokusere tema som er aktuelle og står for utvikling

I denne tradisjonen har politisk- og forvaltningsmessig ansvar, faglig kompetanse og frivillig engasjement hatt likeverdig respekt.

Ansvaret for tiltak og tjenester er spredt på alle landets kommuner og dermed vil tiltaks- og evalueringsprosesser skape et enormt erfaringsmateriale knyttet til stor spredning i oppgaver, kompetanse, økonomi og organisering.

Erfaringene er spredt - ja, selv på kommuneplan mangler ofte en samlende erfaringsbase:

Hva er premissene for inkludering i nærmiljø og samfunnsliv og hva med livskvalitet for mennesker under offentlig omsorg i egen bolig, eller i hvor stor grad vil erfaringer i tiltak og tjenester for mennesker med psykisk utviklingshemming bety kompetanse i forhold til andre personer med tilsvarende behovsregister.

Samfunnet ønsker mangfoldet, men kommunene søker samtidig etter samlende strategier og trygge løsningsmodeller i sin tjenesteproduksjon.

Samordningsrådet ser at denne utviklingen har skapt nye utfordringer som i større grad enn tidligere, understreker behovet for informasjonsflyt og nasjonale møtesteder. Vi er av den oppfatning at samling av den spredte kunnskapen, vil bety et nasjonalt løft i forhold til kompetanseheving, strategier og løsningsmodeller

Samordningsrådet vil for dette formålet bidra med informasjon og møtesteder for personer som ut fra sin rolle eller sitt faglige, politiske og humanitære ståsted, ønsker ny kunnskap og som i tillegg ønsker å prøve sine synsmåter og erfaringer i møte med andre.

Samordningsrådet har på denne bakgrunn og i pakt med sine tradisjoner fastsatt følgende prinsipper for fremtidig virksomhet:

Organisasjon og målforståelse:

Samordningsrådet er et interessefellesskap mellom medlemsorganisasjonene med det formål å arbeide for mennesker med psykisk utviklingshemming.

Interessefellesskapet representerer et mangfold av organisasjoner med stor bredde i mål og oppgaver.

Samordningsrådet skal derfor ha sin faglige og sosialpolitiske forankring i

- FNs erklæring om alminnelige og særlige rettigheter for psykisk utviklings-

hemmede
- FNs standardregler for like utviklingsmuligheter for funksjonshemmede
- og ellers prioriteringer medlemsorganisasjonene foretar og som er samlende for interessefellesskapet.

Stortingets innstillinger / vedtak i saker som vedrører levekår og livskvalitet for mennesker med psykisk utviklingshemming vil ofte sette dagsorden for SORs aktiviteter.

Samordningsrådet skal på denne bakgrunn være et fritt og uavhengig forum for informasjon og debatt om forhold som angår levekår og livskvalitet for mennesker med psykisk utviklingshemming. Dette inkluderer også andre med behov for tilsvarende type tjenester

Virksomhetsplanlegging:

Samordningsrådets samlede virksomhet skal være innrettet for informasjon, holdningsbearbeidelse og bevisstgjøring av målgruppens problemer og behov, dette med særlig vekt på
- sosialpolitisk debatt og påvirkning
- faglig utvikling og forskning
- styrking av organisasjonenes frivillige engasjement i tiltak og tjenester

Forøvrig skal åpenhet, f.eks. i plan- og evalueringsprosesser, vektlegges som en forutsetning for framskritt

Dette innebærer at Samordningsrådet kontinuerlig oppdaterer sin virksomhet i samsvar med samfunnsutviklingen ellers, og i særlig grad innenfor feltet levekår og livskvalitet for mennesker med psykisk utviklingshemming.

En skal i denne sammenheng legge vekt på oppgaver og utfordringer som kommer til uttrykk i Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede og årlige satsningsområder innenfor feltet.

Medlemsorganisasjonenes prioriteringer på feltet

Prioriterte oppgaver:

Tidsskriftet Rapport skal formidle informasjon av faglig og sosialpolitisk karakter og dessuten legge vekt på formidling av erfaringer i kommunal tjenesteyting og i aktuelle frivillige tiltak og tjenester

- Kurs- og Informasjonsutvalget (KIU) skal organisere en prosjektorientert virksomhet som er innrettet for informasjon, kompetansebygging og sosialpolitisk debatt og dessuten vektlegge samling av «den spredte kunnskapen» og behovet for inspirasjon og ny giv.

- Utvalget for psykisk utviklingshemming og aldring (UPA) skal bidra til å fremskaffe mer kunnskap på feltet, formidle kunnskap og utvikle faglige nettverk.
  Utvalget skal videre bidra til økt oppmerksomhet på problemstillinger knyttet til psykisk utviklingshemming og aldring.
  For å sikre størst mulig bredde, skal utvalget så vidt mulig også ha medlemmer oppnevnt av ulike fagmiljø, NFPU og dessuten observatører/medlemmer oppnevnt av sentrale faglige- og humanitære organisasjoner

- Forskningsfondene som ledes av et eget styre, har som formål å støtte forskning på alle områder som kan tjene til større forståelse av psykisk utviklingshemming og føre til bedre metoder for forebygging, behandling og opplæring. SORs styre skal følge virksomheten og om nødvendig påvirke strategien for fordeling av fondenes midler.

- Nordisk og internasjonalt kontaktnett betraktes som en forutsetning for bredest mulig orientering på feltet. Nordisk og internasjonalt engasjement skal derfor vektlegges
- Pionerprosjekter har tradisjonelt stått sterkt i frivillige organisasjoner og skal ha Samordningsrådets aktive støtte så sant prosjektet er i samsvar med organisasjonens prinsipielle syn.

Klipp fra MIN NYE HVERDAG

Norsk idrett skal bli for ALLE

Norge har som første land i verden vedtatt å jobbe for at alle mennesker skal kunne være på lag som medlemmer av samme idretttsklubb.

Integrering av funksjonshemmede i norsk idrett var oppe som egen sak på idrettstinget nylig. Tinget gikk enstemmig inn for det langsiktige og ideelle hovedmålet om at alle særforbundene tar det fulle ansvar for å gi et tilbud til alle funksjonshemmede gjennom sine lag. Det konkrete målet for perioden 1996-2000 er at minst 10-15 særforbund skal ha tatt et såkalt totalidrettsansvar for alle grupper funksjonshemmede.

Nytt forbund

Tinget vedtok også at Norges Handicapidrettsforbund (NIF) IPU-komité (Idrett for psykisk utviklingshemmede), går sammen i et nytt felles forbund innen 1. januar 1998. Hovedoppgaven til det nye forbundet er å være pådriver og rådgiver for integreringsarbeidet i særforbundene.

Styres lokalt

Forbundet skal også styrke rammebetingelsene for det lokale integreringsarbeidet. Fra 1998 skal en person ansettes på prosjektbasis i idrettskretsen i minst tre år. Denne stillingen skal finansieres sammen med NIF sentralt, idrettskretsen og fylkeskommunen. – Vi må ha et kretsledd som er pådriver i integreringsarbeidet. Dette arbeidet skal vi forsøke å få igang veldig fort, sier 1. visepresident Tove Strand Gerhardsen i NIF til Aftenposten. Hun har arbeidet med integreringstanken i idretten sammen med president Sverre Bergenholdt i Norges Handicapidrettsforbund.



Etiske problemstillinger i frivillig og profesjonelt arbeid i forhold til funksjonshemmede



Lillian SKullerud

av fagsjef Lillian Skullerud, Nasjonalforeningen

SORs representantskapsmøte, Oslo. nov. -96, drøftet etiske problemstillinger i frivillig og profesjonell tjenesteyting etter innledningsforedrag av Lillian Skullerud.

Under behandling av prinsipprogram og handlingsplan, vedtok representantskapsmøtet (etter forslag fra Kjell-Henrik Henriksen) følgende merknad:

«– stimulere til at det utvikles et egnet etisk begrepsapparat og stimulere til økte etiske kunnskaper og refleksjon i forhold til mennesker med psykisk utviklingshemming»

Lillian Skullerud åpnet sitt foredrag med følgende, til ettertanke:

For tiden avholdes det knapt noen sammenkomster uten å ha med noe om etikk - i så måte er vel mitt innlegg «alibiet» for SORs representantskapsmøte. Denne opptattheten av etikk på alle plan - er interessant i seg selv.

Mon tro om etikk og fokus på etiske problemstillinger er et av kjennetegnene på et sivilisert og solidarisk samfunn, eller om det tvert imot er kjennetegnet på et mer og mer egoistisk samfunn, der vi må sikre oss at ulikeverdet ikke løper løpsk.

Jeg vil komme til å belyse aktuelle problemstillinger - ikke vise til aktuelle løsninger av problemene. Bevisstheten eller oppmerksomheten omkring hva som kan være dilemmaer, er mitt mål med dette korte innlegget.

Etikk har å gjøre med anskuelser om hva som er rett eller galt, godt eller dårlig - en teoretisk refleksjon der grunnlaget for vurdering er valg av verdier.

Moral brukes om den konkrete atferden - altså etterlevelsen av oppfattelsen av rett og galt eller godt og dårlig.

Mitt innlegg handler om helse og helsefremmende og forebyggende arbeid.

Det handler om

- Omsorg
- Egenomsorg
- Avhengighet
- Makt

NOU 1 - 1992, side 15-16:

«Omsorgstjenester kan utføres under meget forskjellige organisatoriske forhold. Det kan skje gjennom en offentlig organisert virksomhet, gjennom frivillige organisasjoner, av private personer og som rene markedstjenester.

Omsorgstjenester kan gis med eller uten omtenksomhet eller hengivenhet, de kan virke både pasifiserende og umyndiggjørende på mottakeren, eller hjelpe til med å aktivisere mottakerens ressurser.

Kvaliteten på den omsorgen som gis, er selvfølgelig et kjernespørsmål, men dette er det lite systematisk kunnskap om. Utredningen er derfor blitt preget av informasjon om og vurderinger av kvantiteten på de ulike former for omsorgstjenester som gis.»

Omsorgsmotiv:

Enten man har valgt et profesjonelt eller frivillig omsorgsarbeid - eller begge deler, så forutsetter dette valget et motiv - et omsorgsmotiv.

I mange år har jeg vært med på å utdanne sykepleiere.

Egne erfaringer om studenters motiv for å starte i sykepleien sammenfaller med resultater fra studier som May Solveig Fagermoen, har utført med 5-års intervaller fra 1980 - 95: Det viser seg at de motivene som i første rekke nevnes er:

- Å gjøre noe for andre
- Å arbeide med mennesker
- Å kombinere arbeidet med andre ting: familie, utenlandsreise
- Muligheter for videreutdanninger, og forskjellige arbeidsområder
- Sikker arbeidsplass, sosial arbeidssetting
- Kallstanken
- Lønn

Når det gjelder motiver for frivillig omsorgsarbeid, har Håkon Lorentzen og Jon Rogstad i sin undersøkelse fra 1994, funnet følgende begrunnelser:

- Det verdimessige
- Læringen
- Selvaktelse
- Sosiale forventninger
- Arbeidsmarked

Det synes å være en motivlikhet når det gjelder profesjonelt og frivillig omsorgsarbeid

Signe Valset sier at:
«Omsorg er kjærlighetens praktiske handling som blir utført for omsorgsmottakerens skyld».
Valset har i en årrekke arbeidet med

nettopp omsorgsmotiver og det blir det første etiske dilemma; nemlig motivet:

Utøver vi omsorg for andre eller for oss selv - egentlig ?

EKTE OMSORG:	OMVENDT OMSORG:
• Behovsidentifikasjon/empati • Erkjennelse av egen kapasitet til å hjelpe	• Kontrollere andre/formynderi • Belønningspotensiale (ros, anerkjennelse, betydningsfullhet)
Desentrisk motivert (men oppmerksomhet på eget motiv - behov for å gjøre noe for andre - sekundært)	Egosentrisk motivert (de gode handlinger også belønning)

Noen vil kanskje hevde at så lenge målet nås, er veien uvesentlig.

Den funksjonshemmede får den hjelpen han/hun trenger, behovet dekkes. Omsorgsgiverens hensikter kan skjules og i beste fall ikke merkes. I tillegg dekkes omsorgsgiverens behov for ros/takknemlighet.

Andre vil si at måten omsorgstjenesten utøves på er essensiell for selve handlingen og handlingens mål. Å sette den andre foran seg selv vil merkes - nestekjerlighetens virkelige substans vil slik være en helsefremmende faktor.

Hvis ekte omsorgsmotiv er helsefremmende, kan vi da si at omvendt omsorgsmotiv er helsehemmende ?

Og: hva slags krav kan vi sette til mennesker som arbeider med funksjonshemmede - frivillig og/eller profesjonelt ?

Etiske retningslinjer:

De profesjonelle omsorgstjenestene styres av lover og regler, de etiske retningslinjer setter fundamentale områder i fokus.

F.eks. sikrer sykepleierens kodeks dette med å hindre forskjellsbehandling av omsorgsmottakerne, der det innledningsvis heter:

«Innebygget i all sykepleie er respekten for menneskets liv, rettigheter og verdighet, uavhengig av nasjonalitet, rase, tro, farge, alder, kjønn, politiske synspunkter eller sosiale status».

Et annet eksempel er fra legenes etiske kodeks:

«Aphysician shall allways bear in mind the obligation of preserving human life».

Jeg har undersøkt om det finnes etiske retningslinjer for ulike frivillige organisasjoner, men har til dags dato ikke funnet det.

Det finnes vedtekter med organisasjonens formål, diverse lover og statutter, men ingen krav til frivillige vedrørende forhold som vedgår etikk og moral.

I Nasjonalforeningen for folkehelsens lover står det å lese:

«Enhver kan melde seg inn som individuelt medlem av Nasjonalforeningen for folkehelsen».

I Samordningsrådets vedtekter heter det:

«De organisasjoner som slutter opp om SORs formål, kan - etter vedtak i styret - bli opptatt som medlem av SOR».

Den andre etiske problemstillingen lyder derfor: «Etiske retningslinjer i frivillig arbeid».

- Tør vi la være - for omsorgsmottakerens del?
- Tør vi sette krav – mister vi medlemmer ?
- Utgjør etiske retningslinjer en forskjell ?
- Vi imøteser Frivillighetsmeldingen som kommer på forsommeren.

Helseaspektet som etisk dilemma:

Den tredje etiske problemstillingen handler om målsettingen for frivillig og profesjonelt arbeid - helseaspektet.

Det implisitte kravet om egenomsorg, om forebygging og helsefremming, om rehabilitering, habilitering og lindring.

Målet er helse, en best mulig helse, en bedre helse. Dette har noe av inkrementalismens kjerne i seg. Det finnes ikke noe absolutt mål - målet er veien.

Vi finner igjen noe av denne tankegangen i Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede 1994 - 1997, s.28:

«Det er et overordnet mål at helsefremmende og forebyggende arbeid i alle sektorer skal tilrettelegges slik at funksjonshemmede skal få nytte av det, for allerede funksjonshemmede er det viktig å forebygge ytterligere redusering av funksjonsevnen».

«Helse er vår tids Gud», sier Inge Lønning.

Helse- og egenomsorgsbegrepet i den sammenheng det settes her, har enkelte betenkeligheter:

Vårt sterke fokus på helse og egenomsorg, rammer de som ikke selv klarer å hanskes med sine problemer, det være seg av fysisk, psykisk, sosial eller eksistensiell art.

Per Fugelli hevder at vår opptatthet omkring helse kan gi skyldfølelse og dårlig samvittighet. Det kan skape grobunn for en enda større helseulikhet og helsemessige klasseforskjeller.

Med «helsebrillene» på opprettholder og sementerer vi en holdning når det gjelder det å være uavhengig.

Uavhengighet er nøkkelen til suksess i et helsesamfunn der regelen «Den sterkestes rett» synes å gjelde.

Uavhengighet som verdi er ikke forenlig med den omsorgstanken vi så gjerne ser skal være kjernen i både frivillig og profesjonelt arbeid.

Omsorg eller det å bry seg om, springer ut i tanken om solidaritet.

Kari Martinsen retter søkelyset på de sosial- og helsepolitiske prioriteringer som gjøres og utfra hvilke kriterier de gjøres - og hun spør om det er slik at det er de som trenger det mest som får den hjelpen de bør ha, på den måten og til den tiden de bør ha den.

Martinsen retter søkelyset på verdiene som ligger til grunn for de etiske refleksjoner som går forut for den moral som følges:

Verdien uavhengighet er ikke vårt samfunn verdig, sier Martinsen, verdien avhengighet er derimot det vi må være opptatt av.

Vi vil alltid være avhengige av hverandre - når erkjennelsen av dette og virke-

liggjøringen av dette etterleves, vil respekt og aksept føre til at «Den sterkestes rett prinsippet» gjøres uaktuelt til fordel for «Ansvaret for den svake prinsippet».

Dette gir visse betenkninger til organisasjonen jeg selv representerer, der det heter i formålsparagrafen:

«Helsefremmende og forebyggende arbeid skal prioriteres, til fordel for pasientrettede tiltak».

Det etiske dilemma her er altså: Konsekvensene av vår helsebedrings-opptatthet.

Frivillig kontra profesjonelt omsorgsarbeid

Den siste etiske problemstillingen handler om frivillig kontra profesjonelt omsorgsarbeid, amatør kontra ekspert:

- Bør frivillige engasjere seg i saker/forhold av faglig karakter ?
- Bør profesjonelle engasjere seg i hvilke saker/forhold som frivillige arbeider med og hvordan dette gjøres ?

For alle profesjonelle omsorgsarbeidere er forskningsbasert kunnskap en fellesnevner.

Frivillig omsorgsarbeid baserer seg på den enkelte frivilliges personlige kunnskap, egenskaper og livserfaringer.

For den første kategorien betyr det at uansett hvilken psykolog eller sykepleier, fysioterapeut eller lege, den funksjonshemmede møter så kan vedkommende forvente et sett kunnskaper ut fra hvilken ekspertgruppe omsorgsyteren tilhører.

Kunnskap er først og fremst forskningsbasert. Personlig engasjement og personlige egenskaper vil utgjøre forskjeller i måten omsorgen utøves.

Når det gjelder kategorien frivillige vil kunnskapen stort sett være erfaringsbasert - den personlige delen fremheves. Grunnlaget for virksomheten er basert på vilje til medmenneskelighet. Relevant faglig kunnskap kan naturligvis tilegnes som frivillig, men man trekker på de personlige egenskapene som den frivillige i utgangspunktet har.

Selvhjelpstanken preger sterkt bildet av flere organisasjoner i dag, man beveger seg noe bort fra ekspertveldet og profesjonsorienteringen ved dette. Selvhjelpstanken kan virke truende for det etablerte og profesjonelle kunnskapsbaserte hjelpeapparatet.

Det etiske dilemma synes å være soleklart i min egen organisasjon:

En fagavdeling med 13 personer med faglig tyngde, 5 fagråd med 30 personer med faglig velde, 1100 helselag med ca. 100 000 frivillige.

Her møtes daglig de to kunnskapstradisjonene.

Håkon Lorentzen sier:

«Frivillig arbeid er et viktig supplement - ingen «billig» erstatning. Frivillig arbeid er et samspill av alle gode krefter - basert på kunnskapsformidling om verdier, behov, planer og mål»

Uansett frivillig eller profesjonelt omsorgsarbeid , så er det ett fellestrekk som hittil er lite fokusert og det er utøveren som rollemodell - rollemodell for nestekjerlighetens moral, etikk i praksis, og det burde vi som fagpersoner kaste våre øyne og oppmerksomhet på.

Jeg startet med å spørre om opptattheten av etiske problemstillinger enten er kjennetegnet på et egoistisk preget eller solidarisk preget samfunn. Jeg skal over-



En lydhør forsamling.

late funderingene over dette til dere - slik det også blir med de fire etiske problemstillingene i frivillig og profesjonelt arbeid i forhold til funksjonshemmede:

1. Omsorgsmotivet: hvem utfører vi omsorgstjenesten for - egentlig ?
2. Bør vi kreve etiske retningslinjer i frivillig arbeid - og hvorfor ?
3. Er det etisk forsvarlig med vår opptatthet av en bedre helse ?
4. Hvordan bevare og utvikle erfaringskunnskap hos ildsjelene i frivillig arbeid - i en befolkning med stadig økende krav til ekspertise, ikke minst hos eksperten selv ?

Jeg får med Knappestøperen i Per Gynt si at «mitt kall er ei at svare».

Takk for oppmerksomheten !

Støtt våre annonsører – de støtter oss!

ACTUATOR AS
Pb. 408 - 2801 Gjøvik - Tlf. 6118 0006

Nyttig om egen bolig

Regjeringen har gitt klart uttrykk for at det ikke er det norske velferdssamfunnet verdig å plassere yngre bevegelseshemmede i alders- og sykehjem for resten av deres liv.

Regjeringen foreslo derfor et eget tilskudd som kunne hjelpe kommunene i gang med å bygge opp andre former for bo- og omsorgstilbud til yngre funksjonshemmede, (se omtale av Statsbud-sjettet for 1997). Brosjyren *Om veien fra institusjon til egen bolig* er laget som et redskap for kommunene som står foran denne utfordringen.

Temaer som behandles er aktuelle lovbestemmelser, fiansiering av boliger, tekniske hjelpemidler, ulike former for døgntjenester, likemannsarbeid og adresselister. Brosjyren vil trolig være nyttig både for brukeren og tjenesteyter i samarbeid om en ny boform.

Brosjyren er gratis og offentlige etater kan bestille den hos Statens trykksakekspedisjon, Postboks 8169 Dep., 0032 Oslo, fax 22 24 27 86. Merk bestillingen: **I-0826.**

Det endelige Statsbudsjettet for 1997

Kommunene får mer penger til å løse viktige oppgaver for eldre, utviklingshemmede og funksjonshemmede. Det er resultatet av salderingen av Statsbudsjettet for 1997. Like før jul ble Statsbudsjetet endelig vedtatt.

Utviklingshemmede

Regjeringen gikk i forslaget til statsbudsjett inn for å øke tilskuddet til kommunenes tiltak for utviklingshemmede med 69 millioner kroner. Stortinget sa seg enig i dette, og bevilget i tillegg 50 millioner kroner. Økningen går til de såkalte innsatsmidlene (med 39,5 millioner kroner). Innsatsmidlene blir samlet på 221 millioner kroner, og vertskommunetilskuddet blir på 853,8 millioner kroner. SHD vil orientere om fordelingen av pengene i et rundskriv i februar i år.



SOR

SAMORDNINGSRÅDET

FAGKONFERANSE I OSLO

SORIA MORIA KONFERANSESENTER

9. - 10. JUNI 1997

ALDRING HOS MENNESKER MED PSYKISK UTVIKLINGSHEMNING -

ET NORDISK PERSPEKTIV

En verdig alderdom og livsavslutning hos mennesker med psykisk utviklingshemning.

- *medisinske, psykologiske og sosiale aldersforandringer*
- *adekvat organisering av tjenestene*
- *kvalitet, omsorg og holdninger*

AV INTERESSE FOR:
Helsesjefer, pleie- og omsorgssjefer. Andre ansatte i kommunale pleie- og omsorgstjenester. Ansatte i sosialtjenestene. De fylkeskommunale habiliteringstjenestene. Ledere og planleggere i kommuner og fylkeskommuner. Helse- og sosialfaghøgskoler. SORs medlemsorganisasjoner. Fylkesmannsembetene. Fylkeslegekontorene.

PROGRAM

MANDAG 9. JUNI

Kl. 11.00 **Åpning** ved *presidenten i Den norske lægeforening* ***Hans Petter Aarseth***

Kl. 11.30 **ALDRING OG FUNKSJONSHEMNINGER - UTFORDRINGER OG PERSPEKTIVER**

Foredragsholder: *Politisk rådgiver* ***Guri Ingebrigtsen,*** *Sosial- og helsedepartementet*

Kl. 12.00 **Lunsj**

Kl. 13.00 **CARE AND SERVICES PROVISION FOR AGEING PEOPLE WITH LEARNING DISABILITIES - VISIONS FOR THE FUTURE - PERSPECTIVES FORM CURRENT STUDIES**

Foredragsholder: ***Steve Moss,*** *Hester Adrian Research Centre, The University of Manchester*
(P.S. Et resymé av Steve Moss sine foredrag blir utdett på norsk).

Kl. 14.00 **Pause**

Kl. 14.15 **ULIKE MODELLER FOR TILTAK OG TJENESTER FOR ELDRE PSYKISK UTVIKLINGSHEMMEDE**

Innledere:
Marianne Smedegaard, *vicekontorschef Fyns Amt, Danmark*
Inge Ovesen, *rådgiver Oslo kommune, Norge*
Gun Eklund, *omsorgsdirektør Kårkulla samkommun, Finland*

Kl. 15.30 **Kaffepause**

Kl. 16.00 **PANEL - ORGANISERING AV TJENESTENE INTEGRERING, SEGREGERING ELLER SÆRLIG OMSORG**

Sølvi Knudsen, *NFPU*
Marianne Smedegaard, *Fyns Amt*
Inge Ovesen, *Oslo kommune*
Åse Marit Nygaard, *Norges Gerontologiske Institutt*
Gun Eklund, *Kårkulla samkommun*

Kl. 17.30 **Avslutning**

Kl. 19.30 **Middag og sosialt samvær**

TIRSDAG 10. JUNI

Kl. 09.00 **ALDERSDEMENS - HVA VET VI I DAG OM ALZHEIMERS SYKDOM?**
– årsaker, diagnose og behandling

Foredragsholder: *Klinisk stipendiat, cand. med.* ***Anne Brækhus***

Kl. 10.00 **DEMENTIA IN OLDER PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITIES - SYMPTOMS OF PHYSICAL AND MENTAL ILLNESS**

Foredragsholder: ***Steve Moss,*** *Hester Adrian Research Centre, The University of Manchester*

Kl. 11.00 **Kaffepause**

PARALLELLE SESJONER

	Når livet går mot slutten	Organisering av tjenester
Kl. 11.15	**SORG OG SORGPROSESSER** – erfaringer fra hverdagen – sorgens uttrykksformer, oppgaver og ritualer – sorgen og den legende kraft Innleder: *Fengselsprest* ***Terje Aulie,*** *Oslo*	**ELDREPEDAGOGIKK OG SOSIAL TILRETTELEGGING - UTFORDRINGER FOR HØGSKOLENE OG FOR PRAKSISFELTET** – paradokser i pedagogisk arbeid – «den tredje alders» fundament og kvalitet Innleder: *Senterleder* ***Kurt Wissendorf Møller*** *og institusjonssjef* ***Rose Olsen,*** *Danmark*
Kl. 12.30	**Lunsj**	
Kl. 14.00	**«EG KAN IKKJE BÆRA SORGEN FOR DEG, MEN EG KAN BÆRA DEN MED DEG»** – Personalreaksjoner ved dødsfall – oppfølging og veiledning av ansatte i sorgprosessen Innleder: *Vernepleier* ***Øyvind Pedersen,*** *Oslo*	**PRAKTISK TILRETTELEGGING FOR MENNESKER MED UTVIKLET DEMENS** – omsorgsplaner – vedlikeholdelse av evner – ivaretakelse av verdighet Innleder: *Sjefspsykolog* ***Knut-Ove Solberg,*** *Oslo*
Kl. 15.00	**Kaffepause**	
Kl. 15.15	**EN VERDIG LIVSAVSLUTNING** – hvorfor fikk mor Theresa Nobels fredspris? – det gjennomlevde liv – retten til eget liv Innleder: *Integreringsprest* ***Morten Svendsen,*** *Oslo*	**TILRETTELEGGING AV DAG- OG ARBEIDSTILBUD** – Utfordringer – løsninger og erfaringer – betydningen av kontinuitet Innleder: *Avdelingsleder* ***Gunnar Takvam,*** *Lindås*

Kl. 16.15 **Å LEVE TIL VI DØR**

Foredragsholder: *Biskop lic. theol.* ***Sigurd Osberg,*** *Tunsberg Bispedømme*

Kl. 17.00 **Avslutning.**

Forbehold om endringer i programmet

BAKGRUNN OG FORMÅL MED KONFERANSEN

Hva er SOR?
Samordningsrådet (SOR) er et fellesforum for humanitære- yrkes- og interesseorganisasjoner hvor spørsmål knyttet til bl.a. tiltak og tjenester for mennesker med psykisk utviklingshemning tas opp til belysning og drøftelse.

Levealdersutviklingen hos mennesker med psykisk utviklingshemning har resultert i at langt flere oppnår en høyere alder. Dette skaper mange utfordringer. Prognoser fra USA viser at i årene mellom 1990 og 2010 forventes antall personer med Downs syndrom over 40 år å øke med 75%. For gruppen over 50 år forventes økningen å bli på over 200%. Kombinert med kunnskapen om at Downs syndrom er den største enkeltårsak til psykisk utviklingshemning og at undersøkelse viser at gjennomsnittsalder for demenssykdommens begynnelse hos personer med Downs syndrom er 54,2 år, er dette et eksempel på utfordringer forårsaket av levealdersutviklingen i denne gruppen.

Temaet psykisk utviklingshemning og aldring er et av SORs satsingsområder. Det er nedsatt et bredt sammensatt utvalg for bl.a. å belyse problemsstillinger knyttet til psykisk utviklingshemning og aldring både når det gjelder epidemiologi, diagnostisering, tiltak og tjenester.
Gjennom å stimulere til større oppmerksomhet på feltet, initiere og formidle forskning, ønsker SOR at kunnskapen om hva som skiller aldringsprosessen hos mennesker med psykisk utviklingshemning fra aldringsprosessen i den øvrige befolkning blir styrket.

KONFERANSEANSVARLIG:

Gunnar Brekke, Rapport!SOR's Forskningsfond
Direktør Tor Visnes, Habiliteringstjenesten i Hordaland
Sjefspsykolog Knut-Ove Solberg, Hab.tj. Ullevål Sykehus
Rådgiver Inge Ovesen, Byrådsavd. helse og eldre, Oslo
Generalsekretær Tormod Mjaaseth, SOR

Påmeldingsslipp på 3. og 4. omslagside.

Drammen kommune
Helse- og sosialetaten
Nedre Storgt. 3, 3008 Drammen
Tlf. 3280 6800

Eid Energiverk
6770 Nordfjordeid
Tlf. 5786 1100

EIDSBERG KOMMUNE
Helse- og sosialetaten
Hareid Sykehjem
6060 Hareid
tlf. 7009 4470

HÅ KOMMUNE
Helse- og sosialetaten
Lyngveien - 4360 Varhaug - tlf. 5179 9800

HADSEL KOMMUNE
Rådhuset - 8450 Stokkmarknes - tlf. 7615 0000

Haugesund Meieri
P.b. 2034 - 5501 Haugesund
Tlf. 5272 1600

SCANIA
Norsk Scania AS
Pb. 143 Skøyen
0212 Oslo
tlf. 2206 4500

Averøy kommune
6530 Bruhagen - tlf. 7151 3111

Alfred Berge as
Elvevn. 4 - 1360 Nesbru
Tlf. 6684 5492

JM Johansen AS
Byøyvn. 7
8340 Stamsund
Tlf. 7608 9100

HOL SPAREBANK
3576 HOL
tlf. 3208 9121

Dantherm AS
Pb. 4 - 3101 Tønsberg

LUSTER SPAREBANK
5820 GAUPNE
TLF. 5768 1200

Bekkevold
Norderhovsgt.
3500 Hønefoss
tlf. 3212 4005

Ekra Gartneri
7083 Leinstrand
Tlf. 7284 6355

El-Team AS
3330 Skotselv
Tlf. 3275 6577

Nipro Bjørkelangen as
Servicevn. 4 - 1940 Bjørkelangen - tlf. 6385 6611

Alfa & Omega
Pb. 9936
0132 Oslo

Fagerlund Handel
2880 Nord-Torpa - tlf. 61 11 95 51

Fina forhandler
Arild Pedersen
Øvre Bakkerud - 3410 Sylling
Tlf. 3285 6195

Falck
Falck Produkter
Melkevn. 9 - 4950 Risør
Tlf. 3715 1866

Brødrene Holm as
Pb. 14 - 8430 Myre
Tlf. 7613 3933

ULSTEIN KOMMUNE
Omsorgsetaten
6065 Ulstein - Tlf. 7001 2000

Brønnøy kommune
8900 Brønnøysund
Tlf. 7509 3555

NEDRE EIKER KOMMUNE
Pleie- og omsorgsetaten - område 5
3050 Mjøndalen - Tlf. 3287 6680

Frog Trio Sveis a.s
Alt i maskin, sveise- og platearbeider
3500 Hønefoss - tlf. 3213 1225

Meldal kommune
7390 Meldal
Tlf. 7249 7500

NITTEDAL ENERGIVERK
Rådhuset - 1482 Nittedal
Tlf. 6706 8200

Elektroteam as
Industrivn. 1
1825 Tomter
Tlf. 6992 2553

El-Fag AS
2900 Fagernes
Tlf. 6136 0833

NKB Regnskap
Malmøgt.7 - 0566 Oslo
Tlf. 2271 7777

Stranda Bok- og kontorsenter
6200 Stranda - tlf. 7026 0061

Våler kommune
Helse- og Sosialsenteret
1592 Våler
Tlf. 6928 7005

SKIENS SÅPEFABRIKK A/S
Såper - kjem. tekn. artikler - vaske- og renholdsartikler
P.b. 125 - 3701 Skien - Tlf. 3552 1000

DØNNA KOMMUNE
8820 Solfjellsjøen
Tlf. 7505 5200

2009 NORDBY RÆLINGEN
GS CONTAINER UTLEIE
TLF. 63 70 19 MOBILTLF. 094 - 23576

Storebrand
Langesævn. 4
4800 Arendal
Tlf. 3701 7100

Nordmegler as
P.b. 392
8001 Bodø
Tlf. 7572 4805

NOME KOMMUNE
3745 Ulefoss
Tlf. 3594 6200

Reipå Samvirkelag
8146 Reipå
Tlf. 7575 5721

Stordal kommune
Helse- og sosialetaten
6250 Stordal - Tlf. 7027 8100

PÅMELDINGSSKJEMA
Fagkonferansen
9.-10. juni 1997
SORIA MORIA
Voksenkollvn 60, Oslo

SENDES TIL:
Berg-Hansen Reisebureau Kristiansand AS
Postboks 56
4601 Kristiansand
Tlf. 38 02 05 55 - Fax 38 02 08 87

Bindende påmelding innen 3. april 1997. Vennligst noter fristen, etteranmeldte vil bli tildelt plass så langt det er mulig.
Du vil motta regning for konferanseavgift og eventuelt opphold fra Berg-Hansen Reisebureau.

Navn:.....Tittel: .....

Arbeidssted:.....Tlf.:.....

Postadr./arb.sted .....Postnr./sted:.....

Vennligst oppgi betalende innstans:.....Tlf.:.....

Konferanseavgift: Kr. 1750,-

☐ Overnatting i enkeltrom Kr. 1285,- m/helpensjon (inkl. ekstra lunsj og kaffe)
☐ Overnatting i delt dobbeltrom Kr. 1025,- m/helpensjon sammen med .....

☐ Uten overnatting pr. person Kr. 640,- (som dekker lunsj, kaffe, adm. kostn.)

Avbestillingsregler:
Avbestillingsgebyr etter fristens utløp er kr. 400,-.
Ved avbestilling etter 1. juni redunderes 50% av fakurert beløp.
Avbestillingsforsikring ved sykdom kan tilbys: kr. 175,-.

☐ Ja takk, jeg ønsker avbestillingsforsikring.

Bestilling av flybilletter:

Deltakere som reiser med fly kan tilbys 35% rabatt på full pris med Braathens SAFE og SAS. Billettene må bestilles hos Berg-Hansen Reisebureau i Kristiansand.
Jeg bestiller:

Avreise fra: .....dato.....ca. kl.....

Retur fra: .....dato.....ca. kl.....

OBS: DET ER VIKTIG AT PÅMELDINGS-SKJEMAET BLIR KORREKT UTFYLT!

C

Retur:
SOR's sekretariat
Tormod Mjaaseth,
Hamreheia 17
4631 Kristiansand S.

Porto

Berg-Hansen Reisebureau Kristiansand A/S

Postboks 56

4601 Kristiansand S.