



TRONDHEIM KOMMUNE

En bedre hverdag for alle

Utviklingsfremmende helse og omsorgstjenester

- Mål
- Strategier
- Handlingsdel



August 2015

Forord

Rådmannens forslag til strategiplan for personer med utviklingshemming 2015 -2018 ”En bedre hverdag for alle”, ble behandlet i bystyret 18. juni 2015. Bystyret sluttet seg til mål, strategier og handlingsdelen slik de er nedfelt i planen med noen tilføyelser. Vedtaket fra bystyret er tatt inn i planen.

Siktemålet med planen er å beskrive ulike livsfaser som personer med utviklingshemming og deres familie kan støte på. Planen har konkrete mål, strategier og en handlingsdel som svar på disse utfordringene. Handlingsdelen har særskilt fokus på å implementere utviklingsfremmende helse- og omsorgstjenester.

Holdningene til utviklingshemming og forståelsen for integrering i samfunnet har endret seg de siste årene. Personer med utviklingshemming skal, så langt som mulig, ha de samme valgmuligheter som andre. Retten til selvbestemmelse er viktig for menneskeverdet, selvutvikling og egenidentitet. Det skal legges til rette for at mennesker med utviklingshemming kan bruke selvbestemmelsesretten sin og leve sine egne liv etter egne valg. Dette krever mulighet til ikke bare å gjøre valg i dagliglivet, men også til å få mulighet til å medvirke i større avgjørelser om sin livssituasjon.

Følgende sentrale verdier legges til grunn i dette arbeidet;

- likestilling av personer med utviklingshemming
- selvbestemmelse
- rettssikkerhet

Jeg håper at planen både vil gi ny kunnskap og økt forståelse for arbeidet med utviklingshemmede og ideer og inspirasjon til å forsterke arbeidet med å implementere utviklingsfremmende tjenester.

Trondheim, 18.08. 2015



Helge Garåsen

Saksprotokoll

Utvalg: Bystyret
Møtedato: 18.06.2015
Sak: 86/15

Tittel: **Saksprotokoll: Strategisk plan for utviklingshemmede 2015 - 2018**

Resultat: Behandlet
Arkivsak: 15/5232

VEDTAK

Bystyret vedtar den strategiske planen for utviklingshemmede 2015 -2018 med følgende punkter:

1. Mål og strategier slik de fremstår i den strategiske planen.
2. Rådmannen vurderer behov for nye boliger i forbindelse med budsjett- og økonomiplanarbeidet.
3. Bystyret forutsetter at en i løpet av 2016 kommer ned på maksimum 9 måneders ventetid, og ber rådmannen legge inn midler til dette i neste års budsjett. F.o.m. 2017 skal ventetiden være 6 måneder.
4. Rådmannen vurderer behov for nye plasser i aktivitetstilbud i forbindelse med budsjett- og økonomiplanarbeidet.
5. Rådmannen evaluerer retningslinjene for søknadsbehandling av bolig.

Behandling:

To notater fra rådmannen datert 15.6.2015 var lagt ut på innsyn før møtet.

Bente Kjøsnes (V) forslag pva V og H, nytt punkt 3:

Bystyret forutsetter at en i løpet av 2016 kommer ned på maksimum 9 måneders ventetid, og ber rådmannen legge inn midler til dette i neste års budsjett. F.o.m. 2017 skal ventetiden være 6 måneder.

Votering:

Innstillingen unntatt pkt 3 ble enstemmig vedtatt.

Ved alternativ votering mellom innstillingen pkt 3 og Kjøsnes' forslag ble Kjøsnes' forslag enstemmig vedtatt.

Elektronisk dokumentert godkjenning uten underskrift

Innhold

1. Bakgrunn.....	7
2. Mål og strategier	9
Mål	9
Overgang fra ungdom til voksen	10
Flytting til egen bolig.....	10
Utviklingsfremmende tjenester	11
Arbeid/aktivitetstilbud på dagtid	11
Fritidsaktivitet og ferie	12
3. Innledning	13
3.1 Definisjon – utviklingshemning.....	13
3.2 Varierende utvikling.....	14
3.3 Dagens organisering og antall brukere	14
3.4 Status - utfordringsbildet for utviklingshemmede	16
3.5 Statlige rammetilskudd til psykisk utviklingshemmede	19
4. Styringsdokumenter	21
4.1 Statlige styringsdokumenter	21
4.2 Kommunale styringsdokumenter	22
5. Sentrale verdier.....	23
5.1 Likestilling av personer med utviklingshemming	23
5.2 Selvbestemmelse	24
5.4 Rettssikkerhet	26
6. Beskrivelse av satsningsområdene	29
6.1 Overgangen fra ungdom til voksen	29
6.2 Flytting til egen bolig	31
6.3 Verdig voksenliv	33
6.4 Verdig alderdom	34
7. Utviklingsfremmende helse- og omsorgstjenester	35
7.1 Verdier og faglig god kvalitet	35
7.2 Utviklingsfremmende versus utviklingshemmende	36
7.3 Roller og oppgaver.....	37
7.4 Habilitering/rehabilitering/individuell plan	37
7.5 Kosthold	38
7.6 Fysisk aktivitet	39
7.7 Kommunikasjon og samhandling	40
7.8 Sansestimulering	41
7.9 Velferdsteknologi.....	41
7.10 Årlig helsesjekk	42
7.11 Internkontroll.....	42
7.12 Lovgrunnlaget	43
7.13 BOA-skolen	43
8. Aktivitetstilbud på dagtid	45

9.	Andre aktuelle tjenester	47
9.1	Avlastning	47
9.2	Brukerstyrt personlig assistanse(BPA)	47
9.3	Kultur- og fritidsaktiviteter	48
9.4	Ferie	49
9.5	Støttekontakt	49
9.6	Ledsagerbevis	50
10.	Eksterne samarbeidsparter.....	51
10.1	Videregående skole - opplæringstilbud	51
10.2	Habiliteringstjenesten for voksne	52
11	Handlingsdel	53

1. Bakgrunn

Personer med utviklingshemming skal, så langt som mulig, ha de samme valgmuligheter som andre. Retten til selvbestemmelse er viktig for menneskeverdet, selvutvikling og egenidentitet. Det skal legges til rette for at mennesker med utviklingshemming kan bruke selvbestemmelsesretten sin og leve sine egne liv etter egne valg. Dette krever mulighet til ikke bare å gjøre valg i dagliglivet, men også til å få mulighet til å medvirke i større avgjørelser om sin livssituasjon.

Grunnleggende verdier for helse- og omsorgstjenestene er trygghet, respekt, individuelle hensyn og valgfrihet, medvirkning, selvbestemmelse og faglig god kvalitet. Disse og andre verdier er nedfelt i regelverket for helse- og omsorgstjenestene. FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne fastslår i artikkel 25 at mennesker med nedsatt funksjonsevne skal ha en likestilt tilgang til helsetjenester. Behandlingen som gis personer med nedsatt funksjonsevne skal være av like god kvalitet som den som gis til andre, og behandling skal gis på grunnlag av fritt og informert samtykke. Etter artikkel 26 skal statene sikre habilitering og rehabilitering med sikte på at mennesker med nedsatt funksjonsevne kan oppnå størst mulig selvstendighet og utnytte sitt fysiske, mentale, sosiale og yrkesmessige potensial fullt.

Det er i løpet av de siste årene avdekket flere utfordringer innenfor de tjenesteområder som yter tjenester til «utviklingshemmede»:

- 1) Budsjetttutfordringer - tilbudet er i større grad styrt av økonomi enn av brukerbehov.
- 2) Flere personer med omfattende behov
- 3) Lang ventetid på bolig
- 4) Klager på tjenestetilbudet
- 5) Ulik funksjonell sammensetting av brukergruppen både i bolig og i aktivitetstilbud.
- 6) Mangelfullt tilbud om aktivitets-, ferie- og fritidsaktiviteter.

På denne bakgrunn har rådmannen utarbeidet strategiplan for voksne utviklingshemmede for å iverksette nye strategier som kan forsøke å løse nåværende og fremtidige utfordringer.

I løpet av de siste årene har Stortinget gjennom vedtak rettet søkelys mot utviklingshemmedes situasjon i kommunene. I juni 2013 sluttet Norge seg til FN konvensjonen: "Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne". Konvensjonen har et ti -talls artikler som har direkte konsekvenser for offentliges behandling av utviklingshemmede.

I juni 2014 behandlet Stortinget St.meld. "Frihet og Likeverd – om mennesker med utviklingshemming". Denne bygger på et omfattende utredningsarbeid gjennomført av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Utredningen fikk navnet «Slik har jeg det i dag». Meldingen sa at tiden er moden for en ny gjennomgang av levekårene for mennesker med utviklingshemming, samt å vurdere hvor langt vi har kommet i å gjennomføre ansvarsreformens mål. Stortingsmeldingen satte bl.a. fokus på følgende spørsmål:

- Har personer med utviklingshemming likeverdige levekår?
- Behandles personer med utviklingshemming som likestilte samfunnsborgere?
- Er det lagt til rette for deltakelse i samfunnet, kulturliv?
- Hvordan ivareta retten til selvbestemmelse?

- Tilbyr samfunnet nødvendig beskyttelse?
- Får personer med utviklingshemming den bistand og helsetjenester de trenger?
- Får de utvikle og videreføre sin egen evne til kommunikasjon og samspill med andre?
- Får de vedlikeholdt innlærte ferdigheter fra videregående skole?

Stortinget fattet følgende vedtak:

«Stortinget ber regjeringen sette ned et bredt sammensatt utvalg som skal foreslå egnede og konkrete tiltak som styrker grunnleggende rettigheter til personer med utviklingshemning, sin autonomi, privatliv, familieliv og samfunnsdeltakelse Mandatet til utvalget må inkludere mål, tiltak, kompetanse, rettsikkerhet, økonomi og styringssystemer som sikrer at nasjonale politiske mål innfris.»

Utvalget er oppnevnt og skal legge frem sin innstilling 01.06. 2016.

Stortingsmeldingen er det første offentlige dokument som tar konsekvensen av at Norge ratifiserte FN-konvensjonen. Konvensjonen hovedformål er å sikre personer med nedsatt funksjonsevne like muligheter til å realisere sine menneskerettigheter, samt å bygge ned hinder som vanskeliggjør dette. Konvensjonen skal bidra til å motvirke diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne.

Denne strategiplanen legger statlige føringer til grunn i artiklene i FN-konvensjonen og St. meld. ”Frihet og Likeverd – om mennesker med utviklingshemming”. Planen definerer mål og strategier innenfor følgende områder;

- Livsfaser med bakgrunn i kjente utfordringer; overgang fra ungdom til voksen, utflytting fra familiehjemmet, verdig voksenliv, verdig alderdom.
- Habilitering og mestring; fra videregående skole til arbeid og meningsfylte aktiviteter tilpasset individuelle behov, alminnelige kultur og fritidsaktiviteter og ferie.
- Implementere utviklingsfremmende helse- og omsorgstjenester i organisasjonen og legge til rette for fagutvikling.

Planen viser til en Handlingsdel for perioden 2015 – 2018.

2. Mål og strategier

For å ivareta valgmuligheter, selvbestemmelse, rettigheter og likeverdige tjenester for utviklingshemmede skal vi endre perspektivet mot utviklingsfremmende tjenester. Med utviklingsfremmende tjenester menes tjenester som setter brukeren i stand til å utvikle egne ferdigheter innenfor; dagliglivets gjøremål, dagliglivets opplevelse, innenfor arbeid, aktiviteter og fritid. Samtidig skal tjenestene ha et helse- og omsorgsperspektiv.

Utviklingshemmede personer har ulike behov for type og omfang av hjelp som andre personer med funksjonsnedsettelse. Personer med lett og moderat utviklingshemming klarer mange av dagliglivets gjøremål med tilrettelegging, veiledning og punktvis hjelp, mens personer med alvorlig psykisk utviklingshemming og dyp psykisk utviklingshemming er avhengig av livslang, og i mange tilfeller kontinuerlig hjelp fra offentlige tjenesteytere. Graden av funksjonshemming blir ofte avgjørende for hvor stor påvirkning nærpersionene ønsker å ha til tjenestene. Tjenestene som gis må derfor samtidig være tilpasset familiens behov for trygge tjenester, basert på enkeltvedtak som jevnlig evalueres. Nærpersoner må oppleve trygghet. Ansatte som arbeider med målgruppen må derfor inneha god kunnskap både om særskilte sykdommer knyttet til utviklingshemming og om familiesituasjonen. Brukermedvirkning skal ivaretas under hele prosessen ved kartlegging av funksjonsnivå – vurdering av tjenestenivå - utføring av tjenester – og evaluering av tiltak og endrede behov.

Mål

Det er utarbeidet mål ved ulike livsfaser for utviklingshemmede og mål for implementering av utviklingsfremmende (faglig forsvarlige) helse og omsorgstjenester, samt tilpasset innhold i aktivitet - og fritidstilbudet.

Overgang fra ungdom til voksen

Resultatmål 1:

Bruker har individuell plan for koordinering av sammensatte og kritiske overgangsfaser i livsløpet.

Resultatmål 2:

Den individuelle planen er revidert når bruker fyller 18 år.

Strategier

- Helse og velferds kontor(HVK) mottar to ganger per år oversikt fra Barne- og familietjenesten(BFT) over antall brukere med utviklingshemming som fyller 16 år. Oversikten skal vise diagnose med tilleggsproblematikk, type tjenestebehov, omfang av tjenester og en karriereplan.
- Ved 16 år legges det en karriereplan som inneholder utviklingsmål, utflytting fra foreldrehjemmet, arbeid eller eventuelt aktivitetstilbud, basert på brukers selvbestemmelse. Det oppnevnes koordinator som er ansvarlig for å koordinere tjenester og ressursbehov.

- o Barne- og familietjenesten sørger for informasjon til HVK om brukers(15 år) behov for antatte tjenester som voksen for å ivareta kontinuiteten i tjenestene og hjelpemidlene.
- o Ansvarsgruppens medlemmer skal representere både barne- og familietjenesten og helse- og velferd. Disse har oppdatert kunnskap om tilleggssykdommer til brukeren og har kontakt med habiliteringstjenesten for barn og voksne, samt samarbeid med nasjonale kompetansesenter og kunnskapsmiljøer.
- o BFT sammen med HVK gjennomfører samtale med bruker(16 år)/pårørende som en forberedelse til utflytting fra foreldrehjemmet eller eventuelt hvordan man kan legge til rette for å bo i foreldrehjemmet lengre.
- o Brukermedvirkning sikres i alle prosesser ved vurdering av tjenestebehov.
- Familien og/eller omsorgspersonen(e) sikres tilpassede avlastningstiltak i eget hjem og/eller avlastningsbolig gjennom enkeltvedtak.
- Ansatte har god kompetanse i kommunikasjon med bruker/pårørende.
- Rollen og ansvaret til koordinator er tydelig definert og har en felles benevnelse.
- Ansvarsgruppen videreføres / etableres.
- I rimelig tid før avslutning av videregående skole skal det fattes vedtak om dagaktiviteter og tjenestebehov etter endt skolegang og i samarbeid med NAV.

Flytting til egen bolig

Resultatmål 3:

Utviklingshemmede brukere som har fått vedtak om bolig og tilrettelagte tjenester skal ikke vente mer enn seks måneder.

Strategi

- Bruker/pårørende gis informasjon om aktuelle boligformer, finansieringsmåter og type tjenester det året bruker fyller 18 år eller tidligere dersom det er behov for dette.
- Nytt tjenestebehov skal fastsettes ved endt skolegang og tjenestebehovet etter utflytting fra foreldrehjemmet skal utredes.
- Tjenestemottaker og pårørende medvirker i hele prosessen før det fattes vedtak om type bolig og tjenester.
- Ved valg av bolig skal det legges vekt på brukers ønsker.
- Retningslinjer fra 14/10. 2014 om søknadsbehandling for bolig i bofellesskap for personer med psykisk utviklingshemming følges.
- Det legges til rette for boligkarrierer ut fra brukers funksjonsevner.
- Nye bofellesskap skal bygges slik at de faller naturlig inn i nabolaget og fremstår som en bolig.

Utviklingsfremmende tjenester

Resultatmål 4:

Personer med utviklingshemming har et tjenestetilbud som er tilpasset deres behov. Hver utviklingshemmede bruker har en koordinator som sørger for nødvendig oppfølging og sikrer samordning av tjenestetilbudet.

Strategi

- Alle ansatte har ansvar for å melde fra om den utviklingshemmedes behov for individuell plan (IP) og koordinator.

- Alle brukere har primærkontakt.
- Alle brukere har koordinator for individuell plan (IP).
- Minimum 40 prosent av ansatte i hver BOA enhet har høyskoleutdanning innenfor helse- og sosialutdanning.
- Individuell plan og/eller tilsvarende plan evalueres av ansvarsgruppen minimum en gang per år.
- Metodene som anvendes i tjenesten er basert på erfaring og anerkjent forskningskunnskap.
- Utvikle samarbeid med høyskole/universitet om evaluering og utvikling av metoder for å implementere ”beste praksis”.
- Helse og velferd oppretter egen BOA – skole (bo- og aktivitetstilbud) for ansatte, tjenestemottakere og pårørende med regelmessig undervisning. Alle ansatte skal ha basiskompetanse, samtidig som den enkelte ansatte også har spesifikk kunnskap i forhold til utfordringer den ansatte vil møte.
- Ansatte har god kunnskap som bidrar til gode helse- og omsorgstjenester.
- Heltidskultur som bærer preg av utviklingsfremmende relasjoner.
- Det opprettes ett byomfattende fagnettverk innenfor generelle samspillferdigheter, kommunikative metoder (alternativ supplerende kommunikasjon (ASK) og sansestimulering for utviklingshemmede.
- Velferdsteknologi som er utprøvd tas i bruk som supplement til helse og omsorgstjenestene.

Arbeid/aktivitetstilbud på dagtid

Resultatmål 5:

Flest mulige utviklingshemmede får tilrettelagt arbeid i det ordinære arbeidslivet i samarbeid med NAV. Alle utviklingshemmede brukere som ikke er i arbeid, har andre utviklingsfremmende aktiviteter.

Strategi

- Kommunen skal være en pådriver for at NAV legger til rette for at utviklingshemmede sikres tilgang til arbeidsmarkedet.
- Aktivitetstilbudene skal tilpasses brukernes ulike ferdigheter og organiseres i gruppe og/ eller individuelt.
- Det skal være et tydelig skille mellom hjemmet og aktivitetstilbudet / arbeidet – det skal vurderes individuelt da det finnes viktige grunner i noen tilfeller for det motsatte.
- Ansatte har kompetanse om tiltak som stimulerer til egenmestring og fysisk aktivitet for alle deltakere i aktivitetstilbud.
- Ivareta og videreutvikle innlærte ferdigheter fra skolen.
- Ansatte skal fortløpende vurdere om brukere har opparbeidet ferdigheter som kan kvalifisere for arbeidsrettede tiltak i samarbeid med NAV og som inngår i en karriereplan (IP).
- Brukere som er i arbeidsrettede tiltak mottar ”oppmuntringspenger”.
- Tjenesteytere har kunnskap om hva som motiverer brukeren.

Fritidsaktivitet og ferie

Resultatmål 6:

Brukerne opplever å ha meningsfulle og utviklingsfremmende fritidsaktiviteter på kveld og helg.

Strategi

- Det er tilgjengelig tilpasset informasjon om byens ordinære kultur-/friluftstilbud og tilrettelagte fritidsaktiviteter for brukerne.
- Det foreligger en individuell ukeplan for gjennomføring av aktivitet.
- Det er tilstrekkelig antall tilgjengelige ledsagere.
- Videreføre samarbeidet med Kulturenheten for å utvikle tilbud i tråd med brukernes interesser.
- Utvikle samarbeidet med frivillighetssentraler og frivillige organisasjoner.

Resultatmål 7:

Brukerne opplever å ha en innholdsrik ferie.

Strategi

- Ferie planlegges minimum 6 måneder før feriestart med henhold til ledsagere og dekning av utgifter.

3. Innledning

Planen gir først en definisjon av målgruppen og utfordringer som tjenesten står ovenfor. Deretter beskrives sentrale verdier i arbeidet med utviklingshemmede; likestilling av personer med utviklingshemming – selvbestemmelse – rettssikkerhet og Bruken av makt og tvang.

Deretter gis en fyldigere beskrivelse av noen tiltak innenfor livsfaser med bakgrunn i kjente utfordringer; overgang fra ungdom til voksen, utflytting fra familiehjemmet, fra videregående skole til arbeid og aktivitetstilbud, verdig voksenliv, alderdom og død, samt beskrivelse av utviklingsfremmende helse og omsorgstjenester og innholdet i aktivitetstilbud på dagtid. Helt til slutt foreslås en handlingsdel med tiltak for de fem satsningsområdene.

3.1 Definisjon – utviklingshemning

Utviklingshemning er en samlebetegnelse for en rekke ulike tilstander eller diagnoser. Felles kjennetegn er at evnen til å lære og til å klare seg i samfunnet, er redusert. Dette krever tilrettelegging og bistand.

Utviklingshemning eller psykisk utviklingshemning er en betegnelse på medfødt eller tidlig ervervet kognitiv svikt. Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU) bruker konsekvent betegnelsen ”utviklingshemmet” for å unngå misforståelser og sammenblanding med psykiske sykdommer. Fra 01.01. 2016 skal alle offentlige dokumenter bruke betegnelsen utviklingshemmede.

Kognitiv svikt fører til at funksjoner som tenking, oppmerksomhet, hukommelse, læring og språkforståelse er redusert.

Det er tre diagnostiske kriterier for å kunne gi den medisinske diagnosen psykisk utviklingshemmet: redusert mental funksjon, mangelfull tilpasning og at tilstanden har vist seg før personen har fylt 18 år.

Det medisinske fagfeltet klassifiserer psykisk utviklingshemming i følgende fire kategorier; lett psykisk utviklingshemming (IQ=50-69), moderat psykisk utviklingshemming (IQ=35-49), alvorlig psykisk utviklingshemming (IQ=20-34) og dyp psykisk utviklingshemming (IQ= under 20).

Utviklingshemning kan ha mange årsaker og blant annet; kromosomfeil, stoffskiftesykdommer, infeksjoner og sykdommer som røde hunder under svangerskapet, for tidlig fødsel og lav fødselsvekt og skader / komplikasjoner under fødselen, skader i forbindelse med sykdommer som hjernehinnebetennelse, hjernebetennelse eller skader ved ulykker.

3.2 Varierende utvikling

Hvor mye hjelp og støtte den enkelte vil trenge gjennom livet varierer fra person til person. Hvor omfattende utviklingshemmingen er, hvilke muligheter en har for å utvikle sine evner og anlegg, og hvordan omgivelsene legges til rette for den enkelte, er viktige

faktorer som vil påvirke livskvalitet og hjelpebehov.

Personer med en lettere psykisk utviklingshemming vil trenge lengre tid til å lære og å utvikle kompensatoriske funksjoner. De vil ha problemer med abstrakte begreper og å sette seg inn i hvordan andre tenker. De vil kunne lære å lese, skrive og enkel regning, men oppgaver der mange faktorer spiller sammen vil være vanskelig å takle. De skiller seg ikke mye fra andre barn forutsatt at de må møtes med forståelse. Generelt for utviklingshemmede er at de lærer best gjennom opplevelse.

Personer med en moderat utviklingshemming vil ha vanskeligheter med å generalisere. De er avhengig av det konkrete. De kan teknisk lære å lese, men tolkningen av det som leses kan være vanskelig. De forstår sitt nærmiljø ut fra egne erfaringer og konkret opplevelse og samspill. Tid kan være vanskelig å forstå.

3.3 Dagens organisering og antall brukere

Tjenesten er organisert i åtte enheter, to i hver bydel. Hver enhet har ansvar for både botilbud og aktivitetstilbud for aldersgruppen 18-67 år. 341 personer bor i leilighet i bofellesskap og har tilgang på hjelp gjennom hele døgnet, mens det er 363 brukere som har aktivitetstilbud. Aktivitetstilbudet gis både til personer som bor i og utenfor bofellesskap og de som fortsatt bor i foreldrehjemmet.

Trondheim kommune mottok i 2014 rammetilskudd for 485 utviklingshemmede. Offisielle statistikker viser til at ca 0,5 % av befolkningen har en slik grad av utviklingshemming at de har behov for bistand. Dette viser at tallene for Trondheim kommune sannsynligvis er for lave. Det er gjort undersøkelser i befolkningen ut fra kriterier Verdens helseorganisasjon definerer som viser at ca 1,5 % av befolkningen faller innenfor gruppen utviklingshemmede, men ikke alle har behov for bistand (kilde BUF- dir rapport 1 2013).

Antall utviklingshemmede brukere med tjenester

Tabell 1 viser antall brukere med diagnosen utviklingshemming i botilbud, bolig i nærhet til base og aktivitetstilbud de siste fem årene.

	2010	2011	2012	2013	2014
Antall utviklingshemmede i botilbud	221	246	247	259	262
Antall utviklingshemmede i aktivitets- tilbud	208	225	224	236	238
Antall utviklingshemmede NTB	38	30	30	40	48

Tabellen viser at 41 flere brukere har fått bolig i botiltak de siste fem årene, og 10 nye har fått bolig i nærhet til base. 30 flere brukere får nå aktivitetstilbud enn for fem år siden.

I tillegg ytes tjenester fra Bo- og aktivitetstilbud til ca 157 brukere som ikke har diagnosen psykisk utviklingshemming; Aspergers syndrom, autisme, personer med ervervet kognitiv svikt, yngre fysisk funksjonshemmet. 57 av disse bor i bofellesskap, mens 61 personer bor i nærhet til base (NTB) og mottar tjenester fra BOA, og 39 personer har kun aktivitetstilbud. (okt. 2014)

Antall årlige nye brukere fra barne- og familietjenesten

Tabell 2 viser antall årlige nye brukere fra barne- og familietjenesten

Nye brukere fra barne- og familietjenesten				
Fødselsår	f 1995	f 1994	f 1993	f 1992
Antall	14	16	13	15

Tabellen viser at det i gjennomsnitt overføres årlig 14-15 nye brukere fra barne- og familietjenesten til helse- og velferd. Erfaringstall viser at i gjennomsnitt er det 6 av 14 brukere som trenger leilighet i bofellesskap med tilgang på hjelp hele døgnet, mens ca 4 trenger bolig med base eventuelt punktvis tjenester. Ca 4 brukere kan bo i ordinære leiligheter med hjelp fra Hjemmetjenesten.

Erfaringstall viser at det årlig frigjøres i gjennomsnitt 10 leiligheter i botiltak og ca 8 aktivitetstilbudsplasser.

Siden rammetilskuddet for utviklingshemmede under 16 år falt bort fra 2011, må den nye registreringen bygge på tall fra oppvekstsektoren. Her kan det være nyttig hjelp at alle utviklingshemmede sannsynligvis har vedtak om ekstra ressurser i skolen. Bak et slikt vedtak er det en begrunnelse. Tidligere undersøkelser gjennomført i Norge viser at Trondheim med årskull tall på 2500 barn må regne med mellom 12 og 15 utviklingshemmede 16-åring med stort bistandsbehov.

Døgnavlastning i avlastningsbolig

Tabell 3 viser antall avlastningsdøgn i 2014:

2014	
15 døgnavlastningsplasser (kapasitet)	5.475
Avlastningsdøgn (benyttede)	4.200
Utnyttelsesgrad (%)	77 prosent
Antall brukere	50
Gjennomsnittlig døgn per bruker	84

Tabell 3 viser at det er tilstrekkelig kapasitet innenfor døgnavlastningstilbudet.

3.4 Status - utfordringsbildet for utviklingshemmede

3.4.1 Boliger

Trondheim kommune har de senere årene bygd flere bofellesskap og tilrettelagt for at flere kan eie eller leie ordinære boliger med ambulante tjenester. Til tross for flere nye boliger opplever enkelte fortsatt lang ventetid på leilighet i bofellesskap. I februar 2013 var det registrert 50 brukere på venteliste. Bystyret har bedt rådmannen om å sørge for at alle de 50 får bolig innen utgangen av 2015. I tillegg har formannskapet vedtatt mål om at ingen skal vente mer enn 6 måneder på bolig.

En ny gjennomgang av ventelisten i november 2014 viser at antallet som ventet er redusert til 12 personer. I tillegg er det 13 personer som venter på å få bytte til annen bolig/bofellesskap.

Tabell 4 viser personer på venteliste for bolig i bofellesskap med vedtak før 01.02. 2013:

Dato	Aktiv på venteliste
Februar 2013	50 personer
Mars 2014	22 personer
November 2014	12 personer

I tillegg er det 14 nye personer på venteliste etter 01.02. 2013.

Per november 2014 venter totalt	26 personer
---------------------------------	-------------

Tabell 4 viser at det er 26 personer som venter på leilighet i bofellesskap per nov 2014.

Tabell 5 viser dagens plan for avvikling av boligkø per november 2014 (26 personer).

	2015	2016	2017	2018
"Turn-over"	+10	+10	+10	+10
Nye leiligheter (bofellesskap)	0	0	+9	+9
Nye brukere	-6	-6	-6	-6
Redusert venteliste	-10 (22)	-10 (18)	19 (5)	0

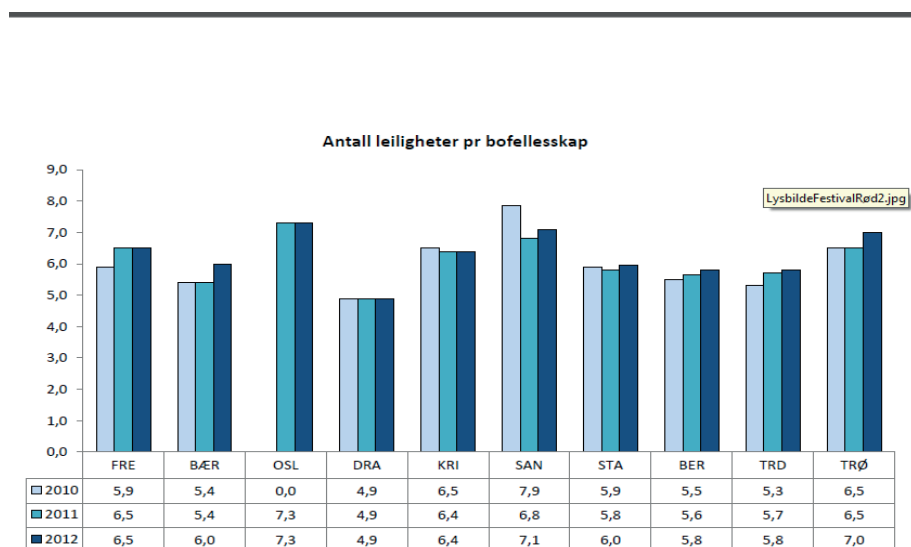
() viser status på venteliste.

Innenfor dagens planer for boliger kan 12 personer fra ventelisten før 01.02. 2013 forvente å få bolig innen utgangen av 2015. Personene som har kommet på venteliste etter 01.02. 2013 (14 personer) må vente frem til 2018 før nåværende venteliste er avviklet (erfarings-tall fra de siste 5 årene er lagt til grunn; ledige leiligheter i bofellesskap og nye brukere til bofellesskap).

Dersom vi skal redusere antall personer som står i ventekø til bolig og følge opp målet om inntil 6 måneders ventetid på bolig og tjenester, må det etableres inntil 15 nye leiligheter i 2015.

Tabell 6 viser antall leiligheter per bofellesskap i Trondheim sammenlignet med andre storbyer i Norge.

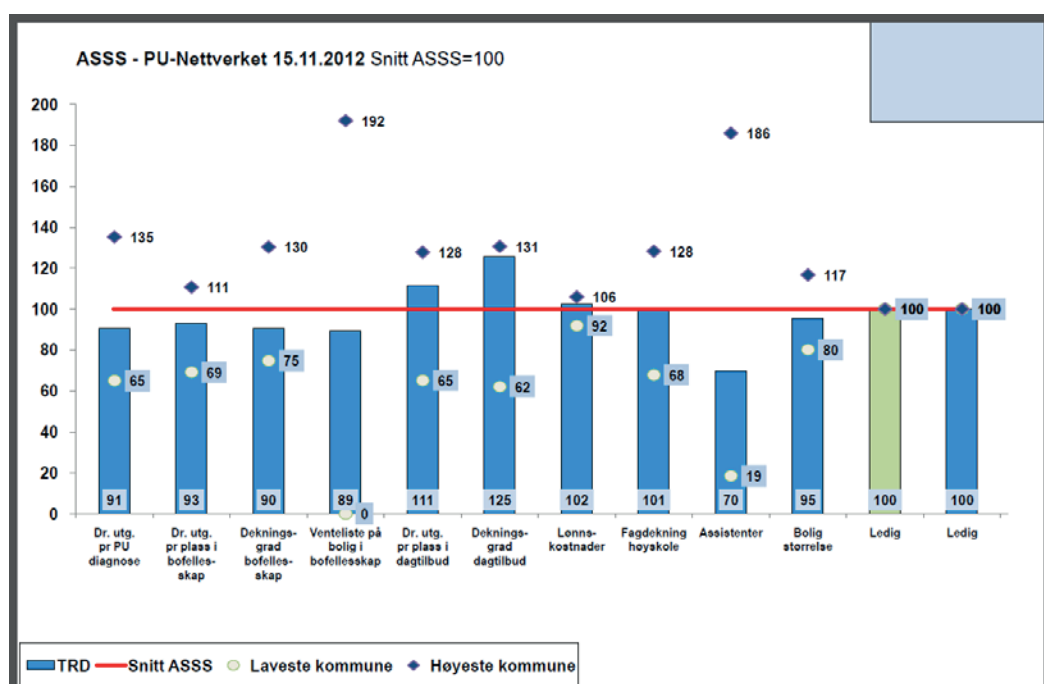
Tabell 6 viser antall leiligheter per bofellesskap i perioden 2010-2012.



Tabell 6 viser at TK har en økning i antall leiligheter per bofellesskap fra 5,3 til 5,8 på 3 år. Det er bare Drammen kommune som har færre leiligheter per bofellesskap(4,9). I løpet av de siste årene har Trondheim kommune bygd bofellesskap på inntil 9 leiligheter per bofellesskap.

Som alternativ til bofellesskap kan personer tilbys bolig i nærhet til personalbase, men et slikt botilbud vil ikke dekke behovet for de med mest omfattende tjenestebehov. For noen kan det være at behovet for bofellesskap som boform endres. Det er derfor viktig å identifisere når bofellesskap ikke lenger er nødvendig fordi en mer selvstendig livsform er å foretrekke.

Tabell 7 sammenligner ulike indikatorer for tjenester til utviklingshemmede med de største byene i Norge.



Tabellen viser at TK bruker mer ressurser per plass i dagtilbud og bedre dekningsgrad enn snittet for ASSS kommunene. TK bruker mindre ressurser per PU diagnose, driftsutgifter per plass i bofellesskap og har lavere dekningsgrad i bofellesskap enn snittet for ASSS kommunene. TK har samtidig færre på venteliste enn snittet for ASSS. TK ligger omtrentlig på snittet for ASSS når det gjelder fagdekning og har betydelig færre assistenter enn snittet for ASSS.

3.4.2 Aktivitetstilbud

Aktivitetstilbudene har de siste årene i større grad blitt tilrettelagt som gruppeaktivitet. Alle utviklingshemmede profitterer på å få være sammen med andre når de er på aktivitets-tilbudet. Når utviklingshemmede er på en fungerende gruppe, er de fleste utviklings-hemmede avhengig av individuell hjelp deler eller hele tiden når de er i gruppen. Erfaringer viser at noen personer med store funksjonsnedsettelse ikke nyttiggjør seg gruppetilbudet når den individuelle hjelpen tas bort. Flere utviklingshemmede har en individuell plan som krever individuelle tilbud i tillegg til gruppetilbudet.

I løpet av de siste årene er det lagt til rette for at brukere skal få aktivitetstilbudet i bydelen de bor i for å redusere transporttiden. 71-94 prosent av brukere har nå et slikt tilbud. Det er behov for nye og bedre lokaler bl.a. i Lerkendal bydel. Gjennom samarbeidet med

NAV har det blitt flere varige tilrettelagte arbeidsplasser i ordinære bedrifter, og tilgangen på skjermede plasser har økt. Det er fortsatt mangel på VTA plasser, da det er 19 personer som står på venteliste per desember 2014. NAV oppretter ikke nye VTO plasser i 2015.

Levekårene til mennesker med utviklingshemming berører et mangfold av samfunnsområder. Det er store variasjoner mellom sektorene og på tvers av sektorene når det gjelder hvilken kunnskap en har om situasjonen for mennesker med utviklingshemming og hvilke regler, ordninger og tiltak som er etablert.

3.4.3 Fagdekning

Tabell 8 viser fagdekning per januar 2014 for enhetene i BOA.

	Årsverk tot	Høgskole	Fagutd	Assistenter
Byåsen	78,8	25,8	39,3	13,7
Hallset	72,6	22,6	39,5	10,5
Lade	95,8	33	46	16,7
Strindheim	80,2	32	34	14,2
Kattem	93,4	32,1	49,7	11,6
Heimdal	131,9	38,4	65,7	27,8
Nardo	64,4	21,2	35,6	7,8
Moholt	54,9	21	28,2	5,6
Totalt	672	226,1	338	107,9
Andel av totale årsverk		33,6 %	50,30 %	16 %

Tabellen viser at BOA har god fagsammensetning, hvor 33,6 % har høgskoleutdanning. 50 % har fagutdanning, mens det er 16 % som mangler formell utdanning. Tabellen viser også store variasjoner mellom enhetene.

3.5 Statlige rammetilskudd til psykisk utviklingshemmede

Alle kommuner som yter særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester til enkeltbrukere kan søke delvis refusjon av direkte lønnsutgifter knyttet til disse tjenestene. Kriteriene for 2015 vil være:

- Refusjonskrav gjelder påløpte, direkte lønnsutgifter for 2014
- Innslagspunktet økes fra 1.010 000 kroner til 1.043 000 kroner.
- Kompensasjonsgraden beholdes uendret på 80 prosent.
- Fratrekktet for rammetilskuddets andel for kriteriet psykisk utviklingshemmede 16 år og over økes fra 576 000 kroner til 589 000 kroner.

For 2014 mottok Trondheim kommune 285 mill i rammetilskudd for kriteriet psykisk utviklingshemmede. Det tilsvarer 494 personer med diagnosen psykisk utviklingshemming mellom 16 og 67 år. Videre fikk kommunen utbetalt 173 mill kroner i refusjon for utgifter til særlig ressurskrevende brukere som fikk tjenester av kommunen i 2013 (285+173= 458 mill). En betydelig andel av dette tilskuddet er relatert til psykisk utviklingshemmede brukere.

Revidert budsjettet for utviklingshemmede i 2014 var på 513 mill kroner.

4. Styringsdokumenter

4.1 Statlige styringsdokumenter

Trondheim kommunes helse- og omsorgstjenester reguleres bl.a. av Helse- og omsorgstjenesteloven, Helsepersonelloven, Pasient- og brukerrettighetsloven og en rekke forskrifter om for eksempel Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, Internkontrollforskrift i helsetjenesten, forskrift om habilitering og rehabilitering.

Aktuelle dokumenter:

Meld. St. 45 (2012-2013) Frihet og likeverd – Om mennesker med utviklingshemming

Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg

Rapport nr 1/2013: ”Slik har jeg det i dag”. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Mennesker med utviklingshemming skal heller ikke diskrimineres! Informasjons- og utviklingsprogram 2010-2013. Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet.

Meld. St. 18 (2010-2011) Læring og fellesskap (Tidlig innsats og gode læringsmiljøer for barn, unge og voksne med særlige behov)

Meld. St. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet

De statlige dokumentene som knyttes til psykisk utviklingshemmede fokuserer særskilt på:

- Likestilling av personer med utviklingshemming
- Selvbestemmelse
- Rettssikkerhet

Menneskerettighetsloven

FN-konvensjonen om rettigheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne

Sosial- og helsedirektoratet 06/2004 (IS-1160) Fysisk aktivitet for mennesker med funksjonsnedsettelse.

4.2 Kommunale styringsdokumenter

Helse og velferd utarbeidet plan for helse- og velferdstjenester for befolkningen mellom 18-67 år (2011-2015) ”Yngreplan” i 2010. Planen definerer mål, strategier og tiltak for personer med funksjonsnedsettelse, uavhengig av diagnoser. Planen inkluderer bl.a. personer som er utviklingshemmede. Det er i tillegg flere aktuelle temaplaner for målgruppen som; Plan for helhetlige habiliterings- og rehabiliteringstjenester for voksne, Plan for fysioterapitjenester, Plan for legetjenester og Trondheim kommunes boligprogram.

Kommuneplanens samfunnsdel (2009-2020) viser til seks strategier for å oppnå målene: Mestring – Samhandling, Samarbeid og samordning – Medvirkning - Kommunikasjon – Ressursstyring – Kompetanseutvikling.



5. Sentrale verdier

Planen bygger på følgende sentrale verdier i arbeidet med psykisk utviklingshemmede; likestilling av personer med utviklingshemming, selvbestemmelse, brukermedvirkning, rettssikkerhet og tiltak for å unngå bruk av makt og tvang.

5.1 Likestilling av personer med utviklingshemming

Å sikre likestilling og hindre diskriminering innebærer både en plikt til:

- Å behandle like tilfeller likt
- Å tilrettelegge for forskjellighet

Forskjellsbehandling er tillatt i den utstrekning forskjellsbehandling er nødvendig for å oppnå et saklig formål, og ikke uforholdsmessig inngripende for den som forskjellsbehandles.

Diskriminering av personer med nedsatt funksjonsevne skjer også ofte ved at ulike tilfeller behandles likt. Personer med utviklingshemming vil ofte være i en livssituasjon som skiller seg fra befolkningen for øvrig. I en del situasjoner kan det være nødvendig å tilrettelegge for personer med utviklingshemming på grunn av individuelle egenskaper og forutsetninger. Når det gjelder fysiske forhold og informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er plikten til å tilrettelegge for forskjellighet tydeliggjort gjennom reglene i diskriminerings- og tilgjengelighetsloven om universell utforming og individuell tilrettelegging. Med universell utforming menes utforming av produkter, omgivelser, programmer og tjenester på en slik måte at de kan brukes av flest mulig uten behov for tilpassing eller en spesiell utforming.

Universell utforming innebærer ikke bare å tilrettelegge for fysiske funksjonsnedsettelse, men også for intellektuelle og kognitive funksjonsnedsettelse. Dette kan skje ved å utforme produkter, omgivelser, programmer og tjenester slik at de er enkle og intuitive i bruk, for eksempel ved bruk av symboler istedenfor tekst og tydelig skilting og informasjon. Det har blitt reist spørsmål ved om den økende bruken av digitale og automatiserte løsninger kan vanskeliggjøre deltakelse for personer med utviklingshemming. Etter likestillings og diskrimineringslovens § 9 og § 11 har virksomheter rettet mot allmennheten en plikt til universell utforming av IKT.

5.2 Selvbestemmelse

Retten til å bestemme over eget liv er et grunnleggende menneskerettslig prinsipp. Personer med nedsatt funksjonsevne har gjennom historien blitt diskriminert ved at deres menneskerettigheter har blitt tilsidesatt. I 2013 ble FN-konvensjonen ratifisert om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Retten til selvbestemmelse for mennesker med nedsatt funksjonsevne ligger som en grunnleggende premiss for utformingen av konvensjonen, og er tatt inn i konvensjonens fortale. Artikkel 12 i konvensjonen understreker retten til rettslig handleevne for personer med nedsatt funksjonsevne. Det er imidlertid knyttet flere dilemmaer til selvbestemmelse for mennesker med kognitive funksjonsnedsettelse. Erfaringer fra pårørende og tjenestene viser at det er store utfor-

dringer knyttet til grensen mellom selvbestemmelse og ivaretagelse. Flere kjenner til at en del personer med lett utviklingshemming har en livsførsel som er meget uheldig for dem selv og som de ikke har forutsetninger for å forstå konsekvensene av. For noen kan autonomi føre til avvisning av nødvendig bistand fra kommunens personell, økt sårbarhet for overgrep og utnytting, samt stigmatisering og diskriminering på grunn av hygieniske og adferdsmessige forhold. Økt passivitet og derav følgende nedsatt helse og funksjonsevne, mer ensomhet og mindre deltakelse i samfunnet er også kjente utfordringer. I forbindelse med utforming av og mottak av offentlige tjenester må den enkeltes rett til å medvirke ved utformingen av tjenestene ses i sammenheng med at det offentlige har en plikt til å anvende offentlige ressurser på en forsvarlig og hensiktsmessig måte i tråd med politiske føringer og norsk lov.

Det må tilstrebes at tjenestemottaker i så stor grad som mulig får anledning til å være med å bestemme hvordan tjenestene skal utformes innenfor gitte økonomiske, administrative og juridiske rammer. Mulighetene til selvbestemmelse for personer med utviklingshemming begrenses av formelle regler om fratakelse av myndighet og selvråderett. Samtidig er mange personer med utviklingshemming avhengig av bistand og hjelp fra andre, og står derfor ikke fritt til å disponere over egen hverdag. I de senere årene er det satt fokus på økt rettssikkerhet ved bruk av integritetskrenkende tiltak overfor personer med utviklingshemming. Mulighetene for bruk av tvang har blitt regulert i lov og forskrift og er undergitt streng kontroll og oppfølging. Fra 1. juli 2013 fikk vi ny vergemålslov. Dette vil skape økt vern for den enkeltes selvbestemmelsesrett, integritet og rettssikkerhet. Det er også vedtatt en rekke lover, regler og rutiner om rett til medvirkning og samtykke. Selv om det har skjedd en bedre regulering av mulighetene for å overstyre den enkeltes rett til selvbestemmelse og en styrking av retten til medbestemmelse, er ikke dette uten videre noen garanti for at den enkeltes integritet blir ivaretatt i praksis.

Personer med utviklingshemming skal, så langt som mulig, ha de samme valgmuligheter som andre. Retten til selvbestemmelse er viktig for menneskeverdet, selvutvikling og egenidentitet. Det skal legges til rette for at mennesker med utviklingshemming kan bruke selvbestemmelsesretten sin og leve sine egne liv etter egne valg. Dette krever mulighet til ikke bare å gjøre valg i dagliglivet, men også til å få mulighet til å medvirke i større avgjørelser om sin livssituasjon.

Normalt blir en person myndig, har ansvar for og bestemmer over seg selv, sine interesser og gjøremål fra vedkommende fyller 18 år (i helsespørsmål normalt 16 år). En del personer med utviklingshemming er imidlertid avhengig av hjelp og bistand enten i dagligdagse gjøremål, i arbeidslivet, ved utdanning, helsespørsmål eller andre forhold gjennom livet. At noen er nødt til å benytte offentlige tjenester ved større eller mindre gjøremål kan innskrenke den enkeltes frihet til å styre eget liv.

Noen mennesker har ikke forutsetninger for og kompetanse til å fatte beslutninger om eget liv, selv om de er voksne. Personer med utviklingshemming kan ha behov for hjelp til å analysere handlingsalternativer og foreta valg. I enkelte situasjoner eller forhold kan det være nødvendig å overstyre den enkeltes rett til selvbestemmelse for å forhindre skade på personen selv eller andre, eller for å ivareta den enkeltes grunnleggende behov. Det offentlige har derfor visse muligheter for å frata den enkelte rettslig handleevne, iverksette tvangstiltak eller ta beslutninger om behandling og omsorg på vedkommendes vegne. For å sikre den enkeltes rett til selvbestemmelse i så stor grad som mulig er det vedtatt en rekke regler og prosedyrer for medbestemmelse og krav om samtykke. De som har behov for bistand i hverdagen eller ved større beslutninger og disposisjoner har krav på slik bistand og hjelp fra det offentlige, innenfor de ulike sektorene.

5.3 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en grunnleggende del av verdigrunnlaget. Det individuelle møtet mellom bruker og hjelper står sentralt. Kvaliteten på møtet mellom bruker og hjelper kan måles opp mot i hvilken grad brukeren opplever å ha medvirkning i eget tilbud

Brukere har rett til å medvirke, samtidig som brukermedvirkning har en egenverdi, en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. Målet er god brukermedvirkning på individnivå, systemnivå og politisk nivå. En bruker er en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form. Med pårørende menes familiemedlem eller annen nærstående person til en som er i behov av eller nyttiggjør seg tjenester. Brukermedvirkning omfatter både brukere og pårørende.

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke. Det er også et virkemiddel på flere nivå. Blant annet kan brukermedvirkning bidra til økt treffsikkerhet i forhold til utformingen og gjennomføringen av både generelle og individuelle tilbud.

Brukermedvirkning har en åpenbar egenverdi i at mennesker som søker hjelp, på linje med andre, gjerne vil styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet.

Dersom brukeren i større grad kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, vil det kunne påvirke selvbildet på en positiv måte og dermed styrke brukerens motivasjon. Dette vil kunne bidra positivt til brukerens bedringsprosess, og således ha en terapeutisk effekt. I motsatt fall kan den hjelpeløsheten mange brukere opplever bli forsterket.

Kommunikasjon

Det viktigste i møtet mellom bruker og hjelper er god kommunikasjon. Dette fordrer at begge er åpne og lydhøre for hverandre. Om en av oss er usikker på noe, er det bedre å spørre enn å anta at den andre har oppfattet eller forstått det vi snakker om. Der er bedre å stille et spørsmål for mye enn et for lite. Man må sette av nok tid til å ta opp det som er viktig for at hjelpen skal bli best mulig. Hjelper har fagkunnskap - bruker kjenner problemene på kroppen, og vet mest om sine egne vansker. Kanskje må vi begge tenke nytt for å få til et likeverdig samarbeid? Brukererfaring og fagkunnskap må være likeverdige grunnpilarer både i kommunene og i spesialisthelsetjenestene. Når brukere trenger hjelp til å mestre hverdagen er det noen få, men viktige momenter å huske på for at hjelper og bruker sammen skal kunne finne fram til den beste hjelp og støtte brukeren trenger;

- bli tatt på alvor
- bli behandlet med respekt
- føle tillit og trygghet
- få hjelp når behovet er der

Det er også viktig at behandler har "store ører", og evne til å lytte, samt være et medmenneske i sin behandlerrolle.

Lovhjemler for brukermedvirkning:

- Helsepersonelloven § 10 a og § 33
- Helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1, § 3-1 første og andre ledd og § 4-2.
- Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 3-7a
- Rett til medvirkning og informasjon er lovfestet i § 3-1 og kapittel 3.
- Lov om sosiale tjenester i NAV § 42 og lov om arbeids- og velferdsforvaltningen § 15 (NAV-loven).

5.4 Rettssikkerhet

Prinsippet om rettssikkerhet er gjennomgående forankret i menneskerettighetene. FN-konvensjonen har uttrykkelige bestemmelser om rettssikkerhet for mennesker med nedsatt funksjonsevne i artikkel 12 og 13. Rettssikkerhet er samtidig en forutsetning for demokratiet. Det er avgjørende for et godt fungerende demokrati at lover og regler som vedtas blir gjennomført i praksis og kommer rettighetssubjektene til gode.

5.4.1 Rettssikkerhet i forvaltningen

Det er etablert en rekke ordninger, regler og tiltak for å sikre gode levekår for personer med utviklingshemming. Men det er ikke alltid samsvar mellom de rettighetene man har og hvordan rettighetene innfris. Det er ofte manglende informasjon om de rettigheter og ordninger som er etablert, lang saksbehandlingstid, urettmessige avslag på ytelser, mangler ved vedtakets innhold, manglende eller mangelfull iverksetting av vedtak og lang klagesaksbehandling. Mange har begrensede muligheter til å vurdere sin egen rettsstilling, og få muligheter til å kreve sine rettigheter oppfylt gjennom en rettsprosess. Det er derfor avgjørende at rettssikkerheten er ivaretatt på en god måte i forvaltningen. Rettssikkerhet og likeverdige tjenester gir et mer solidarisk samfunn. Flere offentlige tilsynsorganer og ombud skal påse at den enkelte får oppfylt sine rettigheter i møtet med forvaltningen.

5.5 Bruk av tvang og makt

Formålet med lovgivningen som regulerer bruken av tvang og makt ovenfor utviklingshemmede skal så langt som mulig søke å unngå eller begrense bruk av makt og tvang. Rundskriv om tvang og makt knyttet til kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven har vært sentral for å bevisstgjøre tjenesteytere for alternative valg. I tilfeller der det ikke er alternativ til tvang og makt skal det foretas en omfattende saksbehandling som gir tjenestemottaker et godt rettsvern.

I helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9 er det gitt særskilte rettsikkerhetsforanstaltninger ved bruk av tvang og makt som ledd i helse- og omsorgstjenester til psykisk utviklingshemmede. Etter nærmere bestemmelser åpner loven for anvendelse av tvang og makt i:

- a. skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner
- b. planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner
- c. tiltak for å dekke brukerens eller pasients grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak

Beslutningen om bruk av tvang eller makt skal nedtegnes skriftlig i samsvar med de regler som er fastsatt i lovens § 9-7. Beslutningen skal straks sendes Fylkesmannen, som av eget tiltak skal overprøve vedtaket med unntak av vedtak om skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner. Fylkesmannen kan prøve alle sider av saken. Saker som på denne måten er overprøvd av Fylkesmannen, kan av pasient eller bruker påklages videre til Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker.

5.5.1 Ombud

I medhold av pasient- og brukerrettighetsloven er det i alle fylker opprettet et eget

pasient- og brukerombud som skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor helse- og omsorgstjenesten. Pasient- og brukerombudet skal gi den enkelte pasient og bruker informasjon, råd og veiledning, og har rett til å uttale seg generelt eller konkret i den enkelte sak til helse- og omsorgstjenesten.

Trondheim kommune har eget ombud for brukere av helse, omsorg, sosial og oppvekst-tjenester. Ombudet kan blant annet hjelpe til med å finne fram i det offentlige byråkratiet og veilede i forhold til regler og kommunal saksbehandling. I tillegg gir ombudet råd og veiledning til å utforme en eventuell klage. Ombudet er et uavhengig kontrollorgan som jobber med å bedre kvaliteten i tjenestene. Som bruker eller pårørende kan du kontakte ombudet, også anonymt. Tjenesten er gratis og ombudet har taushetsplikt. Ombudets uttalelser er rådgivende, altså ombudet har ikke vedtaksmyndighet. Ombudet rapporterer til politikerne og rådmannen om praksis som er uheldig for brukere av kommunens tjenestetilbud.

6. Beskrivelse av satsningsområdene

Planen beskriver følgende satsningsområder; overgangen fra ungdom til voksen, dvs. fra ungdomsskole til videregående skole og ivaretagelse av helse og omsorgstjenester, utflytting fra foreldrehjemmet, verdig voksenliv og alderdom.

6.1 Overgangen fra ungdom til voksen

Overgangsperioder bringer alltid med seg ulike muligheter, inkludert sjansen til å reflektere over og føle stolthet over sine prestasjoner, være håpefull for fremtiden og kanskje også å gi avkall på karaktertrekk vi ikke lenger ønsker å være bekjent av. For unge mennesker med funksjonshemninger og deres familier innebærer overgangen fra barndom til voksenliv ofte flere utfordringer i forhold til andre. For utviklingshemmede er mentale og fysiske helseproblemer mer vanlige. De sosiale problemer oppstår ofte i barndommen, men forsterker seg ved overgangen til et mer komplekst liv.

Overgangen fra barn til voksen er karakterisert ved at de med lettere funksjonshemming får større valgmuligheter og økt selvbestemmelse som følge av økt uavhengighet av foreldre og foresatte. For foreldre og omsorgspersoner til denne gruppen utviklingshemmede er denne perioden gjerne preget av bekymring. Forståelsen av risiko kan variere stort mellom foreldrene og den unge. Man må derfor forsøke på best mulig vis å redusere risikoen for den psykisk utviklingshemmede og samtidig unngå å legge for store restriksjoner på vedkommendes selvstendighet og tilgang til de samme mulighetene som deres jevnaldrende har. En viktig del av denne prosessen blir å vektlegge øvelse i ferdigheter som i større grad kreves i voksenlivet. Man bør også være bevisst på at det helsemessige tilbudet ikke må svekkes fordi man går over fra faste rutinemessige sjekker til avtaler etter behov.

Graden av funksjonshemming vil imidlertid variere. For mange begynner nå en planlegging av et livslangt behov for bistand og tilrettelegging fra statlige og kommunale enheter. Her er det viktig i en habiliteringssammenheng at det bygges på den innsatsen som er gjort tidligere. Det er særskilt viktig å ivareta kontinuiteten i habiliteringsarbeidet i overgangen mellom forvaltningsnivåene.

6.1.1 Samarbeid med pårørende

Det kreves samarbeid med foresatte/verge for utviklingshemmede som ikke har samtykkekompetanse. Dette er spesielt viktig ved utflytting fra foreldrehjemmet til egen bolig. Det kan i mange tilfeller oppleves problematisk for pårørende og «gi slipp på» barna sine for at de skal bli selvstendig voksne. I denne prosessen er det vesentlig at ansatte lytter og tar innspillene til pårørende på alvor og samtidig trykker deres situasjon med forsikringer om at den utviklingshemmede ivaretas med gode og tilstrekkelige tjenester. På denne måten skapes tillit. Det er viktig å unngå at mange småsaker vokser unødige og blir til konflikter. Denne typen konflikter tar vanligvis mye oppmerksomhet og ressurser. Den enkeltes behov og ønsker skal selvsagt stå i fokus, og de må selv involveres i beslutninger

ut fra sine forutsetninger. For mange utviklingshemmede er det likevel helt nødvendig at pårørende/verger involveres i beslutninger, noe som krever god dialog.

Støtte og involvering av pårørende og nettverk er av stor betydning for å oppnå samarbeid med pårørende. De er en ressurs og bør møtes som en samarbeidspartner ut fra den rollen de innehar, samtidig som de trenger oppmerksomhet og omtanke fra tjenesteapparatet. Noen pårørende har også behov for konkret oppfølging eller egne tjenester.

6.1.2 Hvordan greie en vellykket overgang

For at overgangen til voksenlivet skal bli vellykket er det flere punkter som kan trekkes frem:

- Tidsperspektiv for overgangen.
Her kan det være viktig å bli enig om en målsetning i forhold til når man ønsker at overgangen skal skje. Dette kan gjøre det lettere i forhold til omsorgstjenestene, men for den psykisk utviklingshemmede er det også en fordel å ha fornuftige forventninger til når denne fasen skal inntreffe.
- En periode med forberedelser og kartlegging av ferdigheter.
Det vil være krevende å overføre en person til voksenlivets utdannings- og helse-tjenester hvis vedkommende ikke har forutsetninger for å fungere i en slik sammenheng. Derfor er det viktig at det gjøres et forarbeid. For mennesker med store helseproblemer kan dette for eksempel innebære kontroll om vedkommende er i stand til å håndtere sin egen medisinerings.
- Koordinert overgang.
Dette innebærer at alle relevante fagpersoner dras inn i en kartlegging av det unge menneskets behov og at denne innsatsen koordineres. De nye voksentjenestene bør spille en mest mulig aktiv rolle i denne overgangsfasen.
- Evaluering av overgangsordningene.
Tjenesteyterne bør jevnlig evaluere sin praksis så de hele tiden holder tritt med endringene i unge menneskers behov.

For ungdom med omfattende funksjonsnedsettelse er det viktig å sikre kontinuitet i de utviklingsfremmende tiltakene som er satt i verk allerede fra grunnskolealder. Denne sikringen skjer best ved overlapping mellom forvaltningsnivåene. Ansvarlige for oppfølging gjennom grunnskolen bør følge den utviklingshemmede inn i voksenlivet. Målrettede habiliteringstiltak i tidlig ungdomsalder må ikke avbrytes på grunn av at andre forvaltningsnivå i det offentlige overtar. Det må sikres kontinuitet i disse overgangene.

Ved overgang fra grunnskole til videregående skole må den videre "arbeidslivs- og boligkarriere" starte opp. Det videre systematiske habiliteringsarbeidet mot arbeidslivet og utflytting fra foreldrehjemmet til egen bolig må planlegges og være klart i god tid før avsluttet videregående skole. For noen vil aldri et ordinært arbeidsliv være aktuelt.

6.1.2 utfordringer fremover – samhandling

Samspillet mellom de ulike tjenesteytende tilbudene er helt avgjørende hvis støtteapparatet skal fungere i overgangsfasen til voksenlivet. Dette gjelder spesielt samarbeidet mellom tjenester for utviklingshemmede, de generelle helsetjenestene og utdanningssystemet. En måte å koordinere disse tjenestene bedre på er å organisere felles møter der helseproblemer og livs karriere drøftes.

For at den beste støtten skal være tilgjengelig i overgangen til voksenlivet er det også viktig at tjenesteyterne besitter den nødvendige profesjonaliteten og fagkompetansen. Spesifikk opplæring i de fysiologiske og juridiske sidene ved overgangen til voksenliv bør belyses og tjenesteyterne bør samtidig få en innføring i hvilke andre institusjoner som er involvert i omsorgen av unge mennesker med utviklingshemming. Når det gjelder det siste bør det rettes oppmerksomhet mot forskjellene i struktur og tilnærming ved de ulike institusjonene. Enkelte av dem kan for eksempel benytte seg av individbaserte tilnærminger, mens andre vektlegger mer nettverket rundt individet. Disse tilnærmingene kan i beste fall supplere hverandre og bane vei for en mest mulig omfattende forståelse av den utviklingshemmedes behov.

6.2 Flytting til egen bolig

Kommunen har ansvar for å legge forholdene til rette for en god og forsvarlig boligpolitikk som omfatter alle kommunens innbyggere. Kommunenes plikt til å medvirke til å skaffe boliger for vanskeligstilte er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven og lov om sosiale tjenester i NAV. For å støtte kommunene i sitt arbeid med å fremskaffe egnede boliger til blant annet personer med utviklingshemming og andre som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, er det utviklet flere tilskudds- og låneordninger. Ordningene retter seg både mot kommuner og enkeltpersoner.

HVPU-reformen innebar at utviklingshemmede skulle flytte ut av institusjonene og inn i ordinære boliger og at voksne utviklingshemmede, som hadde behov for det, skulle få bistand til å flytte ut av foreldrenes hjem. I 1987 bodde det ca. 5 250 mennesker med utviklingshemming på institusjon. Fram til midten av 1990-årene hadde alle fra institusjonene fått en bolig i den kommunen de valgte å flytte til. Om boligens utforming het det at den skulle være en vanlig bolig i et vanlig bomiljø og at hvert hushold skal ha selvstendige leiligheter. Tjenesteytingen skulle ikke knyttes til en spesiell bolig. Tjenestene skulle knyttes til den enkelte person ut ifra forutsetninger og behov (St. meld. nr. 67 (1986 – 87)). I St. meld. nr. 47 (1989–90) Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemning, blir det understreket at det, under omleggingen av tiltakene, ikke må bygges opp en ny kommunal særomsorg. Det skal satses på fleksible ordninger tilpasset den enkelte innenfor det vanlige hjelpeapparatet i kommunen. Det er viktig å gi den enkelte en bolig som ikke har en institusjonskarakter og at bofellesskap blir organisert slik at disse fungerer som et hjem. Det fastsettes ikke noe tall på hvor mange beboere som kan inngå i et bofellesskap, men det understrekes at dette må vurderes nøye ut fra beboernes ønsker og behov.



6.2.1 Medvirkning ved valg av bolig

Forskning viser at selvbestemmelse for personer med utviklingshemming ofte er begrenset når det gjelder de store beslutningene i livet som for eksempel hvor en skal bo og hvem en skal bo sammen med. Personer med utviklingshemming hadde begrenset innflytelse over eget liv og egen hverdag på HVPU-institusjonene. I dag er mange unge med utviklingshemming godt integrert i skole og fritid i sitt nærmiljø. Unge mennesker med utviklingshemming som i dag skal flytte fra foreldrehjem til eget hjem er mer trygge i egne valg enn tidligere, og er i større grad vant til å ha innflytelse i eget liv. De kan sies å tilhøre det Gustavsson kaller ”integreringsgenerasjonen”. Likevel bor ofte personer med utviklingshemming tett sammen med mennesker de ikke selv har valgt å bo sammen med eller er i familie med. De har det en kan kalle medboere. Medboere er naboer, men bor tettere innpå enn det som er vanlig blant naboer. Medboere kan også kalles ”administrativt

regulerte relasjoner”, fordi personene er plassert sammen ut fra måten tjenestene rundt dem er organisert på. Bare 18 prosent av de spurte i Tøssebro og Lundebys undersøkelse i 2001 sa at de hadde valgt å bo sammen med de personene de bodde sammen med. Tøssebro påviser ingen sammenheng mellom store bofellesskap og mulighetene for selvbestemmelse. Det viktige for ivaretagelsen av mulighetene for selvbestemmelse er sannsynligvis at den enkelte beboer har sin egen separate leilighet, uavhengig av størrelse på bofellesskapet. Det er helt sentralt at tjenesteutøverne har en bevissthet om brukernes rett til selvbestemmelse, respekt for privatlivet og den enkeltes verdighet, for å unngå institusjonspreget omsorg. Noen forskere har påpekt at boformen gir noen organisatoriske og fysiske betingelser for det liv som leves i boligene. Dyrendahls utgangspunkt er at boform langt på vei bestemmer livsform. Ulike boformer gir ulike føringer for hvordan tjenestene blir organisert og utøvd, og er dermed bestemmende for brukerens dagligliv. Ved utformingen av tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemming er det viktig å ta utgangspunkt i individuelle behov, og ikke i boform.

Boligutvalget (NOU 2011: 15 Rom for alle – en sosial boligpolitikk for framtiden) trekker frem at kollektive boformer ikke er problematisk i seg selv, men det er problematisk hvis den enkelte mangler valgmuligheter og blir plassert i en bolig som skaper hindre for å leve et godt liv. Utvalget legger vekt på at det bør være en god dialog mellom kommunen og beboeren for å finne en løsning tilpasset den enkeltes ønsker og behov.

6.2.2 Husbankens virkemidler

Husbanken har følgende virkemidler som kan benyttes til boliger for personer med utviklingshemming:

- Tilskudd til etablering
Tilskudd kan eventuelt gis i kombinasjon med grunnlån eller startlån. Førstnevnte vil ofte bli brukt der det er aktuelt å etablere et borettslag. Ved kjøp av bolig i den ordinære boligmassen kan tilskudd til etablering kombinert med startlån benyttes. Boligtilskudd til etablering og startlån forvaltes av kommunene. Grunnlån er det Husbanken som tildeler.
- Tilskudd til utleieboliger gis til kommuner, stiftelser og andre aktører som etablerer og/eller utbedrer utleieboliger for vanskeligstilte.
Maksimalt tilskudd skal normalt ikke overstige 20 prosent av godkjente prosjektkostnader, men prosentsatsen kan likevel være inntil 40 prosent når boligene skal brukes for å forebygge og bekjempe bostedsløshet, og da særlig boligprosjekter for personer med utfordringer som krever et helhetlig hjelpeapparat. I Meld. St. 17 (2012

– 2013) sier regjeringen at den vil gi inntil 40 prosent tilskudd til boliger for flyktninger og andre prioriterte grupper.

Når andre aktører enn kommunen etablerer utleieboliger skal kommunen ha tildelingsrett.

Se nærmere om tilskudd på Husbankens hjemmeside: http://www.husbanken.no/kommune/?utm_expid=2187918-3.XPy0vHgKT2mevgdlJCP8PA.0&utm_referrer=http%3A%2F%2Fwww.husbanken.no%2F

6.3 Verdig voksenliv

Samliv og relasjoner

Personer med funksjonsnedsettelse vil bo som andre. Hvordan du bor, har mye å si for hvordan livet er. Alle har vi ulike meninger om hvordan vi ønsker å leve våre liv, hvem vi vil leve med og hvor vi vil bo. Det finnes ingen fasitsvar på hvordan mennesker skal bo. Ikke alle ønsker å bo alene eller med samboer. Det viktige er at funksjonshemmede sees på som enkeltmennesker og ikke som en gruppe. Det skal legges til rette for å kunne delta i samfunnet på lik linje med alle andre, og det å bo i et vanlig bomiljø er en del av det. Likeledes er det viktig å ha et bomiljø der en selv kan bestemme når en skal stå opp og når en ønsker å legge seg. Å kunne bestemme over egen hverdag gir et verdig liv. Flere brukere kan nå få mulighet til å være arbeidsgiver for personlige assistenter(BPA). Da kan brukeren selv bestemme hvem som blir ansatt som assistenter, samt hvor, når og hvordan assistansen skal gis.

6.3.1 Seksualitet

Seksualitet kan bli en del av livet som skaper vansker for barn, unge og voksne med utviklingshemning. Det er vanskelig for mange å skaffe seg kunnskap og erfaringer, fordi mange ikke har det samme nettverk av venner rundt seg som andre har. Seksualitet er ikke alltid så konkret. Det kan være mange ”usagte regler” som er vanskelige å forstå. For å forebygge seksuelle overgrep og uønskede svangerskap, og for å gi personer med utviklingshemning et godt forhold til egen kropp og egen seksualitet, er det svært viktig å formidle god kunnskap og god veiledning til dem. Habiliteringstjenesten for både barn og voksne utviklingshemmede har god kunnskap om tema og kan gi veiledning både til ansatte og brukere. Saker som det vil være naturlig å henvise henvises til habiliteringstjenesten for voksne kan være: onaniprosblematikk, uakseptabel seksuell atferd som blotting og beføling, mangel på kunnskap på området, seksualtekniske hjelpemidler, selvskading på kjønnsorgan, seksuell utnyttelse, voldtekt og andre alvorlige seksuelle overgrep, utviklingshemmede som begår seksuelle overgrep, homoseksualitet, spesielle tenningsmønstre/fetisjer, ønske om barn, prevensjonsveiledning/sterilisering og samboerproblematikk.

Det er flere utfordringer knyttet til utviklingshemmede og seksualitet. Vi vet at den beste måten å hjelpe personer med utviklingshemning til å få et godt forhold til egen kropp og egen seksualitet, er å starte prosessen tidlig. Seksualiteten starter ikke i puberteten, men lenge før. Samarbeidet mellom Habiliteringstjenesten for barn og voksne er derfor svært viktig. De som arbeider med barn og unge kan lære av de erfaringer som Habiliteringstjenesten for voksne har skaffet seg, og de kan starte tidlig med å samarbeide med pårørende og skoleverket. Mange problemer kan forebygges ved tidlig innsats.

Det er også viktig å gi veiledning til voksne som ikke har uakseptabel seksuell atferd, da mange utviklingshemmede ikke har fått tilstrekkelig seksualundervisning i skolen.

6.4 Verdig alderdom

De aller fleste av oss ønsker å avslutte livet i egen bolig, dersom vi kan motta nødvendig hjelp for eventuelle plager som oppstår. Eldre personer med utviklingshemming har de samme rettigheter og skal få samme forsvarlige helsehjelp som andre i en tilsvarende situasjon. Hovedprinsippet er at de skal bo i sine hjem så lenge som mulig. Kompetanse om aldring hos personer med utviklingshemming må bli tilført ut fra brukernes behov, enten det handler om et bofellesskap eller et sykehjem. Eldre beboere som allerede bor i bofellesskap bør så langt som mulig få dekket sitt tjenestebehov i bofellesskapet hvor de bor. For bofellesskap med en aldrende gruppe beboere vil det oppstå behov for utvikling av generell kompetanse om aldring og utviklingshemming, både somatiske problemstillinger og demens. Personer med utviklingshemming bør så langt som mulig få bo i sin opprinnelige bolig. Etter hvert kan det bli behov for å flytte til bofellesskap hvor personalet har erfaring og kompetanse i aldring, somatiske problemstillinger og demens.

For bofellesskap med en aldrende gruppe beboere vil det oppstå behov for utvikling av generell kompetanse om aldring og utviklingshemming, både somatiske problemstillinger og demens. Behov for plass på sykehjem vil være aktuelt ut fra en samlet vurdering av helsetilstand, funksjonsnivå og hva den enkelte bruker er best tjent med. Enkelte somatiske problemstillinger vil være så alvorlige at helse og velferdssenter er den rette tjenesten. Helse- og velferdssenteret må da tilføres kompetanse om de særlige behovene som en person med utviklingshemming vil ha i en slik situasjon. For brukere som ikke kan gis særskilt kompetanse i egen bolig ved livets slutt, skal få tilrettelagt tilbud ved ett av byens helse- og velferdssenter.

7. Utviklingsfremmende helse- og omsorgstjenester

7.1 Verdier og faglig god kvalitet

Grunnleggende verdier for helse- og omsorgstjenestene er trygghet, respekt, individuelle hensyn og valgfrihet, medvirkning, selvbestemmelse og faglig god kvalitet. Disse og andre verdier er nedfelt i regelverket for helse- og omsorgstjenestene. FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne fastslår i artikkel 25 at mennesker med nedsatt funksjonsevne skal ha en likestilt tilgang til helsetjenester. Behandlingen som gis personer med nedsatt funksjonsevne skal være av like god kvalitet som den som gis til andre, og behandling skal gis på grunnlag av fritt og informert samtykke. Etter artikkel 26 skal statene sikre habilitering og rehabilitering med sikte på at mennesker med nedsatt funksjonsevne kan oppnå størst mulig selvstendighet og utnytte sitt fysiske, mentale, sosiale og yrkesmessige potensial fullt.

Regelverket er presiseringer av samfunnets krav til tjenestene på vegne av den enkelte borger, og dreier seg i bunn og grunn om krav om at tjenestene skal være forsvarlige. Kjernen i forsvarlighetsbegrepet er god praksis – det vil si hva som til enhver tid anses som det den gode helsearbeider vil gjøre i ulike situasjoner. Man kan hevde at i forsvarlighetsbegrepet møter den normrasjonelle tilnærmingen (juridisk tilnærming) den formålsrasjonelle tilnærmingen (helsefaglig/medisinsk tilnærming), og en moderne helsearbeider må være bekvem med begge de to noe ulike verdimeslige utgangspunkt. I dette ligger at helsefagtilsatte er rettsanvendere innen sitt virke, og må balansere både kunnskap om hva lovgiver har ment og formålet med bestemmelsene, i tillegg til å se eget fag i lys av faglig og etisk tilnærming i det konkrete tilfellet. Forsvarlighetsbegrepet er i sin natur dynamisk og skal fange opp kunnskapsutviklingen slik at tjenestene utvikles til brukerens beste. Med dynamisk menes her å gjøre tilpasninger basert blant annet på den konkrete situasjonen. Helsepersonelloven stiller krav om at helsepersonell skal utføre sitt arbeid på en forsvarlig og omsorgsfull måte blant annet ved å holde seg faglig oppdatert, ikke gå ut over sine kvalifikasjoner, innhente bistand ved behov og samarbeide og samhandle med andre der det er nødvendig for å ivareta pasientene eller brukernes behov. Samhandling på tvers av tjenestetilbudene er også en forutsetning for at den enkelte får oppfylt det behov vedkommende har for helse- og omsorgstjenester og til et aktivt liv. Koordinatoren som er beskrevet i lov og forskrift er her en viktig ombudsperson som skal sikre at brukeren gis nødvendige tjenester.

Kunnskapsbasert helsetjeneste – faglig god kvalitet

Kunnskapsbasert praksis og kunnskapsbasert helsetjeneste innebærer å bruke systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap i beslutninger. I kliniske beslutninger og i helseforvaltningen kombineres forskning med kunnskap fra erfaring og praksis, brukerkunnskap og brukerpreferanser samt andre kunnskapskilder. Dette kjennetegner en kunnskapsbasert helsetjeneste som vi skal tilstrebe.

7.2 Utviklingsfremmende versus utviklingshemmende

Vi velger å fremsette en påstand om at det oftest er vi som er bistandsyttere eller omsorgspersoner som er den største utviklingshemmeren for den utviklingshemmede fordi:

- Vi overtar oppgavene personen kan klare selv.
- Vi fratar personen muligheten til å oppleve naturlige konsekvenser.
- Vi har hørt historien før.
- Vi har prøvd dette tidligere.
- Vår holdninger og forventninger som vi har til den enkelte.
- Vår oppmerksomhet mot negativ utvikling.

For å bli den største utviklingsfremmeren for den utviklingshemmede skal vi etterleve følgende postulater:

- I. Vi skal vise interesse og engasjement.
- II. Vi må alltid avklare hvem endringer er viktig for, personen selv eller andre? Til slutt må ”VI” ta en fagetisk vurdering av situasjonen. Har vi alle disse tre elementene klare kan vi beslutte tiltak. Men hovedmålet er alltid at dette skal gjøres i samarbeid med personen.
- III. Det personer elsker å gjøre vil vi gjerne gjøre mer av, forutsatt at dette ikke skader personen eller andre. Begrepet ”skader” dekker fysiske personlige og materielle skader.
- IV. ”Is i magen” innebærer å tåle å se at noe kan gå galt, men likevel gi personen mulighet til å løse det selv så langt som mulig uten at det går riktig galt. Med begrepet ”riktig galt” mener vi alvorlige konsekvenser. Det vil være feil å definere alvorlige konsekvenser nærmere da dette er kontekstavhengig.
- V. Alt en person mestrer skal han få mestre alene. Det er kun når det er en trussel for mestringsfølelsen at vi så usynlig som mulig forsøker å legge til rette for mestring.
- VI. Når personer framviser merkelig atferd skal det mye til før vi griper inn. Vi har ikke behov for å moralisere – vi skjønner at vi vil bli vitne til merkelig atferd all den tid vi som bistandsyttere blir tett på en person.
- VII. Hvis en person framviser aggressiv atferd mot oss er første bud å trekke seg bort. Hvis det ikke medfører fare for andre kan vi gjerne løpe langt med personen i hælene. Våre erfaringer er at en løpetur for mange løser aggresjonsproblemet i den forstand at de må finne andre måter å få fram sine meninger på.
- VIII. Hvis en person har en atferd som hemmer hans utvikling må vi først se om vi kan observere hvorfor og om vi kan hjelpe vedkommende til å finne annen atferd.

7.3 Roller og oppgaver

Enhetene innenfor Bo- og aktivitetstilbud har både fagleder, bokoordinator og primærkontakt. Det kan derfor være komplisert både for brukere og pårørende å forstå hvem som er faglig ansvarlig for den enkelte bruker. For å tydeliggjøre rollen og oppgaven til personen som skal koordinere og følge opp brukeren, benyttes rollen som primærkontakt i alle enheter for Bo- og aktivitetstilbud. Primærkontakten har følgende rolle og oppgave:

- Sikre tjenesteyting i samsvar med gjeldende vedtak, lover og forskrifter og evaluere tiltakene årlig gjennom god dokumentasjon, inklusive individuell plan.
- Funksjonsendringer som medfører behov for økt mengde tjeneste eller ny type tjenester skal meldes til fagleder.

- God kommunikasjon med bruker, pårørende, kollegaer og andre samarbeidspartnere

Koordinatorfunksjon Individuell plan (IP)

Forskriften for Individuell plan gir nærmere regler om formålet med individuell plan, ansvaret for å utarbeide planen, hva den skal inneholde m.m. Planen skal blant annet sikre at det til enhver tid er «en tjenesteyter» som har hovedansvaret for oppfølgingen av «tjenestemottakeren». I veileder til forskriften (Veileder IS-1253, utgitt av Helsedirektoratet i 2007) fremgår det at denne tjenesteyteren i praksis ofte kalles koordinator. Det anses som en svært viktig del av ordningen med individuell plan at tjenestemottakeren og eventuelt de pårørende får en bestemt person i tjenesteapparatet å forholde seg til.

I Trondheim kommune vil saksbehandler ved helse- og velferdskontoret være første koordinator for IP. Når tjenestene er etablert er det naturlig at det blir den tjenesten som yter mest tjenester som ansvarliggjør en koordinator, dvs. primærkontakten for den utviklingshemmede. Det er viktig at denne har god faglig kompetanse og god relasjon til den som mottar tjenestene og deres pårørende, samt erfaring med bruk av IP.

Fagleder har ansvar for å melde endrede behov til forvaltning og varsle når tjenestene står i fare for ikke å ivareta brukernes behov for habilitering.

7.4 Habilitering/rehabilitering/individuell plan

Forskrift om habilitering, rehabilitering og individuell plan skal sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, får tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse i samfunnet. Formålet er også å styrke samhandlingen mellom kommunens ansatte, bruker og pårørende, mellom ulike kommunale tjenester og på tvers av forvaltningsnivåene. Habilitering er en planlagt prosess som skal følge den enkelte fra en funksjonsnedsettelse er identifisert i tidlige barneår til personen er etablert som voksen i egen bolig, og skal være en integrert del av tjenestetilbudet. Habilitering har tradisjonelt vært en spesialisttjeneste, men med ny lov om helse- og omsorgstjenester har kommunene fått ansvar for habiliteringstjenester som ikke er spesialiserte. Habilitering vil dreie seg om flere tiltak som inngår i en planlagt og avgrenset prosess med en klar målsetting. Noen habiliteringsprosesser vil kunne strekke seg over lang tid for at de skal bidra til å oppnå den eller de målsettinger som er/var utgangspunkt for prosessen.

- Habiliteringsprosesser forutsetter at alle involverte bistandspersoner/ aktører, uavhengig av instans de representerer, samarbeider for å formidle sine tjenester på en samordnet måte.
- Habiliteringstiltak skal være tilpasset brukerens behov og tilrettelagt for hans eller hennes forutsetninger og muligheter.

Habiliteringsprosesser forutsetter at bruker selv er aktivt involvert gjennom å ha innflytelse på og medvirkning i hele prosessen. Om personen det gjelder, av utviklingsmessige årsaker, ikke kan delta helt og fullt selv, skal hans eller hennes pårørende eller verge tas med i planlegging og oppfølging av prosessen. Alle kommuner skal ha en koordinerende enhet for habilitering - og rehabilitering. I Trondheim kommune er det helse- og velferdskontoret som er tildelt rollen som koordinerende enhet. Denne har et overordnet ansvar for at bruker og pårørende opplever tjenestene som helhetlige. Koordinerende enhet skal være kontaktleddet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Enheten skal bidra til at de forskjellige tjenesteyterne samarbeider ved

planlegging og organisering av habiliterings- og rehabiliteringstilbudene, og tilrettelegge for brukermedvirkning på individ og systemnivå.

I Trondheim kommune er det helse- og velferdskontorene (HVK) og barne- og familietjenestene i bydelene som er koordinerende enhet. HVK tildeler (bestiller) helse- og omsorgstjenester, koordinerer tjenestetilbudet og har ansvar for at det blir utarbeidet individuell plan.

Helse- og velferdskontorene har en tydelig koordinatorfunksjon knyttet til habilitering og rehabilitering.

7.5 Kosthold

Deltakelse og opplevelse ved forberedelse og tilrettelegging.

Vi vet at sunn mat og fysisk aktivitet er viktig for at vi skal holde oss friske. Men dessverre hender det ofte at personer med utviklingshemming faller utenfor generelle planer og tiltak som har dette som mål. Riktig ernæring er et viktig aspekt ved brukernes helse og vi vet at et stort vektproblem kan føre til livsstils sykdommer. Problemet er at mange brukere mangler egen motivasjon som kreves for å holde god helse ved like. De mest funksjonshemmede er helt avhengig av bistandsyter både når det gjelder planlegging, innkjøp og tilberedelse av måltidet. Samtidig som alle disse tre fasene er verdifulle i en sosial sammenheng. Bistandsyter må derfor ha god kunnskap om kosthold. Kunnskap om hva det er som gjør at man får livsstil sykdommer anses som viktig i et folkehelseperspektiv. I Norge har vi erfaring med at skole, helsestasjoner, foreldre og myndigheter mfl. informerer om hva som er tilrådelig. Dette gjelder både i forhold til mosjon og kostholdsråd. Eldre (Ellingsen 2007) og nyere studier (Bodde og Seo 2009) peker på at det i liten grad finnes materiale som forklarer sammenhenger mellom kosthold og mosjon knyttet opp i mot livsstil sykdommer når det gjelder personer med utviklingshemming. Materiale er ikke laget og informert på en slik måte at personer med utviklingshemming kan gjøre seg nytte av det.

Internasjonal forskning (NAKU) viser en positiv dokumentasjon når det gjelder trenings- og kostholdsprogram, der hver enkelt person får personlig oppfølging. For eksempel er det ingen effekt av å holde kostholds- og livsstilskurs / veiledning for personer med utviklingshemming uten noen form for videre oppfølging.

Helsedirektoratet gir ernæringsråd til befolkningen og anbefaler et kosthold som hovedsakelig er plantebasert og som inneholder mye grønnsaker, frukt, bær, fullkorn og fisk, begrensede mengder rødt kjøtt, salt, tilsatt sukker og energirike matvarer. «Fem om dagen» er fremdeles mantraet og det anbefales at man velger grønnsaker, frukt og bær med forskjellige farger. I tillegg til sunt kosthold er det viktig å legge til rette for fysisk aktivitet. Anne Gro Innstrand og Sølvi Linde har skrevet en "Lettlest kokebok", trinn for trinn, Fagbokforlaget 2011 som gir nyttige kostholdstips og menyer. Boka ble kåret til årets best tilrettelagte bok i 2011.

7.6 Fysisk aktivitet

Vi lever i et samfunn som i stadig større grad inviterer til fysisk passivitet. Samtidig er dokumentasjonen av de helsemessige positive virkningene av fysisk aktivitet overbevisende. For mennesker med en funksjonsnedsettelse blir gjerne det treningsmessige aspektet ved fysisk aktivitet svært viktig for å behandle eller kompensere for funksjons-

nedsettelsen. Samtidig handler det å være fysisk aktiv om verdier, livsstil og ønske om sosial tilhørighet. Dette gjelder for alle, men vil være enda viktigere for grupper i befolkningen som i større grad kan oppleve å føle seg isolert. God helse er en viktig del av god livskvalitet. Mennesker med utviklingshemming er ofte inaktive på grunn av nedsatt fysisk funksjonsevne. Studier viser at utviklingshemmede i gjennomsnitt har lavere fysisk kapasitet, lavere utholdenhet, dårligere muskulær utholdenhet og høyere KMI (kroppsmasse indeks) sammenlignet med normalbefolkningen. Fysisk aktivitet påvirker stoffskiftet, og vektstabilitet vil være en gevinst av et fysisk aktivt liv. Det er funnet at en aktiv livsstil og økt fysisk aktivitet vil være med på å forbygge osteoporose også hos mennesker med utviklingshemning.

Gjennom fysisk aktivitet og bedre fysisk form vil personer med en utviklingshemning kunne få mer krefter til å klare dagens gjøremål og i tillegg få en aktiv fritid. Å drive fysisk aktivitet for denne gruppen gir mange utfordringer fordi det ofte dreier seg om en gruppe med svært forskjellige utgangspunkt, utviklingsmuligheter og funksjonsnivå. Hos mange er bevegelsen nedsatt eller skadet, mens andre har alle bevegelsesmønstre intakt, men mangler evne til aktiv, planlagt og målrettet bevegelse. Det er nødvendig med systematisk og langsiktig stimulering, trening og støtte for at personer med en utviklingshemning skal kunne utvikle og utnytte sine ressurser. God tid, positive tilbakemeldinger og det å skape trygghet i situasjonen er viktig. Øvelser bør tilrettelegges med utgangspunkt i den enkeltes forutsetninger. Gode øvingsbilder og mye visuell demonstrasjon kan være hensiktsmessig. Veileder eller kontaktperson bør legge vekt på lystbetont aktivitet og læring gjennom lek. Aktivitetens mål må være å ha det gøy, mestre aktivitetene og ha gode opplevelser. Kommunens aktivitetstilbud er bl.a. en arena eller en base for fysisk aktivitet. Vi anbefaler følgende praktiske råd for tilrettelegging: (IS-1160, fysisk aktivitet for mennesker med funksjonsnedsettelser)

- Det mangfoldet av tilbud og aktiviteter som allerede finns gir alltid gode muligheter. Vi trenger ikke finne opp nye aktiviteter for utviklingshemmede.
- Det er en fordel om dere blir enige om forventninger og forutsetninger og blir godt kjent med hverandre.
- Det kan være en fordel om dere utvikler enkle retningslinjer for samspillet og aktivitetene. Det er som oftest ikke utviklingshemningen som hemmer deltakelsen i aktiviteten - men ofte instruktørens handlinger og holdninger.
- Potensialet i den enkeltes ferdigheter utvikles gjennom å stimulere de individuelle forskjellene i interesser og anlegg.
- Vær kreative sammen. Finn løsninger!
- Kommuniser på hva som fungerer/ikke fungerer.
- Vær åpen og gi hverandre tilbakemeldinger. Prøv å utvikle kommunikasjonsformene. Aktivitetens mål må være å ha det gøy, mestre aktivitetene og ha gode opplevelser.

7.7 Kommunikasjon og samhandling

ASK er en forkortelse for Alternativ og Supplerende Kommunikasjon. ASK- tilbudet i bo og aktivitetstilbudene skal følge opp behov i forhold til kommunikasjon hos brukere på enheten som helt eller delvis mangler (funksjonell) tale, og som har behov for alternative kommunikasjonsformer til tale. Å utvikle og vedlikeholde kommunikasjon krever kontinuerlig oppmerksomhet og planlegging. Det gjelder alle med utviklingshemming, ikke bare de som har ASK hjelpemidler. Vedlikehold av tegn, bildesymboler, lesing, skriving og taletrening(uttale) må arbeides inn i dagliglivets aktiviteter.

Alle bør få mulighet til å kommunisere og utvikle egen kommunikasjon. Mange utviklingshemmede er avhengig av omgivelsene og hjelpere for å klare å utvikle egen kommunikasjon. Det er dessverre ikke en selvfølge at alle som trenger hjelp til å utvikle kommunikasjonen får den hjelpen de trenger. Alt for ofte blir hjelpen styrt av hvor engasjert og interessert bistandsyterne er i kommunikasjon. Skifte av ansatte i personalgruppen kan føre til kompetansetap i arbeidet med kommunikasjon og fører til at brukeren risikerer og miste store deler av sin kommunikasjon. Andre ganger kan personalet bevisst velge bort kommunikasjonshjelpemiddelet som bruker har. Det kan være ulike grunner til at dette skjer som for eksempel mangelfull opplæring, redd for å ødelegge utstyr eller at det blir for brysomt når bruker kan si ifra.

Her har både ansatt og arbeidsgiver et stort ansvar. Arbeidsgiver må sørge for at det blir gitt opplæring i hjelpemiddelet og legge til rette for at det kan settes av tid til utvikling og oppdatering av hjelpemiddelet. Ansatte må selv etterspørre opplæring og ta utfordringen med å hjelpe brukeren i opplæring av kommunikasjonshjelpemiddelet. Ansatte har plikt til å bruke kommunikasjonshjelpemidler som er tildelt brukeren.

Heimdal bo – og aktivitetstilbud har opparbeidet kompetanse for å ta i bruk ASK for en gruppe brukere med god kognitiv funksjon. Noen brukere har fått slik opplæring i voksen alder, mens mange har prøvd ulike løsninger fra de var unge uten at det har fungert. Det er store utfordringer for personer som tar i bruk metoden ASK. Det må derfor oppnevnes en nærpersone som har hovedansvar for oppfølging av ASK og som får avsatt tilstrekkelig tid til kursing og oppdatering av ASK- hjelpemidler som er i bruk. Det må også være en klar målsetting at kommunikasjonshjelpemidlet skal tas i bruk på alle arenaer.

Dagens lovgivning gir barn rettigheter i opplæringsloven når det gjelder å få hjelp til å utvikle sin kommunikasjon. De fleste som har behov for ASK hjelpemiddel i dag starter allerede med opplæring i bruken av dette i barnehagen. Det er da viktig at det i overgangen mellom barnehage, skole og voksenliv sikres at informasjon og kunnskap om brukers kommunikasjon blir videreført. Det må etableres felles nettverk som inkludere alle aktørene for å sikre denne kunnskapen om bl.a. hjelpemidler. Det anbefales at både Høgskoler og fagutdanninger tar inn tema ”kommunikasjon” inn i læreplaner.

Trondheim kommune vil derfor prioritere kommunikative metoder som satsingsområde og vil sørge for at metodene inngår i basiskunnskapen til alle ansatte som arbeider direkte med utviklingshemmede. Kommunikative metoder er i første rekke ASK og sansestimulering. Kommunikasjon kan være både verbal og nonverbal. Den innbefatter samspillkompetanse, språklig kompetanse og evne til å kommunisere med verbalspråk eller symboler og tegn.

Ansatte må bli mer bevisst det ansvaret de har, og det må legges til rette for at den utviklingshemmede får mulighet til å utvikle sine kommunikasjonsferdigheter. Bruk av kommunikasjonsbøker- og tavler er eksempler på hjelpemidler som kan lette kommunikasjonen både med ansatte og pårørende. Slike kommunikasjonsmidler må fortløpende oppdateres.

7.8 Sansestimulering

Brukere skal få tilbud om sanseopplevelse både ute og inne. Bruk av sansene har fokus i de fleste aktiviteter. Heimdal BOA har bl.a. utviklet tiltaket ”Sans” med et snoezelentilbud med ulike sanserom. Her er det også innredet eget rom for berøringsterapi, ”hvite-rom”, ”eventyr-rom”, aktivitetsareal, musikkrom, ”sommer-rom” og kosmos. Sans arran-

gerer ulike temaperioder gjennom året, utflukter, svømmetilbud, matlaging og fysikalsk behandling.

Sans har spesiell kompetanse og erfaring i forhold til tilrettelegging av aktiviteter for brukere med omfattende helsemessige bistandsbehov og videreutvikler arbeidet som ble startet ved Avanti (sansestimulerende tilbud tilpasset personer med utviklingshemming eller kognitiv svikt).

7.9 Velferdsteknologi

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sosial deltakelse og styrker den enkeltes evne til å klare seg i hverdagen.

Trondheim kommune har utarbeidet en handlingsplan med målsetting om å være blant de fremste kommunene i landet til å ta i bruk velferdsteknologi som et supplement til ordinære helse- og omsorgstjenester. Bystyret har i tillegg vedtatt strategier for implementering av velferdsteknologi innenfor fire perspektiv; Brukerperspektiv – Ansatteperspektiv – Økonomiperspektiv og Samfunnsperspektiv. Strategiene for brukerperspektivet skal sikre at innbyggerne gis tilgang til relevant informasjon og rådgivning om bruk av både privat og offentlig velferdsteknologi og at etiske betraktninger sett i sammenheng med brukerbehov, samtykkekompetanse og nytte alltid skal ligge til grunn for valg av velferdsteknologi. Brukermedvirkning skal sikres i alle prosesser rundt valg og utvikling av velferdsteknologi.

For personer med psykisk utviklingshemming kan bruk av velferdsteknologi være nyttig for å ivareta trygghet, selvstendighet og aktivitet. Et eksempel på bruk av velferdsteknologi kan være videotelefon for kommunikasjon med tjenesteytere, pårørende og venner, teknologi for påminnelser til aktiviteter og gjøremål, og teknologi som kan bidra til å mestre daglige gjøremål.

7.10 Årlig helsesjekk

Personer med utviklingshemming har økt forekomst av en rekke somatiske og psykiatriske sykdommer. Forskning viser at personer med utviklingshemming oftere har helsesvikt enn resten av befolkningen, samtidig som de sjeldnere får hjelp til sin helsesvikt (Ellingsen 2007, Kittelsaa 2008). Psykiske lidelser hos utviklingshemmede er underrapportert, og manglende kunnskap og kompetanse innen behandling og utredning kan føre til at psykiske symptomer tilskrives personens utviklingshemming.

Utviklingshemmende har også større vansker med å etterspørre og skaffe seg nødvendige helsetjenester. Studier viser at regelmessige helsekontroller avdekker symptomer og funn som kan behandles før de gir helseskader og økende funksjonstap. En grundig førstegangsundersøkelse vil gi et godt grunnlag for å registrere endringer og sette i gang behandlingstiltak. Aldring og helse, Nasjonalt kompetansesenter har utarbeidet momentliste for årlig helsesjekk for fastleger.

I tillegg er det viktig å tilegne kunnskap om aldring hos personer med utviklingshemming og da knyttet til utredning om demens. Vi vet at levealderen til personer med utviklingshemming i dag er betydelig høyere enn tidligere, samtidig med at mange som har en utviklingshemming får et aldringsforløp som starter 20-30 år tidligere enn den øvrige befolkningen.

Det anbefales derfor at alle utviklingshemmede sikres årlig helsesjekk.

7.11 Internkontroll

Samfunnet har valgt prinsippet om internkontroll som et sikkerhetsnett med tanke på trygge og gode tjenester. Internkontroll handler om å vise sine brukere og oppdragsgivere hvorledes tjenestene er forsvarlige. Noen sentrale elementer i internkontrollen er kjennskap og tilgang til sentrale lover og forskrifter innen virksomhetsområdet, ansvars- og oppgavefordeling, og prosedyrer og avviksregistrering. I tillegg er det vesentlig at det finnes god kartlegging av ansattes kunnskaper og ferdigheter, slik at ressursene nyttes til beste for virksomhetens oppgaver, nemlig å sikre faglig forsvarlig kvalitet i tjenestene. Kort fortalt kan en si at det dreier seg om å vise hvordan vi holder orden i ”eget hus”.

Statlige tilsynsrapporter viser bl.a. at tjenestene har utfordringer knyttet til følgende tematiske hovedområder: god ledelse, åpenhet om uønskede hendelser for å sikre læring i organisasjonen, kommunikasjon mellom personell og mellom enheter og rett kompetanse til rett tid.

På denne bakgrunn foreslås kontinuerlige forbedringsprosesser gjennom ”målinger” og registreringer av aktiviteter som for eksempel; brukers individuelle plan, oppfølging av vedtak, brukernes funksjonsnivå og helsetilstand, koordinator, verge etc. Rapporter skal legges frem for politisk nivå, fylkesmannen og Brukerråd.

For å kvalitetssikre at det er utviklingsfremmende helsetjenester i aktivitetstilbudene skal alle ansvarsgrupper vurdere behovet for ROS -analyse i forhold til den enkelte bruker. Alle enhetene i BOA skal sikre at alle brukere har en helhetlig aktivitetsplan og eventuelt en individuell plan som jevnlig evalueres. Rådmannens fagstab skal i samarbeid med helse- og velferds kontor og BOA- enheter vurdere muligheter for å tydeliggjøre forvaltningsvedtaket til den enkelte bruker i forhold til mål og innhold i aktivitetstilbudet.

7.12 Lovgrunnlaget

Utviklingsfremmede tjenester er forankret i faglige forsvarlige tjenester, hvor forsvarlighetskravet er hjemlet i helsepersonelloven § 4. Det er et juridisk prinsipp som bygger på og opp under faglige vurderinger og hensyn, og som forsvarer noe av det viktigste i retts-sikkerhetsprinsippet, at alle norske borgere sikres et likeverdig og forsvarlig helse- og omsorgstjenestetilbud. Gjennom å sikre individuelt tilpassede tjenester og tilbud ivaretas disse hensynene, og det igjen bidrar til å øke muligheten for deltakelse og inkludering. Hva som er faglig forsvarlig er i høyeste grad et faglig spørsmål, mens kravet om at tjenestene skal være faglig forsvarlig altså er rettslig. Loven er en norm som har faglige standarder som formål. Retten til helse- og omsorgstjenester følger av flere lover, og den som har slik rett og behov, tildeles tjenester etter en helse- og omsorgsfaglig og forvaltningsmessig vurdering. Et forvaltningsmessig vedtak skal fylle forsvarlighetskravet, og når dette iverksettes skal også gjennomføringen av tjenesten oppfylle forsvarlighetskravet. Det betyr at alle deler av tjenestene har et ansvar for å sikre forsvarlighetskravet. Om forvaltningskontoret hevder at tjenesten er forsvarlig, siktes det til vedtaket med mindre forvaltningen også har løpende innsyn og kontroll med at gjennomføringen av tjenesten fyller kravet. Det er det helse- og omsorgspersonell som utfører tjenesten, som må, skal og kan bedømme om tjenesten som gis er forsvarlig på det aktuelle tidspunkt.

7.13 BOA-skolen

Det er en forutsetning for likeverdige og gode helse- og omsorgstjenester at de som utfører tjenestene har nødvendig og oppdatert kunnskap om tjenestenes innhold, tjenestemottakers individuelle forutsetninger og behov samt de grunnleggende verdier og hensyn som skal styre utformingen av tjenestene.

Å ivareta faglig forsvarlighet krever at ansatte har oppdatert viten om hva som fordrer helsefremmende og forebyggende arbeid innenfor rammene om forsvarlighet. I tillegg er det særdeles viktig at hver enkelt enhet evaluerer sitt arbeid med tanke på å bidra til utvikling og forbedring av tjenestene vi yter. På denne bakgrunn skal alle ansatte i BOA gis basisopplæring i utviklingsfremmende tema som;

- selvbestemmelse
- tiltak for å utvikle individuelle uttrykks- og kommunikasjonsmuligheter
- deltakelse og brukerinvolvering
- kommunikasjon og samhandling med bruker og pårørende
- Kommunikasjon ved bruk av ASK
- rettssikkerhet
- tiltak for å unngå bruk av makt og tvang
- verdig voksenliv - seksualitet
- helse og kost
- fysisk aktivitet

8. Aktivitetstilbud på dagtid

Sosial- og Helsedepartementets opptrappingsplan fra 2005 viser til at "dagsentervirksomhet er viktig for å bringe mennesker ut av sosial isolasjon og bygge sosiale nettverk, og for at den enkelte skal kunne få en tilværelse preget av meningsfylt aktivitet" (St.prp. 63, 1997-98, s.13). Levekårsundersøkelsene viser at de kommunale dagtilbudene er av spesielt stor betydning for utviklingshemmede (Söderström og Tøssebro, 2011).

Undersøkelsen viser også at et økende antall personer er uten tilbud om aktivitet på dagtid. Dessuten viser utviklingen at kommunal dagvirksomhet i mindre grad enn tidligere har preg av produksjon og mer av aktivitet som turer, hobbyvirksomhet og lignende. Trondheim kommune har også hatt en slik utvikling, og de tidligere dagsentrene er flyttet og / eller omgjort slik at de i dag framstår med et overveiende aktivitetspreg.

Fra tidligere levekårsundersøkelser vet vi at personer med utviklingshemming setter stor pris på å være sysselsatt, og at trivselen er størst der hvor sysselsettingen har preg av produksjon. Personer med utviklingshemming som selv har vært intervjuet om arbeidets betydning, gir uttrykk for at det er viktig å gjøre noe produktivt og ikke minst å få til noe som er viktig for andre.

Det å være i arbeid er sentralt i livet til voksne mennesker selv om arbeidet kan oppleves både som et gode og en belastning. Et virkemiddel for å bringe personer med utviklingshemming ut av passivitet og isolasjon har derfor vært å få flest mulig ut i arbeid og annen produktiv virksomhet. Fordi personer med utviklingshemming er svært forskjellige, ikke minst når det gjelder funksjonsnivå, er det behov for et vidt spekter av muligheter til å kunne gjøre noe meningsfylt. For det første er det viktig å ha kommunal aktivitetstilbud og for det andre er det av stor betydning at en arbeider målrettet med å utvikle et innhold i aktivitetstilbudene som fører til en opplevelse av å gjøre noe meningsfylt i hverdagen. Det er ikke tilstrekkelig bare "å ha noe å gå til". Innholdet i aktivitetstilbudene må ta høyde for de store forskjellene i funksjonsnivå, evner, ønsker og interesser hos personer med utviklingshemming. Innholdet i tilbudene kan bestå av alt fra sansestimulering og fysisk trening til kreative aktiviteter og produksjonsarbeid.



En sentral kommunal strategi må i tillegg være å søke et nærmere samarbeid med NAV slik at hele denne etatens virkemiddelapparat blir gjort tilgjengelig for personer med utviklingshemming. På samme måte må kommunen innlede samarbeid med aktuelle vekstbedrifter for å få til flere VTA -plasser for personer med utviklingshemming. Pr desember 2014 var det 19 personer som stod på venteliste til NAV for VTA plass. Da NAV heller ikke vil opprette nye VTO plasser i 2015, vil vi forsøke å legge til rette for flere alternative arbeidsplasser/- opplæring i aktivitetstilbudene, slik at den utviklingshemmede kan vedlikeholde og utvikle sine evner og ferdigheter etter videregående skole. For disse brukerne kan aktivitetstilbudet inngå som en del av habiliteringen. Felles for alle som mottar habiliteringstilbud er at de trenger planlagte, sammensatte og samordnede tjenester for å nå sine egne mål (Normann, Sandvin og Thommesen, 2006).

Aktivitetstilbudene i Trondheim skal legge til rette for følgende innhold:

- Dyr
- Friluft
- Sport og idrett
- Kultur og musikk
- Arbeidsrealterte tilbud
- Treffsted

Eksempler på arbeidsrelaterte oppgaver:

- Kantine og bydelskafe
- Pakkeoppdrag
- Egenproduksjon av tennbrikker
- Håndarbeider
- Produkter fra snekkerverksted
- Kjøre internpost
- Makulering av papir fra skoler/barnehager/offentlige kontorer
- Oppgaver for sykehjemmet (kiosktralle) og hente søppel og skittentøy, vanne planter, sortere post, intern postlevering
- Vedproduksjon

Byomfattende tilbud for brukere med spesielle behov:

- Gårdsbruk
- Sansestimulering



9. Andre aktuelle tjenester

9.1 Avlastning

Avlastning kan omfatte varierte hjelpeformer, og retter seg både mot tjenestemottakeren og vedkommendes nærmiljø. Avlastningstjenester ytes som regel i en forebyggingshensikt. Avlastning kan gjøre det mulig for personer uten lovbestemt omsorgsplikt (ektefeller, samboere, andre nære personer) eller med omsorgsplikt (foreldre med funksjonshemmede barn) å utføre slike oppgaver over tid, samtidig som omsorgsgiverne kan opprettholde gode familierelasjoner og sitt eget sosiale nettverk. Avlastningstjenester skiller seg noe ut fra de øvrige tjenestene nevnt i § 4-2 bokstav a-d (de tjenestene en person kan ha rettskrav på). Avlastningstiltakene vil ikke bare være målrettet mot den hjelpetrengende som fyller vilkårene i sosialtjenesteloven § 4-3, men også mot de(n) private omsorgsgiveren(e). Avlastning kan derfor ikke sees som en forebyggende tjeneste iverksatt utelukkende ut fra den funksjonshemmedes egne behov.

Ut i fra at vedtak om avlastning er rettet mot omsorgsyterne, er det stilt spørsmål om hvorvidt omsorgsmottakeren også burde ha vedtak på de tjenestene som han/hun skal få når han/hun er på avlastning.

Trondheim kommune, helse og velferd har etablert rutine som også sikrer at omsorgsmottakeren får vedtak om helse og velferdstjenester under avlastningsoppholdet for å ta del i aktiviteter som han eller hun ville ha deltatt i om vedkommende var i foreldrehjemmet.

Helse og velferd har lagt til rette for tre former for avlastningstiltak:

1) Privat avlastning

Privat avlastning er å forstå som en ordning hvor kommunen inngår avtale med privat avlaster. Den omsorgstrengende kan få avlastningsopphold hjemme hos avlaster eller at avlaster kan være i brukers hjem.

Avlaster må godkjennes av kommunen som privat avlaster. Godkjent avlaster betyr at de er kvalifisert og skikket til å utføre oppdrag om avlastning. Denne type avlastning er hyppigst benyttet på ettermiddagstid og i helger, men er i hovedsak døgnavlastning.

Brukeren skal få ivaretatt personlige og praktiske hjelpebehov på samme måte som ved avlastning i en avlastningsbolig.

2) Døgnavlastning i utvalgte tiltak

Det er opprettet 15 døgnplasser – lokalisert ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad.

3) Leie av avlastningsplasser

Helse og velferd har per 1.1 2015 avtale ved Moa besøksgård i Snillfjord. Pr i dag er det 5 personer med lett kognitiv svikt som har tilbud, gjennomsnittlig en helg pr måned.

9.2 Brukerstyrt personlig assistanse(BPA)

BPA er en alternativ måte å organisere tjenesten ”praktisk bistand og opplæring” på. Ordningen setter brukeren i bedre stand til å greie seg selv, sparer samfunnet for arbeidsinnsats og gir mulighet for et mer aktivt liv knyttet til bl.a. utdanning, arbeid og familie.

BPA innebærer at tjenestemottakeren har egne, faste assistenter som vedkommende har arbeidslederansvaret for. Dette gir brukeren mulighet til å styre hvem som skal være assistent, hva assistenten kan gjøre og hvor og til hvilke tider hjelpen skal gis. Dette bidrar til bedre ressursutnyttelse, fleksibilitet og kvalitetssikring. Målet er at brukeren får et aktivt og mest mulig selvstendig og uavhengig liv.

Det er vedtatt endringer i pasient- og brukerrettighetsloven som innebærer en rett til å få enkelte tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse. Rettigheten skal gjelde for personer under 67 år med langvarig og stort behov for personlig assistanse etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Tjenester som omfattes av rettigheten er praktisk bistand og opplæring, støttekontakt og avlastning for foreldre med hjemmeboende barn under 18 år med nedsatt funksjonsevne. Rettigheten omfatter i utgangspunktet ikke tjenester som krever mer enn én tjenesteyter til stede eller natttjenester. Fra denne avgrensningen er det foreslått et unntak (altså at rettigheten skal gjelde) ved at brukere med kontinuerlig behov for natttjenester eller flere tjenesteytere til stede omfattes av rettigheten.

Av hensyn til kostnadskontroll er stort behov definert som et tjenestebehov på minst 25 til 32 timer per uke. Det er stilt krav til en viss stabilitet i behovet for tjenester for å ha rett til brukerstyrt personlig assistanse, ved at langvarig behov er definert som behov ut over 2 år. Også personer som trenger bistand til å utøve brukerstyringen, som personer med nedsatt kognitiv funksjonsevne og (foreldre til) barn, er omfattet av rettigheten.

Det er ikke foreslått endringer i kommunenes plikt til å ha tilbud om brukerstyrt personlig assistanse i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-8. Kommunene vil derfor fortsatt ha plikt til vurdere om det er hensiktsmessig å tilby BPA også til brukere som ikke fyller vilkårene i den foreslåtte rettighetsbestemmelsen.

De samlede merkostnadene på landsbasis av forslaget anslås til 300 mill. kroner i 2015, økende til 500 mill. kroner i 2016.

9.3 Kultur- og fritidsaktiviteter

Kulturloven fremhever offentlige myndigheters ansvar for å legge til rette for og fremme et bredt spekter av kulturell virksomhet, slik at alle har anledning til å delta i kulturaktiviteter og oppleve et mangfold av kulturuttrykk. Det at "alle" skal ha anledning til å delta, innebærer også at kulturvirksomheter skal ta hensyn til personer med ulike funksjonsevner.

Staten skal fremme og legge til rette for et bredt spekter av kulturvirksomhet over hele landet gjennom rettslige, økonomiske, organisatoriske, informerende og andre relevante virkemidler og tiltak. Staten, hovedsakelig ved Kulturdepartementet (KUD), har ansvaret for å finansiere nasjonale institusjoner og samfinansiere region-/landsdelsinstitusjoner, knutepunktinstitusjoner og andre tiltak. KUD forvalter ulike kunstnerpolitiske stipend- og vederlagsordninger og administrerer formidlingsordninger for kultur.

Kommunene har i all hovedsak ansvar for å drive og finansiere kommunale kulturhus, kulturskoler, arkiv, kinoer, folke- og skolebibliotek, samfinansiere regionale kulturinstitusjoner og stimulere lokalt kulturliv. Kommunene er pålagt å ha et kulturskoletilbud etter opplæringsloven, og folkebibliotek etter folkebibliotekloven.

Trondheim kommune ved Kulturenheten har et allsidig tilbud for tilrettelagt kultur- og fritidsaktiviteter som vises på www.trondheim.kommune.no/tilrettelagtfritid

Det skal så langt som mulig legges til rette for at utviklingshemmede skal kunne delta i det ordinære kulturlivet.

9.4 Ferie

Å kunne dra på ferie på linje med andre, er viktig for utviklingshemmede. For mange utviklingshemmede kan hverdagen ofte bli fylt av faste rutiner. I ferien står en friere til å gjøre det en har lyst til. En undersøkelse fra 2005 viste at gruppen med store bistandsbehov reiser sjeldnere enn andre. En trendanalyse basert på flere utvalgsundersøkelser etter reformen viser at andelen utviklingshemmede som har foretatt en feriereise på minst en uke i året har ligget i underkant av 60 prosent. Til sammenligning reiser om lag 80 prosent av befolkningen på en lengre feriereise i året. I 2001 og 2010 ble det spurt om hvor mange dager personen hadde vært på ferie siste år. Mens snittet blant dem som hadde foretatt minst en reise på en uke var 22 dager i 2001, var dette snittet falt til 17 dager i 2010 (N=243). Tilsvarende tall for andre som reiser er 20,7 dager. Undersøkelsen i 2010 omfattet ikke utviklingshemmede som bodde sammen med pårørende. I noen kommuner er det lagt til rette for å gjøre det mulig å reise på ferie for eksempel gjennom tilskudd og fleksibel turnus, mens i andre kommuner blir det kostbart og komplisert. Det foreligger ikke en plikt for kommunen til å dekke utgifter til reise og opphold for personalet i forbindelse med feieturer. Det er derfor opp til hver enkelt kommune i hvilken grad og eventuelt hvordan utgiftene skal dekkes. Ofte må personer med bistandsbehov selv dekke reise og opphold for kommunalt ansatte på ferie. Har vedkommende behov for tre personer på lovbestemt turnus, må vedkommende betale ferie for totalt fire personer. Dette begrenser mulighetene mange utviklingshemmede har til å reise på ferie.

Brukerne bør derfor motta tjenester de har til daglig på ferie uten at det koster brukerne noe ekstra. Trondheim kommune har utarbeidet rutiner ved ferie og feriereiser for personer med bistandsbehov og/eller svak økonomi. Formålet med rutinen er at kommunen ikke skal ha merutgifter ved slike turer og at ferieturens kostnader for brukeren skal være kjent i god tid før ferien avvikles. Det skal derfor inngås en skriftlig avtale på forhånd med bruker/verge om hvilke ekstrakostnader turen vil innebære utenom det ordinære tjenestetilbudet. Samtidig skal utgiftene til bruker være forutsigbart.

9.5 Støttekontakt

Ordningen med støttekontakt er viktig for utviklingshemmedes mulighet til å delta i ulike aktiviteter. Antallet som får innvilget støttekontakt øker. I 2002 var det omlag 20 400 personer i landet som fikk innvilget støttekontakt fra kommunen, og omlag 29 500 i 2011. Det finnes ikke tall på hvor mange av mottakerne som er utviklingshemmede, eller om økningen refererer seg til spesielle diagnoser eller tilstander. En gjennomgang foretatt av Helsetilsynet i 2009 viser at det er utfordringer knyttet til å sikre tilstrekkelig kompetanse hos støttekontakter. Videre rapporterer kommunene at det er vanskelig å rekruttere støttekontakter.

Helsedirektoratet har skissert tre hovedløsninger for organisering av støttekontakttjenester:

- individuell støttekontakt
- deltagelse i aktivitetsgruppe
- individuelt tilbud i samarbeid med en frivillig organisasjon

9.6 Ledsagerbevis

Ledsagerbevis er et virkemiddel for å forebygge isolasjon og dermed bidra til økt livskvalitet for den enkelte. Ledsagerbevis er et dokument i form av et kort som utstedes til personer som på grunn av funksjonsnedsettelse trenger ledsager for å delta i samfunnet. Målgruppen er personer som uten funksjonsnedsettelsene hadde kunnet delta på egenhånd. Ledsagerbevis er ikke lovpålagt, men er en frivillig ordning som kommunene kan innføre. Ordningen skal gi ledsager fri adgang til offentlige kultur- og fritidsarrangement og offentlige transportmidler der ordningen aksepteres. Brukere som har behov for ledsagerbevis sender søknad til Trondheim kommune, helse og velferd.

10. Eksterne samarbeidsparter

10.1 Videregående skole - opplæringstilbud

Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) for Sør-Trøndelag fylkeskommune har ansvar for å yte tjenester til alle fylkets videregående skoler og deres elever. I tillegg har tjenesten ansvar for å betjene grunnskoleelever som er bosatt i institusjoner.

I følge Opplæringsloven skal hver kommune ha en pedagogisk-psykologisk tjeneste som skal hjelpe skolene i arbeidet med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling for å legge opplæringen bedre til rette for elever med særlige behov. Tjenesten skal også sørge for at det blir utarbeidet sakkyndig vurdering der loven krever det. Læringer og lærekan-didater har samme tilgang på pedagogisk-psykologisk tjeneste som elever i de videregående skolene.

Fra 01.01. 2007 fikk den fylkeskommunale PPT ansvar for oppfølging av grunnskoleele-ver bosatt på institusjon, som har behov for kontakt med pedagogisk psykologisk tjeneste. Det vil si at alle elever som bor i barnevernsinstitusjon i Sør-Trøndelag fylke, har tilgang til tjenester fra PPT STFK. Organisatorisk er denne tjenesten underlagt Trondheimsre-gionen.

Elever med hjemkommune Trondheim som er bosatt på institusjon i Trondheim kom-mune, har rett på oppfølging av PPT Barne- og familietjenesten Trondheim kommune.

Individrettet arbeid

Elever kan kontakte PPT gjennom skolens ansatte eller oppsøke tjenesten selv. Henvi-sninger kan også komme fra foresatte og ulike hjelpeinstanser som barnevern, helsestasjon og psykiatritjenester.

Systemrettet arbeid

Ved systemrettet arbeid ser en ikke bare på elevens forutsetninger og behov, men også på elevenes samspill med læringsmiljøet. Denne måten å jobbe på krever et nært samarbeid mellom skole og PPT.

Sakkyndighetsarbeid

Opplæringsloven sier at PPT skal utarbeide sakkyndig vurdering der loven krever det og at sakkyndighetsarbeid innbefatter følgende områder:

- Rettigheter i forhold til spesialundervisning
- Inntak til videregående opplæring på individuell vurdering
- Elevens rett til hjelpemidler og utvidet tid ved prøver og eksamener
- Rett til opplæring i inntil to år ekstra
- Rett til bruk av tegnspråk
- Rett til bruk av punktskrift
- Fritak fra krav om bestått i allmenne fag fagbrev kan utstedes.

10.2 Habiliteringstjenesten for voksne

Habilitering er en planlagt og tidsavgrenset prosess hvor målet er å øke pasientens evne til å fungere mest mulig selvstendig i hverdagslivet.

Habiliteringstjenesten for voksne bistår mennesker med medfødte eller ervervede hjernekader og/eller sammensatte funksjonshemminger. Avdelingen er organisert som en psykiatrisk poliklinikk og gir ambulante og polikliniske tjenester. Det tilbys utredning og behandling til pasienter samt rådgivning og veiledning til hjelpeapparat og pårørende. Habiliteringstjenesten for voksne er et lærings- og mestringssenter med tilbud om opplæring og kurs til pasienter og pårørende. Hovedsamarbeidspartner er, ved siden av pasienten selv og dennes pårørende og hjelpeverge, oftest den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Habiliteringstjenesten for voksne i Sør-Trøndelag har 28,5 årsverk og favner en bred flerfaglig stab. Avdelingen er organisert i fire team som betjener hvert sitt geografiske ansvarsområde. Habiliteringstjenesten for voksne er organisert under divisjon Psykisk helsevern, avdeling Brøset.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 tredje ledd bokstav b og c gir helsepersonell anledning til å fatte vedtak om tiltak som innebærer bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemming. Spesialisthelsetjenesten skal bistå ved utformingen av tiltak. Kommunens myndighet til å fatte vedtak om bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemming etter Helse- og omsorgstjenestelovens kap. 9, er delegert til kommuneoverlegen.

11 Handlingsdel

Områder	Nr.	Tiltak
Overgang fra ungdom til voksen	1	Brukers primærkontakt i barne- og familietjenesten skal organisere møter med helse- og velferd når bruker er 15 år og reviderer IP.
	2	Rollen og ansvaret til koordinator/primærkontakt skal være tydelig definert.
	3	Ansvarsgruppen skal ha oppdatert kunnskap om tilleggssykdommer til bruker og kontakt både med Habiliteringstjenesten for voksne og nasjonale kompetansesenter.
	4	Ansatte skal ha gjennomført kurs i kommunikasjon med bruker/pårørende.
	5	IP skal revideres minimum hvert år og skal inneholde; brukers ressurser og karriere, type tjenester inklusive hjelpemidler.
Flytting til egen bolig – Ventetid er maksimalt 6 måneder	6	Straktiltak; etablere 15 boliger for utviklingshemmede høsten 2015.
	7	Helse og velferd skal sørge for tilstrekkelig antall nye boliger i bofellesskap, dvs. inntil ett bofellesskap à 8 leiligheter alternativt boliger med nærhet til base hvert andre år, samt andre typer boliger til målgruppen. Behovet vurderes årlig i forbindelse med budsjett- og økonomiplanarbeidet.
	8	Bygging av nye bofellesskap skal falle naturlig inn i nabolaget og fremstå som en bolig.
	9	Bruker/pårørende skal gis informasjon om aktuelle boligformer etter at bruker er fylt 16 år.
	10	Brukermedvirkning skal ivaretas i hele prosessen og brukersammensetning ved valg av bolig skal vektlegges.

Områder	Nr.	Tiltak
Utviklingsfremmede helse- og omsorgstjenester	11	Alle brukere skal ha primærkontakt som også er koordinator for IP.
	12	Brukerens IP og tjenestevedtak skal årlig evalueres for å dokumentere forsvarlige og utviklingsfremmende tjenester.
	13	Minimum 40 prosent av ansatte skal ha høgskoleutdanning innenfor helse- og sosialutdanning.
	14	Ansatte skal som hovedregel tilbys 100 prosent stilling.
	15	Alle ansatte skal få basisopplæring gjennom BOA skolen, inklusive postulater for en god utviklingsfremmer.
	16	Alle ansatte skal bruke sjekklister i henhold til rutiner for helhetlig pasientforløp (HPH).
	17	Det skal være løpende brukermedvirkning i alle prosesser.
	18	Brukerne skal få god bistand til kosthold og fysisk aktivitet.
	19	Brukerne skal få tilbud om årlig helsesjekk til fastlegen.
	20	Metodene som anvendes i tjenesten skal bygge på erfarings- og forskningsbasert kunnskap.
	21	Det skal utvikle samarbeid med høgskole/universitet om evaluering og utvikling av metoder for å implementere "beste praksis".
	22	Det skal opprettes ett byomfattende fagnettverk innenfor samspillferdigheter, kommunikative metoder (ASK; alternativt supplerende kommunikasjon) og sansestimulering.
	23	Det skal prøves ut trygghetspakke med utgangspunkt i trygghetsalarm og utvidelse av tjenestetilbudet knyttet til denne, jmfør strategi for implementering av velferdsteknologi.
	24	Det skal foretas utprøving av ulike teknologiske kommunikasjonsmidler for å øke muligheten til å påvirke omgivelsene og oppleve å kunne utøve selvbestemmelse.
Aktivitetstilbud	25	Det skal opprettes ca 7 nye plasser i aktivitetstilbud per år. Behovet vurderes årlig i forbindelse med budsjett- og økonomiplanarbeidet.
	26	Aktivitetstilbudene skal i tillegg til aktiviteter gi tilbud om ASK, sansestimulering og fysisk aktivitet.
	27	Det skal være tydelig skille mellom hjemmet og aktivitetstilbudet/arbeidet.
	28	Brukerne skal vurderes for arbeidsrettede tiltak i samarbeid med NAV.
	29	Brukere som er i arbeidsrettede tiltak skal motta oppmuntringspenger.
Kultur- og fritidsaktiviteter	30	Det skal være tilgjengelig informasjon om byens ordinære tilbud og tilrettelagte fritidsaktiviteter på kommunens nettside: www.trondheim.kommune.no/tilrettelagtfritid
	31	Brukerne skal ha en individuell ukeplan for gjennomføring av aktiviteter og tilstrekkelig bistand til aktiv deltakelse i disse.
	32	Helse og velferd skal videreføre samarbeidet med enhet for kultur- og fritid for å utvikle tilbud i tråd med brukernes interesser.
	33	Helse og velferd skal utvikle samarbeidet med frivillighetssentraler og frivillige organisasjoner.

Kostnadskrevende tiltak som ikke er lagt inn i økonomiplanen for 2015-2018

Områder	Tiltak nr.	Kostnad
Flytting til egen bolig – Ventetid er maksimalt 6 måneder	6	Etablere 15 leiligheter i bofellesskap fra høsten 2015: Driftskostnader i 2015: 5 mill Driftskostnader i 2016: 17 mill

Trondheim kommune
Rådmannen
Postboks 2300 Sluppen
7004 Trondheim

