

Saksframlegg

HØRINGSNOTAT: REVIDERING AV HELHETLIG PLAN FOR HABILITERING OG
REHABILITERING

Arkivsaksnr.: 08/18534

Til høring:

Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne har i forbindelse med revidering av Plan for habilitering og rehabilitering mottatt utkast til ny plan til høring fra rådmannen.

Frist for innsending av høringssvar er satt til 2.februar.

Saksutredning:

Rådmannen ved Oddrun Linge påpeker i høringsbrevet datert 06.01.09 at Kapittel 7 (utfordringer) og kapittel 7 (handlingsplan) er særlig viktig i høringsrunden.

Rådmannen gjør videre oppmerksom på at handlingsplanen ikke anses som helt ferdig ennå. Særlig gjelder det avsnittene som gjelder Oppvekst og Byutvikling.

Sammenlignet med forrige plan er det gjort følgende endringer:

- Kapittelet med beskrivelse av de ulike tjenester er tatt ut av selve planen og følge med som vedlegg.
- Kapitlet om styringsinformasjon er forenklet og forkortet. I den nye planen vektlegger vi de viktigste og nyeste styringsdokumentene.
- I beskrivelse av utfordringer og utarbeiding av forslag til ny handlingsplan er det tatt utgangspunkt i statlige føringer og innspill fra brukerorganisasjoner.

Statusbeskrivelse i forhold til forrige plan legges også ved.

Rådmannen i Trondheim, 13.01.2009

Tor Åm
(kommunaldirektør)

Oddrun Linge
(rådgiver)

Vedlegg 1: Status 2005 – 2008

Vedlegg 2: Tjenester

PLAN FOR HELHETLIGE HABILITERING- OG REHABILITERINGSTJENESTER

2009 - 2012

INNHold Pr 07.01.2009

PLAN FOR HELHETLIGE HABILITERING- OG REHABILITERINGSTJENESTER	3
2009 - 2012	3
1 INNLEDNING	4
Denne planen er en rullering av kommunens rehabiliteringsplan - "Plan for helhetlige habilitering- og rehabiliteringstjenester 2005 – 2008"	
4	
Planen viser hvordan virksomheten er organisert, status i forhold til forrige planperiode, sentrale utfordringer og hvordan vi skal forholde oss til disse utfordringene.	
4	
2 OPPSUMMERING – STATUS FORRIGE PLANPERIODE.....	4
3 AVKLARINGER.....	5
3.1 Hva er helhetlig habilitering og rehabilitering?	5
3.2 Begrepene habilitering og rehabilitering.....	6
3.3 En tidsavgrenset individuell prosess.....	6
3.4 Helhetlig plan	6
3.5 Brukermedvirkning.....	6
3.6 Målgrupper.....	7
3.7 Forskjellen på funksjonshemming og funksjonsnedsettelse	7
4 FØRINGER OG VERDIGRUNNLAG	7
4.1 Styringsdokumenter for rehabiliteringsarbeidet.....	8
4.2 Verdigrunnlag.....	8
5 ORGANISERING OG KOORDINERING	8
5.1 Hvor skal man henvende seg?.....	8
5.2 Individuell plan (IP).....	9
Mer informasjon på kommunens nettside om individuell plan.....	
9	
5.3 Tilbud i kommunen.....	9
5.3.1 Oppsøkende re/habiliteringstjenester.....	9
5.3.2 Dagrehabilitering og voksenopplæring.....	10
5.3.3 Døgnrehabilitering for voksne (korttidsopphold i helsehus).....	10
6 SAMHANDLING.....	11
6.1 ST.Olavs Hospital.....	11
6.2 NAV	11
6.3 Hjelpemiddelsentralen	11
6.4 Frivillige lag og organisasjoner	11
7 UTFORDRINGER.....	11
7.1 Videreføres fra forrige planperiode	11
7.2 Utviklingstendenser i samfunnet.....	12
7.3 Utfordringer som fremgår av nasjonale føringer	13
7.3.1 Det må settes inn tilstrekkelig ressurser, dvs at virksomheten må bli "riktig og bedre prioritert". 13	
7.3.2 Brukermedvirkningen skal styrkes.....	14
7.3.3 Samarbeid mellom samfunnsområder som har ansvar for tiltak.....	14
7.3.4 Individuell plan og Koordinerende enheter i tråd med intensjonen.	14

Trondheim kommune

7.3.5	Kommunens rolle i rehabiliteringsvirksomheten.....	14
7.3.6	Etnisk mangfold.....	14
7.3.7	Bidra til at flest mulige kan være aktive deltakere i dagligliv, arbeidsliv og samfunnsliv.	15
7.4	Innspill fra brukerorganisasjoner og enkeltpersoner	15
7.4.1	Tilbudet til hørselshemmede.....	15
7.4.2	Bedre tilbud til personer med kroniske lidelser	15
7.4.3	Samarbeid med frivillige.....	16
7.4.4	Tilbudet til slagrammede, særlig de i yrkesaktiv alder.....	16
7.4.5	Tilbud om tilrettelagt arbeid og meningsfull aktivitet.....	16
7.4.6	Tiltak for å bryte sosial isolasjon og inaktivitet.....	16
8	HANDLINGSPLAN.....	16
8.1	Satsingsområder for kommende planperiode.....	16
8.2	Vurdering av muligheter.....	17
8.3	Felles strategier.....	19
8.4	Mål for 2009 - 2012.....	19
8.4.1	Felles mål for alle som bidrar i re/habiliteringsarbeidet.....	19
8.4.2	Mål for Helse og velferd:.....	20
8.4.3	Mål for oppvekst og utdanning (ikke ferdig: Kan dere komme med innspill her?)...21	
8.4.4	Mål for kultur og fritid	21
8.4.5	Mål for byutvikling (Kan du komme med innspill her Solveig?)	21
9	Referanseliste.....	21

1 INNLEDNING

Denne planen er en rullering av kommunens rehabiliteringsplan - ”Plan for helhetlige habilitering- og rehabiliteringstjenester 2005 – 2008”.

Planen viser hvordan virksomheten er organisert, status i forhold til forrige planperiode, sentrale utfordringer og hvordan vi skal forholde oss til disse utfordringene.

Vi har valgt å begrense beskrivelsene av de ulike tjenesteområdene av plasshensyn, men det finnes en oppdatert versjon som vedlegg. Denne blir også lagt ut på nettsiden for habilitering og rehabilitering (se nettadresse/lenke nedenfor).

Statlige føringer for dette arbeidet er gitt i

- Helse og sosiallovgivningen
- St.meld 21 (Ansvar og meistring 98/99)
- Forskrift for habilitering og rehabilitering
- Forskrift om individuell plan
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011 (Særtrykk av St.prp.nr 1, kap 9).

2 OPPSUMMERING – STATUS FORRIGE PLANPERIODE

Handlingsplanen fra forrige periode er gjennomgått, og statusrapporten viser at de fleste tiltak er iverksatt. I forrige planperiode ble det arbeidet mye med implementering av mestringsstrategien i alle ledd i organisasjonen. Mestringsstrategien gjennomsyrrer i dag de fleste planverk, som f eks Rusplan,

Trondheim kommune

Psykiatriplan, Eldreplan og planen for yngre voksne som nå er under utarbeidelse. Veien er lang fra plan til praksis, særlig når hovedutfordringene er kompetansebygging og endring av etablerte måter å jobbe på. Forbedringspotensialet er fortsatt stort når det gjelder koordinering, individuell plan, selvbestemmelse og brukervedvirkning.

Det er jobbet mye med forbedring av samarbeidsforhold både på tvers av kommunale tjenester og mellom kommune og eksterne samarbeidspartnere, f eks St.Olav Hospital og NAV, gjennom samarbeidsavtaler, etablering av samarbeidsutvalg, utviklingsprogram (f eks STYRK) og samlokalisering (f eks i offentlige servicekontor).

Skriftlige avtaler og rutiner er utformet for å sikre overgangen mellom barnehage og skole, fra barn til voksen og for alle overgangssituasjoner mellom 1.- og 2.linjetjenesten, f eks utskrivning fra sykehus.

Det finnes informasjon om habilitering og rehabilitering, individuell plan, og samarbeidsavtaler på kommunens nettsider:

<http://www.trondheim.kommune.no/ip/>

<http://www.trondheim.kommune.no/rehabilitering/> <http://www.trondheim.kommune.no/samarbeidsavtaler>

Individuell plan (IP) er et viktig verktøy for samarbeid både med brukere og samarbeidspartnere. Vi har systemet på plass, men det må justeres for å tilpasses nye forhold og elektronisk verktøy (SamPro), og det må sikres at verktøyet fungerer i tråd med intensjonen. Det er avholdt temadager om IP for alle enheter i to runder i perioden, men dette må gjentas regelmessig. Det må også jobbes med bedre styringsdata for å sikre at alle som har rett til og ønske om individuell plan får dette.

Faglig kompetanse på re/habilitering og IP varierer mye mellom enhetene.

Innen helse og velferd er det utarbeidet styringsdokumenter i form av strateginotat for helsehus, tjenester i hjemmet og for helse- og velferdssenter.

Når det gjelder brukervedvirkning har det skjedd mye, med innføring av brukerråd, brukerundersøkelser og ansvarliggjøring av tjenestene gjennom lederavtale. Dette er et område som krever kontinuerlig oppfølging for å sikre reell innflytelse i samarbeidet.

For en fullstendig gjennomgang av målene i forrige handlingsplan, se vedlegg nr 1.

3 AVKLARINGER

3.1 Hva er helhetlig habilitering og rehabilitering?

Vi forholder oss til den *definisjonen* av habilitering og rehabilitering som brukes i sentrale styringsdokumenter, og som første gang ble brukt i [St.melding 21, Ansvar og meistring](#) (1998/99) ("Rehabiliteringsmeldinga").

Habilitering og rehabilitering defineres som tidsavgrensa, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egeninnsats for å oppnå best mulig funksjons og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet.

3.2 Begrepene habilitering og rehabilitering

Re/habiliteringsbegrepet har tidligere blitt assosiert med opptrening og behandling. I dag defineres begrepene videre, både i brukerorganisasjonene, i fagmiljøet og i offentlige dokumenter.

Habiliteringsbegrepet omhandler barn og unge, og rehabilitering handler om voksne. Begge begrepene handler om å øke den enkeltes muligheter for best mulig funksjons og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og på samfunnets ulike arenaer (hjem, arbeid, fritid) ut fra egne forutsetninger og behov.

Habilitering og rehabilitering er *en individuell prosess* som påvirkes av samfunnets vilje og evne til å inkludere mangfoldet av menneskelige variasjoner både fysisk, sosialt og kulturelt. Utfordringen er derfor ivaretagelse av den enkeltes mestringmuligheter gjennom tilgang på trening, opplæring og tilrettelegging *samtidig* som man jobber med sosial inkludering, fjerner funksjonshemmende barrierer og utformer samfunnet ut fra prinsippene om *universell utforming*.

3.3 En tidsavgrenset individuell prosess

Som vi ser av definisjonen foran, så handler re/habilitering om tidsavgrensede prosesser. Re/habilitering handler om å sette inn en *ekstrainnsats* når noen får nedsatt funksjonsevne, og det er denne ekstrainnsatsen som er tidsavgrenset. Etter denne tidsavgrensede innsatsen kan det være behov for bistand for å vedlikeholde oppnådd resultat.

Mange barn og voksne med varige funksjonsnedsettelse trenger en livslang oppfølging og en langsiktig planlegging. En slik oppfølging kan bestå av *flere tidsavgrensede prosesser* som handler om at planen må justeres fordi det skjer *endringer* i livet til personen, enten det handler om helsemessige endringer eller normale overgangssituasjoner som overgangen fra barnehage til skole.

3.4 Helhetlig plan

Virksomhetsområdet består av flere fagpersoner som skal samhandle med bruker i én samordnet prosess etter én felles plan. En må utvikle god og systematisk samhandling som fremmer de mål som settes for arbeidet. *Felles mål* er en forutsetning for å få til en helhet.

Ved vurdering av behov skal man ta utgangspunkt i enkeltmenneskets opplevde mål og behov, ikke i diagnoser eller sykdomsgrupper. Planleggingen handler om å lete etter muligheter for å realisere personens mål innenfor de rammene som finnes.

Den enkelte enhet skal utføre sine tjenester på en slik måte at det støtter opp under helheten, dvs at man drar i samme retning og forsterker hverandres innsats.

3.5 Brukermedvirkning

Kommuneplanen har et overordnet mål om at tjenestene skal tilrettelegges slik at de *ivaretar den enkeltes evne og vilje til å mestre sin hverdag*. Dette betinger reell brukerinnflytelse både i planlegging av tjenester til den enkelte (*individnivå*), og i utvikling av tjenesteapparatet (*systemnivå*). Som en konsekvens av dette er brukermedvirkning nedfelt i alle lederavtaler, og det foretas

Trondheim kommune

regelmessige brukerundersøkelser for å få tilbakemelding fra brukerne.

Brukermedvirkning på individnivå ivaretas ved at all planlegging tar utgangspunkt i brukerens opplevde behov, samt fortløpende evaluering av tiltak sammen med bruker i re/habiliteringsprosessen. Familiens behov og medvirkning er viktig i en vellykket re/habiliteringsprosess, og bør inkluderes såfremt brukeren ønsker dette.

Individuell plan (IP) anbefales som verktøy for å fremme samhandling og brukermedvirkning.

3.6 Målgrupper

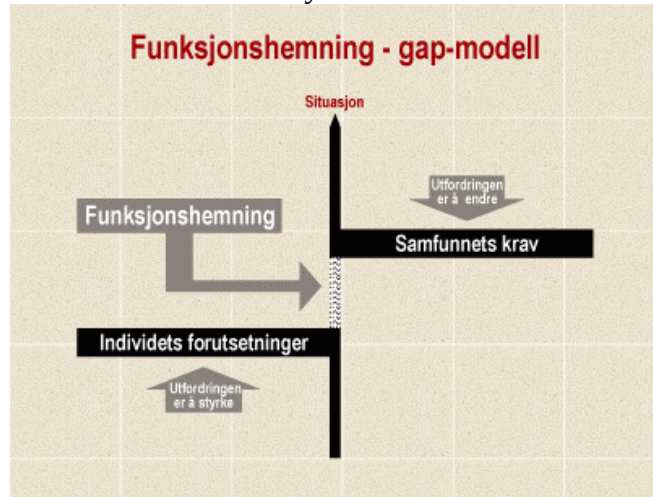
Planen skal gjelde for barn, ungdom, voksne og eldre med funksjonsnedsettelse og sammensatt tjenestebehov.

En funksjonsnedsettelse kan være medfødt eller skyldes ervervede problemer pga rusmisbruk, utviklingshemming, sansetap, somatiske og psykiske sykdommer, eller kombinasjoner av disse.

3.7 Forskjellen på funksjonshemming og funksjonsnedsettelse

Det er ingen selvfølge at personer med funksjonsnedsettelser blir funksjonshemmet. En funksjonsnedsettelse behøver ikke å resultere i begrensninger i sosial og samfunnsmessig deltakelse dersom samfunnet er universelt utformet.

For å illustrere dette benyttes GAP –modellen.



Modellen er tatt fra [St.meld. 40](#). Nedbygging av funksjonshemmende barrierer, 2002/03, s.9. Den viser misforholdet mellom individets forutsetninger og miljøets krav. Gjennom universell utforming og individuelle tiltak i re/habiliteringsprosessen vil gapet bli redusert.

4 FØRINGER OG VERDIGRUNNLAG

Her har vi valgt å avgrense gjennomgangen til det som er nytt på området.

4.1 Styringsdokumenter for rehabiliteringsarbeidet

[Nasjonal strategiplan for habilitering og rehabilitering](#) 2008 – 2011 (Særtrykk av St.prp.nr.1) har ti punkter som står sentralt i den nye nasjonale strategiplanen.

Se mer om disse punktene i kapittelet om utfordringer.

4.2 Verdigrunnlag

[FN-konvensjonen](#) om *rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne* slår fast at de alminnelige menneskerettigheter skal gjelde også for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Retten til likeverdighet og retten til deltakelse sosialt og i samfunnet er sentral. FN-konvensjonen er foreløpig ikke ratifisert.

Artikkel 26 omhandler habilitering og rehabilitering spesielt:

1. *Partene skal treffe effektive og hensiktsmessige tiltak, herunder gjennom likemannsarbeid, slik at mennesker med nedsatt funksjonsevne kan oppnå og beholde størst mulig selvstendighet, utnytte sitt fysiske, mentale, sosiale og yrkesmessige potensial fullt ut, og oppnå full inkludering og deltakelse på alle livets områder. For det formål skal partene opprette, styrke og videreutvikle tverrfaglige habiliterings- og rehabiliteringstjenester og – programmer, særlig på områdene helse, sysselsetting, utdanning og sosiale tjenester, på en slik måte at disse tjenester og programmer*
 - a) *begynner på et så tidlig stadium som mulig, og er basert på en tverrfaglig vurdering av den enkeltes behov og ressurser,*
 - b) *støtter deltakelse og inkludering i lokalsamfunnet og på alle samfunnsområder, er frivillige, og tilbys mennesker med nedsatt funksjonsevne så nær lokalmiljøet som mulig, også i distriktene.*
2. *Partene skal fremme utviklingen av grunn- og etterutdanningen av fagfolk og personell som arbeider i habiliterings- og rehabiliteringstjenestene.*
3. *Partene skal fremme tilgangen til, kunnskapen om og bruken av tekniske hjelpemidler og teknologi utviklet for habilitering og rehabilitering av mennesker med nedsatt funksjonsevne.*

De stater som er part i denne konvensjonen har tidligere erkjent betydningen av de prinsipper og retningslinjer som er nedfelt i Verdens handlingsprogram for mennesker med nedsatt funksjonsevne og i [FN's standardregler for like muligheter for mennesker med mennesker med nedsatt funksjonsevne](#), som også omhandler rehabilitering.

Dette følges blant annet opp i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering, og i [St.melding 40](#) (2002-2003) *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer*.

1. januar 2009 trådte diskriminerings- og tilgjengelighetsloven i kraft. Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven forbyr diskriminering på grunnlag av nedsatt funksjonsevne. Lovens formål er å fremme likestilling og likeverd, sikre like muligheter og rettigheter til samfunnsdeltakelse og hindre diskriminering. Loven omfatter både diskriminerende handlinger og holdninger og utestengning som følge av manglende tilgjengelighet.

5 ORGANISERING OG KOORDINERING

5.1 Hvor skal man henvende seg?

Adressen for henvendelser er offentlig servicekontor i den bydelen brukeren bor, nærmere bestemt:

- Barne- og familietjenesten, forvaltning (barn og unge)
- Helse- og velferds kontor (voksne og eldre)

Disse enhetene tildeler tjenester (vedtaksmyndighet) og har også funksjon som *koordinerende enhet* for habilitering og rehabilitering.

De skal foreta en helhetlig vurdering av behov sammen med brukeren, og evt familien dersom brukeren ønsker det. Dette omfatter samarbeid med alle kommunale tjenester, og eksterne samarbeidspartnere ved behov, f eks NAV, spesialisthelsetjeneste og spesialpedagogiske kompetansemiljø.

De skal informere om retten og mulighetene med individuell plan (IP), og iverksette arbeid med IP når brukeren ønsker det. De skal vurdere behov for etablering av *ansvarsgruppe*, og om det er aktuelt å bruke elektronisk verktøy for arbeid med IP (SamPro).

Mer informasjon om [kjennetegn og god praksis i koordinerende enhet](#) finnes i rapport utarbeidet at Utviklingsnettverket for koordinerende enhet i regi av SKUR og Shdir, 2007, og i Sosial og helsedirektoratets hefte, IS-1530. [Koordinerende enhet](#) for habilitering og rehabilitering. 2007.

5.2 Individuell plan (IP)

Formålet med IP iht [Forskrift for Individuell plan](#) § 2:

- ❖ å bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til enhver tid er *en tjenesteyter som har ansvaret for oppfølgingen av pasienten*
- ❖ å kartlegge pasientens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke pasientens bistandsbehov
- ❖ å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Helsedirektoratet har utarbeidet en [veileder](#) for utarbeiding av Individuell Plan.

Koordinerende enhet har ansvar for å utnevne koordinator (iht forskriftens plikt til ”å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har ansvaret for oppfølgingen av pasienten”), og initiere arbeidet med IP. Alle forvaltningskontor og helse- og velferds kontor har *ressurspersoner* som har fått spesiell opplæring i arbeidet med IP.

Under utarbeidelsen av planen skal det tas hensyn til tjenestemottakerens etniske, kulturelle og språklige forutsetninger.

Innføring av det elektroniske verktøyet *SamPro* for arbeid med IP er en prioritert oppgave.

Mer informasjon på kommunens [nettside om individuell plan](#).

5.3 Tilbud i kommunen

5.3.1 Oppsøkende re/habiliteringstjenester

Kommunen har et bredt tilbud av tjenester som kan benyttes i en rehabiliteringsprosess med utgangspunkt i individuelle behov. Nærmere beskrivelse av disse finnes i vedlegg 2 til planen, samt kommunens nettsider:

- Barne- og familietjenesten (helsestasjon, pedagogisk psykologisk tjeneste, barnevern, fysioterapi og ergoterapi)
- Innsatsteam (opsøkende tverrfaglige rehabiliteringsteam for voksne og eldre)

Trondheim kommune

- KART (kommunalt ambulant rus og psykisk helseteam)
- PART (Psykiatrisk ambulant rehabiliteringsteam)
- Tilrettelagt opplæring i skoler og barnehager
- Tilrettelagte kultur og fritidstilbud
- Helse- og velferd, Oppfølging (tidligere sosialtjeneste og psykiatrisk sykepleietjeneste)
- Ergoterapitjenestene
- Fysioterapitjenestene
- Legetjenestene
- Logopedisk senter
- Senter for voksenopplæring
- Trygghetspatruljen
- Dagsentertjenester for eldre
- Aktivitørtjeneste
- Miljøverter i omsorgsboliger
- Ressurssenter for demens
- Infosenter for seniorer
- Dagtilbud for yrkeshemmede
- Hjemmesykepleie
- Praktisk bistand i hjemmet
- Matombringing
- Brukerstyrt personlig assistent (BPA)

5.3.2 Dagrehabilitering og voksenopplæring

Dagavdelinga ved Lade alle 80 (tidligere tilknyttet Trondheim rehabiliteringssenter, nå Østbyen helsehus) gir tilbud om tverrfaglig dagrehabilitering etter vedtak fra Helse- og velferdskontorene. Det vurderes også å etablere dagrehabilitering i tilknytning til ett av helsehusene.

Det er ønskelig med et tettere samarbeid mellom helsesektoren (særlig dagrehabilitering) og voksenopplæringen (*Logopedisk senter* og *Senter for voksenopplæring* (SEVO)).

5.3.3 Døgnrehabilitering for voksne (korttidsopphold i helsehus)

Pr 1/1-2008 hadde Trondheim 55 døgnplasser for rehabilitering. Døgnrehabilitering blir etter hvert en sentral del av virksomheten i *alle helsehusene*, og det må i den forbindelse vurderes hvor stor andel av korttidsplassene som skal øremerkes rehabilitering.

Målgruppen ved helsehusene er voksne og eldre, med hovedvekt på eldre. Det bør også vurderes om man skal tilrettelegge et tilbud for yngre voksne ved ett av helsehusene.

Høsten 2009 skal det ferdigstilles et *Helsehus i Spania* (Villajoyosa) med 29 plasser og opphold på 4-6 uker. Opphold i Spania tilbys i hovedsak personer som kan ha en forebyggende og rehabiliterende effekt av oppholdet, som et alternativt tilbud til opphold på sykehjem /helsehus i Trondheim.

I forbindelse med budsjettbehandlingen for 2009 bes rådmannen om å legge fram en sak om mulighetene for å selge seg ut av engasjementet.

Mer informasjon om helsehuset i Spania på nettsiden www.trondheim.kommune.no/spania

6 SAMHANDLING

Habilitering og rehabilitering kjennetegnes av tverrfaglig samhandling med bruker som har sammensatte behov og behov for koordinerte tjenester.

6.1 ST.Olavs Hospital

Det foreligger [samarbeidsavtaler](#) og retningslinjer mellom kommunene og St.Olav HF for de fleste fagområder.

Hvert av disse fagområdene har kliniske samarbeidsutvalg, og et administrativt samarbeidsutvalg (ASU) med overordnet ansvar for oppfølging av avtaleverk og samarbeidsspørsmål mellom kommunene i Sør-Trøndelag og St.Olav. Disse ordningene vil bli evaluert med det første.

6.2 NAV

Samarbeidsavtale ble inngått med hjemmel i lov om arbeids- og velferdsforvaltningen §14 i november 2008.

Formålet med samarbeidsavtalen er å arbeide for å få flere i arbeid og aktivitet og færre på stønad. Det skal utvikles en helhetlig og effektiv arbeids- og velferdsforvaltning der tjenestene oppleves som enklere og bedre tilpasset brukernes behov.

6.3 Hjelpemiddelsentralen

Kommunens ansvar er beskrevet i forskrift om habilitering og rehabilitering §11. Det er inngått samarbeidsavtale med NAV- [Hjelpemiddelsentralene](#). Den omfatter formidling, opplæring, informasjon, opprettelse av lokalt oppsamlingssted, intern transport, teknisk service og vedlikehold.

Det er opprettet [syn- og hørselkontakter](#) i kommunen som en forlengelse av dette samarbeidet.

6.4 Frivillige lag og organisasjoner

Frivillighetssentraler fungerer som en møteplass og brobygger mellom mennesker som ønsker å yte eller utføre frivillig tjeneste, både fra frivillige organisasjoner, sammenslutninger og det offentlige. I Trondheim er i dag 5 frivillighetssentraler i drift..

Samarbeid med brukerorganisasjoner er viktig både i form av likemannsarbeid og i forbindelse med tjenesteutvikling. Det ble i 2004 ansatt en [frivillighetskoordinator](#) i en prosjektperiode på to år. Dette er nå en permanent ordning. Vedkommende er ansatt i rådmannens fagstab.

7 UTFORDRINGER

7.1 Videreføres fra forrige planperiode

- Reell brukerinnflytelse. Pårørende- /familiemedvirkning bør inkluderes i dette.

Trondheim kommune

- Gode forløp i tiltakskjeden må fortsatt være et fokusområde; koordinering, fjerne ”flaskehalser” i tiltakskjeden, effektiv bruk av ressurser og tilstrekkelig kapasitet på riktig sted til riktig tid.
- Bistand på et så tidlig stadium som mulig. Dette er en særlig utfordring når det gjelder personer med langsomt funksjonsfall som får tilbudet altfor sent.
- Individuelle planer i tråd med intensjonen.
- Helsehusene må få bedre turnover i plassene, og mer målrettet bruk av plassene og tverrfaglig kompetanse.
- Implementere forebyggings- og mestringsstrategien i alle tjenester, særlig hjemmetjenestene.
- Basiskompetanse i habilitering og rehabilitering i alle tjenester for mennesker med funksjonsnedsettelse, tilgang på veiledning ved behov.
- Styringsdata for habilitering og rehabilitering (oversikt over behov og dekning)
- Kunnskapsbasert praksis, herunder deltakelse i forsknings- og utviklingsarbeid
- Ivareta alle – uansett type funksjonsnedsettelse; tilrettelegging for personer med spesielle behov

7.2 Utviklingstendenser i samfunnet

Helsedirektoratets rapport [IS-1545](#) (*Skapes helse, skapes velferd – helsesystemets rolle i de norske samfunnet, utviklingstrekk i helsesektoren 2008*) påpeker (s.9) at antall eldre øker samtidig med at befolkningsandelen av personer i yrkesaktiv alder går ned. Dette betyr at om 30 år skal halvparten så mange ta seg av dobbelt så mange. Samtidig ser vi at antall langtidssykmeldte og uføretrygdde øker. *Tilrettelegging for deltakelse i arbeidslivet* er med andre ord viktig både som rettighet og mulighet i form av arbeidskraftreserve.

Rapporten påpeker at dagens helsetjeneste er best tilpasset de som rammes av akutt sykdom og brått funksjonsfall. Sykdomsprofilen i samfunnet er i endring, og *mennesker med kroniske lidelser* utgjør den største pasientgruppen uten at hjelpeapparatet tilstrekkelig har tilpasset seg denne utviklingen. En del av dette bildet er at stadig flere mennesker har flere sykdommer samtidig (*komorbiditet*) og *kompleksitet* i sykdomsbildet er økende. En av de største utfordringene framover vil være å utvikle effektive måter å respondere på denne utviklingen (s.90-91). ”*Kunnskap, pasientfokus, koordinering, kontinuitet, informasjonsflyt og klarhet om felle mål og midler går på tvers av daglige faggrenser.*” (s 91)

En annen del av utviklingstendensene er at kommunens rolle stadig blir viktigere. Liggetiden ved sykehusene har gått sterkt ned de siste årene, og kommunen overtar ansvaret på et tidspunkt mens de medisinske utfordringene fortsatt er svært store. Fastlegenes og sykepleiernes rolle innen kommunal habilitering og rehabilitering må derfor styrkes.

Antall *ynge brukere* av helse og omsorgstjenesten (under 67) år er *fordoblet på 10 år*, og utgjør i dag 1/3 av de som mottar hjemmetjenester. Disse tjenestene vil i stor grad ha habilitering og rehabilitering som formål (Nasjonal strategi, særtrykk, s 6), og det er derfor viktig å sats på kompetanseoppbygging på dette området.

Majoriteten av brukere av Trondheim kommunes rehabiliteringstjenester er imidlertid over 67 år. Rehabilitering er et sentralt satsingsområde i Eldreplanen.

Habilitering og rehabiliteringsvirksomheten handler om å sette inn en ekstrainsats i en avgrenset periode. Helge Garåsens studium ved [intermediæravdelingen](#) viser at man ved å sette inn ekstrainsats i en avgrenset periode reduserte behovet for hjemmetjenester samtidig som brukerens livskvalitet økte.

7.3 Utfordringer som fremgår av nasjonale føringer

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering har ti fokusområder for virksomheten. De viktigste for kommunen gjennomgås nedenfor.

Vi viser også til rundskriv [IS-1/2008](#) kapittel 2.9 om Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2008 med henvisning til Nasjonal strategi.

Fokus på kvalitet skal bidra til bedre tjenester. Det vises til [Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring](#) i sosial- og helsetjenesten (2005-2015) og praksisfeltets anbefalinger.

Mer informasjon finnes på nettsiden www.ogbedreskaldetbli.no.

7.3.1 Det må settes inn tilstrekkelig ressurser, dvs at virksomheten må bli "riktig og bedre prioritert".

For å kunne sette inn tilstrekkelige ressurser må vi ha bedre *styringsdata* enn vi har i dag. Vi har ikke datagrunnlag for å vurdere omfanget av dagens virksomhet opp mot hva som er nødvendig.

Siden dette er en svært sammensatt virksomhet som i stor grad utføres av tjenester som også ivaretar andre oppgaver enn re/habilitering, er det også vanskelig å definere hva som skal registreres som behov og "tilstrekkelige ressurser".

Selv om forebygging og rehabilitering er løftet høyt opp i alle strateginotat i kommunen, følger ikke ressursfordelingen nødvendigvis samme mønster. Økonomisk er det vanskelig å påvise vekst ut over det som følger av befolkningsveksten. Tilførte ressurser innen virksomheten har i forrige planperiodene vært forbeholdt sosial tilrettelegging og døgnbasert rehabilitering.

Det er ikke vesentlig ventetid på tildeling av rehabiliteringsplasser i Trondheim kommune. Det er heller ikke ventetid på tildeling av tjenester fra rehabiliteringsteam (innsatsteam), men det er lang ventetid på enkelttjenester som ergoterapi og fysioterapi. Det er grunn for å tro at det er en del uregistrerte behov her, dvs at langt flere burde fått en tverrfaglig vurdering av sine rehabiliteringsmuligheter.

Dekningen på døgnbasert rehabilitering ved helsehusene anser vi som bra, men oppbemanningen av korttidsplassene er muligens for lav. Tilstrekkelig bemanning er nødvendig dersom korttidsplassene skal ha den tilsiktede effekten i tiltakskjeden i form av redusert press på andre tjenester.

Vi ser et økende behov for *døgnbasert rehabilitering for yngre personer*. Det bør tilrettelegges et bedre tilbud for voksne i yrkesaktiv alder.

Det planlegges egen avdeling for personer med psykiske lidelser ved Leistad. Dette tilbudet organiseres som en avdeling under Øsybyen helsehus.

Når det gjelder *rehabiliteringstjenester utenfor institusjon* (oppsøkende tjenester), så varierer ressurstilgangen fra tjeneste til tjeneste. Helsetjenestene utenfor institusjon har ikke hatt reell vekst siden innsatsteamene ble etablert i 2002, men antall henvisninger og kompleksiteten i den enkelte henvisning øker. Fysioterapidekningen ligger eksempelvis langt under ASSS-gjennomsnittet (de 10 største kommunene) og landsgjennomsnittet.

Aktivitetstilbudet (aktiviteter og miljøverter) er økt betraktelig siste årene. For hjemmeboende har satsingen skjedd ved oppbygging av Den kulturelle spaserstokken og ambulerende dagtilbud, og for beboere ved sykehjem og omsorgsboliger er det opprettet aktivitetstjeneste og miljøverter. Aktivitet er

Trondheim kommune

viktig for livskvalitet og opprettholdelse av funksjonsnivået uansett alder og boform, men det forebyggende og helsefremmende potensialet er som oftest størst hos hjemmeboende.

Det har i perioden vært en tiltakende utfordring å komme inn med oppsøkende rehabilitering *på et tidlig stadium* når potensialet og effekten er størst. Dette handler ikke om tilførsel av nye ressurser, men om at tjenesteapparatets *evne til å avdekke re/habiliteringspotensiale* på et tidlig tidspunkt er for dårlig.

7.3.2 Brukermedvirkningen skal styrkes.

Her er det fortsatt stort forbedringspotensial.

Ut fra et helhetsperspektiv ønsker vi å ta inn *familie-/pårørendemedvirkning* under dette punktet, da vi ser at vi i fremtiden vil være helt avhengig av godt samarbeid med brukerens nettverk for å få til gode tjenester og et treffsikkert tilbud.

Økende forventninger og prioriteringer vil bli en svært stor utfordring i årene som kommer. Kommunen vil ikke bli i stand til å innfri alle ønsker og behov, men treffsikkerheten i forhold til opplevd behov kan være vel så avgjørende som mengden av tjenester. En opplevelse av å ikke bli sett og forstått i møtet med hjelpeapparatet vil skape frustrasjon og mistillit og øke opplevelsen av udekt behov.

7.3.3 Samarbeid mellom samfunnsområder som har ansvar for tiltak

Gode koordinerte forløp vil bli svært viktige i årene som kommer, både fordi brukeren og familien skal oppleve tilgang på riktige tjenester innen rimelig ventetid og fordi det er avgjørende for effektiv bruk av ressurser. Kork ett sted i tiltakskjeden forplanter seg raskt til øvrige tjenester. Tjenesten må også være koordinert på tvers innad i kommunen.

Tjenester med behov for tett samarbeid kan med fordel samlokaliseres der det lar seg gjøre, f.eks dagrehabilitering og voksenopplæring, eller tjenester i hjemmet (fysioterapi, ergoterapi og hjemmetjenester).

7.3.4 Individuell plan og Koordinerende enheter i tråd med intensjonen.

Her er systemet relativt godt oppbygd, men vi vet altfor lite om hvor vi står i forhold til intensjonen. Det bør derfor foretas en evaluering slik at vi får en pekepinn på hvor eventuelt forbedringspotensialet ligger.

7.3.5 Kommunens rolle i rehabiliteringsvirksomheten.

Utgangspunktet for ansvarsfordeling mellom 1. og 2.linjen er LEON-prinsippet (lavest effektive omsorgsnivå). Det skal legges vekt på samarbeidsmønstre som ivaretar helheten, jf utfordringer når det gjelder pasientflyt.

Målet vårt må være at alle skal ivaretas uansett type funksjonsnedsettelse, men kommunen vil aldri kunne inneha egen kompetanse på alle diagnosegrupper, og kan i liten grad organisere tilbud ut fra diagnosegrupper. Løsningen ligger i gode samarbeidssystemer med spesialister på de ulike diagnoser og funksjonsnedsettelser. Våre medarbeidere må vite hvor de kan henvende seg for å få veiledning.

7.3.6 Etnisk mangfold

Tilbudet skal ikke være avhengig av alder, kjønn, etnisitet, diagnose, samfunnsmessig lønnsomhet eller hvor man bor i landet, og vi vil her særlig trekke fram utfordringer knyttet til det etniske mangfoldet. Målet må være inkludering så langt det lar seg gjøre, i tett samarbeid med familie og etniske grupper.

Trondheim kommune

Det inngås årlig avtale om bosetting av omlag 240 nye flyktninger i byen. I tillegg kommer et varierende antall familiegjenforeninger til disse hvert år. Deres status som flyktninger kan indikere at de har kommet seg unna en tilværelse som kan inneholde store traumer. Dette kan naturlig nok prege den enkelte sterkt. Særlig barn kan være utsatt. Kvalifiseringssenteret for innvandrere er stadig i kontakt med mange av dem som sliter i skole og hverdag. Tilleggsproblematikk, som kan være kulturelt betinget, er ofte knyttet til at det ikke er aksept i hjemmet for å gi uttrykk for eller å snakke om ettervirkninger, plager og sorg de måtte bære på. Dette er en stor ny utfordring som kommunen må ta på alvor. Kvalifiseringssenter for innvandrere har eksistert i ca seks år. De har ansvaret for de som deltar i kommunens introduksjonsordning. Det kan også være grupper med behov for spesielle tiltak blant flyktninger og innvandrere som ble bosatt før introduksjonsordningen trådte i kraft.

7.3.7 Bidra til at flest mulige kan være aktive deltakere i dagligliv, arbeidsliv og samfunnsliv.

Rehabiliteringsarbeidet skal bidra til å bedre og bevare funksjonsnivå, hjelp til å endre helseskadelig livsstil, og til at eldre kan klare seg lengst mulig selv.

Økt etterspørsel sammen med ressursproblematikk (økonomi og tilgang på arbeidskraft) vil stille økt krav til at tiltak som etableres skal være virkningsfulle. Dette krever kunnskapsbaserte tilnærminger og fokus på kvalitet i tillegg til samarbeid og koordinering som er nevnt foran.

7.4 Innspill fra brukerorganisasjoner og enkeltpersoner

Vi viser her til skriftlige innspill samt innspill i forbindelse med workshop 7.april og fellesmøte i Kommunalt råd for mennesker med funksjonsnedsettelse 14.oktober. Følgende ønsker og innspill er mottatt:

7.4.1 Tilbudet til hørselshemmede

- Bedre tilbud for tunghørte barn; opplæring, råd og veiledning av personalet i barnehager og skoler som har barn med nedsatt hørsel.
- Forum der lærere for hørselshemmede og døve kan møtes, utveksle erfaringer og bygge kompetanse
- Dag - og døgnerhabiliteringsplasser for døve. Disse må legges til et miljø der det finnes kompetanse i tegnspråk og om døvhet.
- Ønske om bedre rusomsorg for døve
- Ønske om en helsestasjon med spesiell kompetanse på hørselshemmede
- Bedre tilrettelagt kulturtilbud, bedre mulighet til å delta på kulturtilbud tilrettelagt for tegnspråklige.
- Bedre opplæring i bruk av nye hjelpemidler for hørselshemmede, særlig dataopplæring
- Flere VTA plasser (sysselsetting) for hørselshemmede.
- Bedre oppfølging av personer med tinnitus, herunder forslag om eget driftstilskudd for fysioterapeut med spesialkompetanse.

7.4.2 Bedre tilbud til personer med kroniske lidelser

- Ønske om råd og veiledning som lavterskeltilbud. Å leve med kroniske lidelser er en stor utfordring i hverdagen, både for den som har lidelsen og familien. Det har lenge vært en utfordring å nå ut med tilbud til mennesker med kroniske lidelser på et tidlig stadium. Det foreslås å etablere en rådgivningstjeneste hvor folk kan stikke innom for råd og veiledning, informasjon om tekniske hjelpemidler m.m

Trondheim kommune

- Utvidet bassengtilbud for revmatikere
- Øke antall fysioterapeuter opp til nivå med ASSS-kommunene

7.4.3 Samarbeid med frivillige

- Likemannsarbeidet må styrkes. Home Start ønsker et tettere samarbeid.
- Brukerorganisasjonen ønsker å finne felles lokaler hvor organisasjonene kan møtes og samhandle med kommunen. Dette vil være med på å skape større solidaritet mellom brukerorganisasjonene og igjen skape større ansvar for helheten.

7.4.4 Tilbudet til slagrammede, særlig de i yrkesaktiv alder

- Gjelder særlig personer i yrkesaktiv alder
- Kompetansen hos privatpraktiserende fysioterapeuter er mangelfull mht slagrehabilitering.
- Behov for bedre vedlikeholdstilbud for å unngå senskader, belastningsskader og funksjonsfall. Nå er mye overlatt til tilfeldighetene og holdninger hos terapeuter om at det ikke nytter å trene så lenge etter slaget. Hva kan gjøres for å endre denne holdningen slik at de kan få riktig kompetanse til å behandle slagrammede så lenge de selv ønsker, og har behov? Forslag: "Slagskole" / treningsstudio i kommunen der de slagrammede får oppfølging/opplæring av kvalifisert personell innen rehabilitering.

7.4.5 Tilbud om tilrettelagt arbeid og meningsfull aktivitet

- Flere instanser tar opp dette. Arbeid, og muligheten til en meningsfull hverdag er svært viktig for livskvalitet. De som har problemer med å få synliggjort sine behov, som f.eks. de om usynlige handikap må ivaretas bedre. Lavterskeltilbud er av stor betydning (f.eks. "Dagsverket" eller det som Kim-senteret driver), tilbud hvor mennesker kan delta i meningsfull arbeidstrening også mens de er under behandling. Det sosiale ved å jobbe sammen, vil føre til at personer lettere får et nettverk, som har betydning for stabilitet og personlig utvikling. Mental helse mfl. oppfordrer Trondheim kommune til å fortsette arbeidet med å legge til rette for slik arbeidstrening.

7.4.6 Tiltak for å bryte sosial isolasjon og inaktivitet

- Handikapforbundet utfordrer både fastlege og hjemmetjenesten til større engasjement og bistand for å bryte sosial isolasjon. Disse instansene bør i større grad formidle kontakt med en person som kan følge opp dette.

8 HANDLINGSPLAN

8.1 Satsingsområder for kommende planperiode

Med utgangspunkt i utfordringene som er skissert foran, peker det seg ut tre hovedområder:

- Tilbud om rehabilitering må gis på et *tidligere stadium* enn tilfellet er i dag. Dette gjelder særlig mennesker med langsomt fallende funksjonsnivå.
 - Tidlig intervensjon handler både om å forebygge funksjonstap, om at effekten av tiltakene ofte er størst på et tidlig stadium og om LEON-prinsippet (lavest effektive omsorgsnivå).
- Tilbud til personer i yrkesaktiv alder.

- Det er behov for bedre tilrettelegging både av dag- og døgntilbudet.
- Tilbud til de som trenger spesielt tilrettelagt tilbud fordi det ordinære tilbudet ikke er godt nok tilrettelagt, som f eks personer med sansetap (døve og døvblinde).

8.2 Vurdering av muligheter

Det legges vekt på at strategiene og målene skal være realistiske å gjennomføre i planperioden, og de mest presserende utfordringene må prioriteres.

Sannsynligheten er liten for at det blir vesentlige rammeøkning i årene som kommer, og det er derfor viktig at man prioriterer saker som det går an å gjøre noe med innen dagens rammer.

Saker som krever rammeøkninger må vurderes i forbindelse med den årlige budsjettbehandlingen. Eventuell styrking av virksomheten kan ofte være lønnsomt sett i forhold til kostnadene og konsekvensene av å ikke tilby tjenesten, men det er behov for mer kunnskap og forskning på dette området for å kunne vite hva som er et nødvendig eller godt nok nivå på tjenesten og hvordan man best kan tilrettelegge den for å få mest mulig ut av knappe midler.

Det vil føre for langt å ta med alle vurderinger som er gjort i forhold til de ulike innspillene fra brukerorganisasjonene, men jeg vil her kommentere noen punkter som faller inn under de prioriterte områdene:

Rehabiliteringstilbudet skal *starte så raskt som mulig* etter at behov er oppstått. Dette handler både om å forebygge tilleggsproblemer for den enkelte, og om effektiv bruk av knappe ressurser slik at resultatet blir best mulig for flest mulig. Dette betinger at forebyggings- og mestringsstrategien styrkes i henvisende enheter, særlig i helse- og velferdskontorene og i hjemmetjenestene. Her er vi allerede i gang med et omfattende prosjekt i Lerkendal bydel – ”Prosjekt hverdagsmestring i hjemmet”. Dette bør det bygges videre på, og arbeidsformene bør implementeres i alle bydeler. Når det gjelder barn er tidlig intervensjon relativt godt ivaretatt.

Det må rettes større oppmerksomhet på behov til mennesker med langsomt funksjonsfall, dvs kroniske eller progredierende lidelser og mennesker som er avhengige av bistand for å vedlikeholde mestrings- og funksjonsevnen sin, inkludert de som tidligere har vært gjennom rehabilitering etter akutt sykdom som f eks hjerneslag. Mulighetene våre til å utbedre dette er knyttet til kompetanseoppbygging, behandlingsskjeder/pasientflyt og etablering av samarbeidsrutiner i tiltakskjeden.

Personer med sansetap skal ha tilbud om rehabilitering på linje med andre, dvs innenfor det området som kommunene har ansvar for og kan forventes å ha kompetanse på. Kommunens ansvar er av generell og allmenn karakter. Utfordringen ligger i at det ordinære tjenesteapparatet i begrenset grad kan kommunisere med brukerne på en tilfredsstillende måte. For døve og personer med kombinert sansetap er man avhengig av tolketjeneste for å kunne bruke det ordinære tilbudet. Vi har forståelse for at dette ikke alltid oppleves som tilfredsstillende, særlig ved institusjonsopphold. Derfor har kommunen tilrettelagt for spesialtilbud for denne gruppen som f eks ved Havsteinekra.

Når det gjelder rehabilitering, så vet vi pr i dag for lite om hvor mange det er i denne gruppa som har behov for rehabilitering til å kunne etablere et eget rehabiliteringstilbud for personer med sansetap. Inntil videre ser vi derfor for oss følgende alternativer ved behov for rehabilitering:

1. Oppsøkende rehabilitering (hjemmebasert rehabilitering); samarbeid mellom hjemmetjenesten ved Havsteinekra helse- og velferdssenter, innsatsteam, tolketjenesten og rådgivningstjenesten for døve og døvblinde.

Trondheim kommune

2. Dag- og døgnrehabilitering, - to alternativer;

- a) dag- eller døgnopphold ved helsehusene i samarbeid med rådgivningstjenesten for døve og døvblinde, og tolketjenesten
- b) dag- og døgnopphold ved Havsteinekra i samarbeid med innsatsteam

Valg av alternativ bør gjøres ut fra vurderinger av behov i det enkelte tilfelle. For de med moderate sansetap kan det ordinære tjenesteapparatet vært et godt alternativ, men for de med store sansetap anser vi Havsteinekra som det beste alternativet, i samarbeid med innsatsteam eller andre tjenester alt etter behov.

Tallmateriale mottatt fra Trondheim døveforening indikerer at antall innbyggere i denne brukergruppen er så stort at det er grunnlag for en egen korttidsplass, forutsatt at denne plassen dekker behov for alle kategorier korttidsopphold. Inntil videre må behovet for korttidsopphold vurderes fortløpende ved ledig plass ved Havsteinekra slik at vi får erfaring før vi tar stilling til om man skal reservere en fast plass til korttidsopphold.

Når det gjelder behovet for *bedre tilbud for barn med nedsatt hørsel*, så har Møller kompetansesenter et veiledningsansvar, men de har ikke kapasitet til å følge opp behovet slik mange kunne ha ønsket det. Kommunen ser seg foreløpig ikke i stand til å bygge ut sin egen rådgivningstjeneste til også å omfatte tunghørte som følge av dette, og vi bør heller ikke gå inn i ansvarsområder som tilfaller 2.linjetjenesten (spesialistnivået).

Trondheim kommune har nært samarbeid med Møller kompetansesenter når det gjelder grunnskolebarn som trenger opplæring i tegnspråk. Videre har Trondheim kommune de siste årene gitt støtte til lærere som har ønsket å ta videreutdanning for å kvalifisere seg for arbeid med døve. Disse lærerne har jobbet ved Nyborg skole som har bygd opp spesiell kompetanse for denne elevgruppen. Rådmannen er i gang med en evaluering av *det spesialpedagogiske tilbudet* til barn i Trondheim, og det blir lagt fram en bystyresak på temaet i løpet av våren 2009. Da vil vi analysere hvilke problemer skolene mener det må arbeides spesielt med. Det vil være naturlig at akkurat dette spørsmålet diskuteres i denne saken.

Helsestasjonene erfarer at det varierer fra person til person om de foretrekker å bruke tolk, lese på munnen, eller ha med eventuell hørende partner. Helsesøstre er svært godt fornøyd med Tolketjenesten i NAV i forhold til kompetanse. På bakgrunn av dette kan vi ikke prioritere behovet for egen helsestasjon for hørselshemmede foreldre, men vi vil vurdere et prosjekt med fokus på kompetanseheving blant helsepersonell, gjerne i samarbeid med døveforening.

Mulighetene til å utbedre tilbudet til *slagrammede i yrkesaktiv alder* er til stede innenfor det etablerte systemet, både når det gjelder kompetanse og utbedring av tiltakskjeden.

Helsehusene har kompetanse i rehabilitering, også for slagrammede, og mulighetene bør vurderes med tanke på bedre tilrettelegging for mennesker i yrkesaktiv alder ved en av avdelingene, fortrinnsvis ved Øya helsehus. Det er ikke grunnlag for å reservere en hel avdeling for yngre, men man kan samle yngre brukere på ett sted, f eks ved en egen fløy.

Det er iverksatt et arbeid med å utbedre tilbudet om dagrehabilitering ved Østbyen helsehus, Lade alle 80. Her ser vi allerede en gradvis økning av antall personer i yrkesaktiv alder, og forholdene burde ligge til rette for å utbedre tilbudet innenfor dagens rammer. Tilbudet er tverrfaglig og man er innstilt på å vurdere nye arbeidsformer, f eks i form av "Slagskole" eller treningsstudio slik Slagrammedes forening foreslår, og/eller rådgivningstjeneste (lavterskeltilbud) for mennesker med kroniske lidelser slik Handikapforbundet har foreslått. Kommunen har inngått avtale med ulike treningsstudio for trening til redusert pris for brukere av kommunale tjenester som har aktivitet som en målsetting.

Kommunen er kjent med at det er et stort udekket behov for tilrettelagte arbeidsplasser for personer med funksjonsnedsettelse. Dette gjelder særlig varig tilrettelagt arbeidsplasser (VTA-plasser) for personer som mottar uføretrygd. Tilrettelagt arbeid er et statlig ansvar (NAV arbeid), og Trondheim kommune vil fortsette arbeidet med å synliggjøre denne problemstillingen både lokalt og sentralt. I tillegg er det initiert et utviklingsarbeid for å skape flere tilrettelagte arbeidsplasser i ordinære bedrifter. Dette arbeidet vil organiseres som et prosjekt i samarbeid med NAV, Prima as, dagtilbudene for yrkeshemmede og Stavne Gård KF.

8.3 Felles strategier

- Re/habilitering/mestring skal synliggjøres som et satsingsområde i alle planer for tjenester som inngår i re/habiliteringsvirksomhet.
- Informasjon om habilitering og rehabilitering skal være tilgjengelig for alle, inkludert fremmedspråklige (hovedspråkgruppene).
- Alle enheter som arbeider med mennesker med funksjonsnedsettelse skal ha kompetanse om habilitering og rehabilitering og sikre at det arbeides for at brukerne får utviklet og opprettholdt mestringsevnen.
- Behovet for habilitering og rehabilitering skal alltid vurderes når man avdekker behov for langvarige tjenester.
- Habilitering og rehabilitering iverksettes på bakgrunn av en helhetsvurdering av muligheter med utgangspunkt i tjenestemottakers opplevde behov. Helhetsvurderingen skal inkludere behov relatert til helsetilstand, funksjon, opplæring, tilrettelegging av arbeid, aktivitet og sosial deltakelse.
- Individuell plan brukes som verktøy for alle som arbeider med personer med behov for langvarige koordinerte tjenester, så sant bruker ønsker dette.
- Det utvikles samarbeidssystemer med spesialister på de ulike diagnoser og funksjonsnedsettelse, slik at våre medarbeidere vet hvor de kan henvende seg for å få veiledning.
- Samarbeid med eksterne forskningsmiljø for å øke kunnskap om hva som er ennødvendig eller god dimensjonering på tjenestene og hvordan man kan tilrettelegge den for å få mest mulig ut av knappe midler.

8.4 Mål for 2009 - 2012

8.4.1 Felles mål for alle som bidrar i re/habiliteringsarbeidet

- Faglig kompetanse på re/habilitering og *individuell plan (inkludert SamPro)* er ivaretatt gjennom enhetenes veiledning og opplærings/utviklingsprogram.
 - Ansvar: Enhetsleder
- SamPro er innarbeidet som verktøy i arbeid med individuell plan i alle enheter som inngår i re/habiliteringsarbeidet.
 - Ansvar: Enhetsledere og ansatte
- Enhetene samarbeider med brukerorganisasjonene om likemannsarbeid og tjenesteutvikling.
 - Ansvar: Enhetsledere
- Utvikle styringsdata for habilitering og rehabilitering.
 - Ansvar: Rådmannen i samarbeid med enhetsledere og ASSS-nettverket.
- Ansatte får styrket kompetanse om innvandrere som målgruppe.

- Ansvar: Enhetsledere

8.4.2 Mål for Helse og velferd:

- Alle enheter som har funksjon som koordinerende enheter evalueres med fokus på oppfyllelse av intensjonen med koordinerende enhet, jf Nasjonal strategi.
 - Ansvar: Rådmannen i samarbeid med ledere Helse- og velferdskontorene, og barne- og familietjenesten, forvaltning.
- Det er etablert et system for opplæring for koordinerende enheter og koordinatorene.
 - Ansvar: Prosjektleder for SamPro og ressursgruppe i koordinerende enheter.
- Prosjekt hverdagsmestring i hjemmet videreutvikles til å gjelde alle bydeler
 - Ansvar: Rådmannen i samarbeid med ledernetverkene.
- Helsepersonell får økt kompetanse om sanseetap.
 - Ansvar: Enhetsledere.
- Privatpraktiserende fysioterapeuter deltar i den helhetlige oppfølgingen av pasienter med sammensatte behov, herunder samarbeid i ansvarsgrupper, bruk av IP, samarbeid med eksterne samarbeidspartnere
 - Ansvar: Den enkelte fysioterapeut i samarbeid med enhet for fysioterapitjeneste
- Ventetiden på å få tekniske hjelpemidler er innenfor rammene i vedtatt prioriteringsnøkkel.
 - Enhetsledere for enhet for fysioterapitjenester og enhet for ergoterapitjenesten.
Økonomiske konsekvenser av dette vurderes av rådmannen årlig i budsjettssammenheng.
samarbeid.
- Synliggjøring av udekket behov for varig tilrettelagte arbeidsplasser for personer med funksjonsnedsettelse
 - Ansvar: Rådmannen i samarbeid med NAV-ledere og dagtilbudsledere
- Utvikling av ordningen med varig tilrettelagte arbeidsplasser i ordinære bedrifter.
 - Ansvar: Rådmannen i samarbeid med dagtilbudsledere, NAV, Prima as og Stavne Gård KF.
- Alle hjemmeboende personer med varig nedsatt funksjonsevne får bistand om tilrettelegging for aktivitet og sosial deltakelse.
 - Ansvar: Helse- og velferdskontor sørger for at behov synliggjøres i vedtak. Samarbeid innsatsteam, hjemmetjenestene, kulturenhet, frivillighetssentral, brukerorganisasjoner.
- Tilbud om dagrehabilitering for mennesker i yrkesaktiv alder videreutvikles med fokus på vedlikehold og mestring.
 - Østbyen helsehus, avd Lade i samarbeid med andre tjenester og brukerorganisasjoner.
- Rådgivningstjeneste (lavterskeltilbud) iht forslag fra Handikapforeningen er allerede etablert i regi av Infosenteret for seniorer. Tilsvarende tilbud bør opprettes for personer i yrkesaktiv alder.
 - Ansvar: Samarbeid mellom fysio- og ergoterapitjenesten, evt også dagavdelingen ved Østbyen helsehus
- Etablere et faglig overbyggende nettverk mellom ulike kompetansemiljø for sanseetap som Havsteinekra, rådgivningstjenesten for døve og døvblinde, SEVO, ergoterapitjenesten, representanter fra brukerorganisasjoner og evt eksterne fagmiljø.
- Dag- og døgnrehabilitering for personer med sanseetap tilpasses individuelt ut fra individuelle behov og med flere alternative kombinasjonsmuligheter
 - Samarbeid mellom rådgivningstjenesten, tolketjenesten, SEVO og helsehus
- Dagopphold eller døgnopphold ved Havsteinekra helse- og velferdssenter. Mulighetene for å reservere en plass til korttidsopphold vurderes dersom det viser seg at det er mange nok med behov for dette.

8.4.3 Mål for oppvekst og utdanning (under bearbeiding av Mette Berntsen m fl)

- Kompetanseheving i sansetap i barnehager og skoler
 - o Ansvar: Enhetsledere
- Forslag fra Døveforeningen om å etablere et forum der lærere for hørselshemmede og døve kan møtes og utveksle erfaringer og bygge kompetanse?
 - o Ansvar: ?
- Elever i ungdomsskole og videregående skole som har funksjonsnedsettelse og behov for tilsyn på dagtid i skolens ferier, har et avklart tilbud 6 måneder før aktuell ferie. *Avklaring av hvilke utøvertjenester Forvaltning kan "lande bestillingen hos" for mer langsiktig planlegging av tiltak.*
 - o Ansvar: ?
- Fastlegenes rolle i barnehabilitering tydeliggjøres? Fastlegen har en tydeligere rolle overfor funksjonshemmede barn med hensyn til koordinering av nødvendige helsetjenester ?
 - o Ansvar: Enhetsledere ved ELS og BFT?

8.4.4 Mål for kultur og fritid

- Bistå lag og organisasjoner slik at de bedre kan legge til rette for funksjonshemmede i sine aktiviteter
- Motivere til økt deltagelse i det allmenne kultur- og fritidslivet for funksjonshemmede uten enkeltvedtak som grunnlag.
- Redusere antall enkeltvedtak om støttekontakt for å frigjøre midler til inkluderende/sosiale aktiviteter
- Gi flere valgmuligheter gjennom et økt mangfold av kultur- og fritidsaktiviteter for brukergruppe
- Ivareta den enkelte brukes ønsker og behov for kultur og fritidsaktiviteter
- Bedre markedsføring av tilrettelagte kultur- og fritidsaktiviteter i kommunal regi og i lag- og organisasjoner, samt ulike former for bistand som er tilgjengelig.

8.4.5 Mål for byutvikling (Under bearbeiding av Solveig Dale)

- Ta inn noe fra Plan for universell utforming?
- Forslag fra ergo: Universell utforming ligger til grunn i planlegging ved utvikling av nye tiltak på alle nivå. *Viktig med godkjenning ved ferdigstilling og evaluering etter en tids bruk.*
- Forslag fra ergo: Brukermedvirkning er ivarettatt i planlegging om utbygging og rehabilitering av anlegg og områder for fysisk aktivitet.
- *Forslag fra ergo: Klargjøre ansvarsforholdene rundt individuelle behov for tilrettelegging av kommunale boliger*
- *Forslag fra ergo: Eksisterende kommunale boliger er tilrettelagt for funksjonshemmede/øke andelen større kommunale boliger med livsløpsstandard*

9 Referanseliste

1. [FN-konvensjonen](#) om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne. 2006.
2. [FN's standardregler](#) for like muligheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne. 1993.
3. [Nasjonal strategi](#) (Særtrykk av St.prp.nr.1 (2007-2008) kapittel 9)
4. [St.meldt 21](#) (Ansvar og meistring 98/99 - "Rehabiliteringsmeldinga")
5. [Forskrift om habilitering og rehabilitering](#)
6. [Forskrift for Individuell plan](#)

Trondheim kommune

7. [Veileder](#) for utarbeiding av Individuell Plan. 2007
8. [St.melding 40](#) (2002-2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer
9. [Samarbeidsavtaler](#)
10. [Kommuneplanen](#), Trondheim kommune 2004.
11. Plan for helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge i Trondheim kommune 2002-2005, *"Barn og unge –byens viktigste ressurs"*
12. [Plan for psykisk helse](#) 2007 - 2010
13. Rapport fra Utviklingsnettverket for koordinerende enhet i regi av SKUR og Shdir, 2007. [Kjennetegn og god praksis i koordinerende enhet.](#)
14. Sosial og helsedirektoratet, IS-1530. [Koordinerende enhet](#) for habilitering og rehabilitering.
15. Helge Garåsen, NTNU 2008: „[The Trondheim Model](#)“ (intermediæravd.)
16. Rusmiddelpolitisk handlingsplan for Trondheim kommune 2003-2006, *"Sammen mot rus"* (Ny rusplan er under utarbeidelse).
17. [Plan for Fysioterapitjenesten](#) 2006 – 2009
18. Plan for legetjenesten i Trondheim kommune og Plan for legevakten i Trondheim kommune 2005-2007
19. Plan for folkehelse voksne og eldre 2007 – 2011.
20. [Kommunal plan for idrett og friluftsliv](#) 2005-2012 med handlingsprogram 2005-2008
21. Boligprogram 2005 – 2008
22. Fattigdomsplanen 2008 - *Økonomist trygghet, sosial utjevning og aktiv deltakelse for alle innbyggere i Trondheim kommune*