

Det kongelige Barn-, Likestillings- og
Inkluderingsdepartementet
Postboks 8036 Dep

Sentralbord: 02770

Klinikk for kirurgi og nevrofag

0030 Oslo

Vår ref.:	Deres ref.:	Saksbeh.:	Dato:
2013/4724-4	12/2231	NILAAN	3.5.2013

Oppgis ved all henvendelse

Ad "Levekår og tiltak for mennesker med utviklingshemming", Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Høringsnotatet 22. Mars 2013.

Mandat

Helse og omsorgskomiteen har bedt Regjeringen om å "gjennomføre en helhetlig utredning som vurderer resultatene av ansvarsreformen fra 1991 og levekårssituasjonen for brukere og pårørende. Og.. i lys denne vurdere tiltak for hvordan livsvilkårene for denne gruppen kan bedres. Komiteen mente at en slik utredning skulle ha vekt på bolig, arbeid, fritid og helse." Jfr Dokument 8: 139 (2010-2011).

Notatet er utarbeidet av en arbeidsgruppe fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Helse og omsorgsdepartementet, Arbeidsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Kommunal og regionaldepartementet, Justis og beredskapsdepartementet samt Kulturdepartementet. Det er på 100 sider og inndelt slik "Likestilling"; "Selvbestemmelse og medvirkning"; Likhet for loven, rettssikkerhet", "Deltakelse i politikk og samfunnsliv" 24 sider; "Barnehage og utdanning", "Arbeid og "dagaktivitet" 18 sider; "Bolig" Fritid og kultur 16 sider og "Helse og omsorg" 14 sider.

I min høringsuttalelse legger jeg vekt på spesialisthelsetjeneste, bo og omsorgsproblematikk, innvandrere og utviklingshemning og generelt berøres diskriminering av gruppen, se under for mer detaljert kommentar og forslag til forbedringer av notatet.

Konklusjon:

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementets notat er for mangelfullt til å kunne gi et dekkende uttrykk for levekårssituasjonen for personer med utviklingshemming. Spesielt svekkes notatet av at Habilitering av voksne og barn i spesialisthelsetjenesten som begge har en viktig rolle for levekår, helse og livskvalitet for utviklingshemmede, knapt blir nevnt.

Myndighetene bør fokusere mot å håndheve rettigheter, utøve tilsyn om politiske føringer og vedtak følges opp av helseforetak og annet og være på vakt mot systematisk diskriminering av utviklingshemmede.

Oslo, 010513

Nils Olav Aanonsen,
Avdelingsleder
Avd. for nevrohabilitering,
Oslo universitetssykehus, Ullevål

Generell bakgrunn til kommentar

Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet ønsker med foreliggende notat å gi en overordnet totalbeskrivelse av levevilkår for utviklingshemmede. Notatet går derfor i liten eller ingen grad i dybden av de ulike områdene som omtales. Dokumentet gir mye informasjon, men er slik jeg ser det ikke et egnet arbeidsdokument for å fokusere på problemområder, dette er særlig iøyenfallende i helse og omsorgsdelen av dokumentet hvor helt sentrale forutsetninger for å vurdere levekår for utviklingshemmede utelates.

Med "Ansvarsreformen" ønske de politiske myndigheter å nedlegge alle former for "særomsorg" i helsevesenet og i samfunnet for øvrig for utviklingshemmede og ville gjennomføre en gjennomgripende normalisering av utviklingshemmedes levekår¹. Dette synet ble noe modifisert av etterfølgende politiske myndigheter som fastslo at man likevel skulle ha en form for spesialisthelsetjeneste rettet spesielt mot dem som ble berørt av "Ansvarsreformen"². Dette fikk betegnelsen habilitering i spesialisthelsetjenesten. Tiden som har gått etter "Ansvarsreformen" har vist at det er et stort behov for slike tjenester og antall pasienter som henvises fra fastleger er høyt og stiger årlig. Målgruppene for virksomheten er hovedsakelig de samme i 2013 som i 1989^{3 4} og habilitering i spesialisthelsetjenesten har lenge vært blant helsemyndighetenes offisielt prioriterte områder^{5 6}.

Det kan virke som om arbeidsgruppen har lagt for liten vekt på å kvalitetssikre informasjon. Svakheterne fremstår som mest tydelig i helse og omsorgsdelen hvor flere forhold som omtales fremstår som mer sentrale og objektive premisser for et videre arbeid med levekår for utviklingshemmede, enn de i realiteten gir grunnlag for. I verste fall kan dette bidra til at politikere og andre beslutningstagere legger vekt på mangelfull og lite relevant informasjon hvis det skal tas stilling til tiltak for å bedre levekår for utviklingshemmede eller vedlikeholde

¹ St. meld. Nr 67 (1986-87).

² St. meld. Nr 47 (1989-90).

³ Rundskriv i-61/89; virksomheten skal tilrettelegges for målgrupper som "personer med store/eller komplekse medisinske lidelser, inklusive de med hyppige epileptiske anfall, personer med vanskelig kontrollerbar adferd, psykisk utviklingshemmede med psykoser og personer med store kommunikasjonsvansker herunder autister".

⁴ Veileder IS- 1821 "Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten" 2010; virksomheten skal tilrettelegges for målgrupper som "autismespektertilstander, utredning av psykisk utviklingshemning og/ eller kognitiv svikt, følgetilstander av tidlig ervervede hjerneskader, genetiske betingede muskelsykdommer, syndromer, psykisk lidelse ved moderat og dyp psykisk utviklingshemning og adferdsvansker i målgruppen".

⁵ Oppdragsdokumentet fra Helse og omsorgsdepartementet 2012.

⁶ Stortingsproposisjon Nr 1, 2007- 8, kap 9 "Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008- 2011".

ordninger.

Dokumentet har ikke fokusert på visjoner for fremtiden og det leverer slik jeg ser det få eller ingen premisser for en konstruktivt kritisk vurdering av dagens levekår for utviklingshemmede.

Spesialisthelsetjeneste

Dokumentets del "Helse og omsorg" er en summarisk orientering om en rekke forhold med større eller mindre spesifikk tilknytning og relevans til utviklingshemmede. Det meste har preg av generell informasjon, eksempelvis om fastlegens rolle som koordinator ved sammensatte og langvarige lidelser; psykiatriens rolle ved psykiske lidelser og rus m.m. hos lett psykisk utviklingshemmede osv. Det kan imidlertid virke litt tilfeldig hva man har valgt å trekke frem og det er spesielt store svakheter under presentasjonen av Spesialisthelsetjenesten, dokumentets punkt 13.2.

Myndigheter og politikere bør slik jeg ser det rette et kritisk søkelys på habilitering i spesialisthelsetjenesten når de langsiktige resultatene av "Ansvarsreformen" skal vurderes. Spørsmål som "er forholdene lagt til rette for "Ansvarsreformens" og senere veileders og oppdragsdokumenters intensjoner om å bedre forholdene for utviklingshemmede?" bør stilles. Slikt berøres dessverre lite eller ikke i dokumentet.

Omtalen av Spesialisthelsetjenesten fremstår som særlig mangelfull, ubalansert og tilfeldig. Dette kan gi en leser som ikke kjenner feltet godt fra før, et svært skjevt inntrykk.

Punktet "habiliteringstjenester for barn, unge og voksne" får litt over en halv sides omtale i dokumentet s. 74- 75. Deler av denne teksten refererer til rehabilitering, altså et helt annet område innen spesialisthelsetjenesten. Rehabilitering nevnes riktignok også under "kompetanse i tjenesten", side 82, hvor viktige rekrutteringsvansker til virksomheten nevnes. Man får imidlertid ingen informasjon om hvordan levekår i forhold til sentrale spørsmål om helse for utviklingshemmede er vel 20 år etter reformen.

Mange helseforetak i landet har ikke en tverrfaglig kvalitetssikret habilitering i spesialisthelsetjenesten. En nedprioritert og mangelfull habilitering i spesialisthelsetjenesten er av meget stor betydning for levekårene for utviklingshemmede og deres pårørende, spesielt hvis man har tilbakevendende adferdsvansker eller kroniske komorbide sykdommer. Noe som er tilfellet for svært mange med utviklingshemning.

Politiske dokumenter, veiledere og andre offisielle skriv pålegger riktignok alle helseforetak å ha en tverrfaglig sammensatt spesialisthelsetjeneste med blant annet minimumsbemanningen av leger, psykologer, vernepleiere m.m. Likevel blir dette fremdeles ikke etterlevet på en kvalitetssikret måte ved de aller fleste helseforetak i landet. Mer enn tyve år etter reformen, er godt under 30 – tredve- legeårsverk og kun 80 psykologårsverk avsatt til habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten i hele landet. Legestillinger inndras stadig og enkelte steder opererer man med stillingsbrøker helt ned til 10% stillinger for å kunne si at man har lege i virksomheten. Dette er så meget mer kritikkverdigg som virksomheten skal gi tjenester til en målgruppe som konservativt anslått utgjør minst 75000 personer på landsbasis og som dessuten har mer sykkelighet og adferdsvansker enn noen annen målgruppe i hele spesialisthelsetjenesten. Dokumentets mest iøyenfallende og største svakhet er derfor at det ikke benytter anledningen til

å fokusere på den ekstreme og vedvarende ressursmangel som godtas innen habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten i Norge. Man kan slik jeg ser det ikke gi en fyldestgjørende vurdering av resultatet av reformen uten å ta dette med i betraktningen.

Høringsdokumentet er sterkt forankret i de politiske føringer som ledet opp til "Ansvarsreformen", men legger slik jeg ser det, mindre vekt på senere politiske vedtak og føringer. Stortinget har eksempelvis gang på gang samlet seg enstemmig om at habilitering i spesialisthelsetjenesten skal prioriteres, eksempelvis vedtok man en satsningsperiode 2008- 11. Årlige oppdragsdokumenter under skiftende regjeringer, har gitt helseforetakene føringer om å prioritere og styrke feltet gang på gang. Satsningene uteblir likevel, helseforetakene nedprioriterer virksomheten som før og tilsynsmyndighetene følger ikke dette opp gjennom for eksempel tilsyn.

Notatet har under vignetten "spesialisthelsetjeneste", en lang rekke enkeltpunkter som fremstår som kortfattet, nøktern informasjon. I de jeg har innsikt i, er det imidlertid en påfallende skjevhet både i utvalg og presentasjon av disse. Spesielt når relevante aktører innen spesialisthelsetjenesten omtales. Dette illustreres for eksempel i punkt 13.2.3.

"Kompetansesentre og særlige enheter". "Kompetansesentre" gis her eksempelvis like stor plass som "habiliteringstjenester for barn, unge og voksne" til sammen får. Dette er ute av proporsjoner og kan bero på at man ikke har kvalitetssikret informasjon. I tillegg til at det er et spørsmål om man kan presentere slik virksomhet som en del av spesialisthelsetjenesten hvis man med dette sikter til pasientrettet virksomhet for utviklingshemmede. Mens habilitering i spesialisthelsetjenesten ved Oslo universitetssykehus har stor pasientrettet virksomhet av største betydning for utviklingshemmedes helse⁷, så er "kompetansesentrene" grunnleggende en informasjonsvirksomhet som i de aller fleste tilfeller ikke tilbyr noen som helst form for pasientbehandling. Notatets omtale av spesialisthelsetjenesten kommer derfor i skade for å gi inntrykk av at det samlede helse- og omsorgstilbudet til utviklingshemmede er større enn det i realiteten er.

Et tilbakeblikk på "Ansvarsreformen" og den etterpåfølgende opprettelse av habilitering i spesialisthelsetjenesten viser at "radikal normalisering" av alle forhold for utviklingshemmedes levekår, slik som målbåret av Lossius I⁸, i realiteten, pga kompleksiteten i feltet, ble forlatt for spesialisthelsetjenestens vedkommende⁹. Dette fremkommer ikke i Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementets notat, hvor man slik jeg ser det, i stedet etterlyser uten noe forbehold hvorvidt de tidligste intensjoner om full normalisering er oppfylt i alle livets forhold. Det ville slik jeg ser det, være på sin plass i et slikt dokument å nevne at utviklingshemmede på ett eller flere tidspunkt i livet kan ventes å ville ha behov for særlige, spisskompetente

⁷ Avdeling for nevrohabilitering som arbeider med personer over 18 år, har alene årlig ca 6000 konsultasjoner ambulant og poliklinisk i Oslo. Avdelingen mottar ca 600 nye henvisninger fra leger og bydelsadministrasjoner årlig hvor man etterspør utredning, diagnostikk, behandling og evt. oppfølging fra et tverrfaglig sammensatt team. For barnehabiliteringen har man trolig sammenlignbare tall.

⁸ Sitat: "Utvalget kan ikke se at HVPU har kompetanse som ikke finnes eller kan bygges opp innenfor de vanlige etater i kommunen" (NOU 1985:34:59)

⁹ Vendepunktet kom med St. melding Nr 47, 89/90: 31 hvor man signaliserte at tilpasninger i det eksisterende helsesystem skulle foretas for å møte de særlige behov hos personer berørt av ansvarsreformen.

helsetjenester fra spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet har derfor nylig utarbeidet flere gode veiledere for disse og helseforetaket skal følge opp dette ved lojalt å sørge for ha spisskompetanse og klinisk tilbud til vanlige helseproblemer hos utviklingshemmede. Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten har også lovpålagt oppgaver knyttet til bruk av makt og tvang overfor utviklingshemmede, som bare spesialisthelsetjeneste kan gi. Det er ikke mulig å tenke seg at primærhelsetjenesten eller kommunen (selv etter gjennomføring av Samhandlingsreform m.m.) skal kunne ha slik kompetanse¹⁰. Det er heller ikke ressurser eller opparbeidet kompetanse avsatt til dette i øvrige deler av spesialisthelsetjenesten. Det hadde derfor vært naturlig at et grunnlagsdokument som skal adressere levekår for utviklingshemmede, hadde gitt bredere plass til en vurdering av om spesialisthelsetjenesten for utviklingshemmede er kvalitetssikret når man skal vurdere resultatene av ansvarsreformen fra 1991 og gi signaler for hvor livsvilkårene for denne gruppen kan bedres.

Diskriminering

Utviklingshemmede blir slik jeg ser det utsatt for en vedvarende diskriminering i helsevesenet. Først og fremst gjennom den mer enn 20 år lange periode med stilltiende aksept fra tilsynsmyndigheter og samfunnet av at helseforetakene konsekvent nedprioriterer utviklingshemmede som målgruppe. De kan åpenbart alltid vente.

Utviklingshemmede har på samme måte som andre en rett til kvalitetssikrede tjenester fra spesialisthelsetjenesten uansett hvor de bor i landet. Og ikke bare er pasientgruppen svak og heterogen med sprikende behov og interesser, det samme må man også si om selve spesialisthelsetjenesten fordi den med unntak av Oslo- Akershusregionen nesten uten unntak har vært saldert av helseforetakene, spesielt har man inndratt legehjemler flere steder.

Bolig, fritid m.m.

Dette punktet har tradisjonelt vært viet stor oppmerksomhet fra samfunnsvitenskapelig hold når man har evaluert reformen. Spørsmål om boligstørrelser, om det er "normalisering" hvis det bor mer enn seks personer i et bofellesskap, og om det er å anse for normalt eller ikke at det bygges boliger for funksjonshemmede på samme steder eller om disse skal ligge spredt, behandles da også i detalj i notatet.

Sett fra helsevesenets side kan det være gode grunner til at man vil ha samlokaliserte boliger for grupper av utviklingshemmede. Man bør kunne gjøre individuelle vurderinger av brukere som skal ha samme bolig og sette sammen et egnet bofellesskap for brukere mer uavhengig av eksakte tallangivelser eller av hvor de kommer fra innen en stor kommune med mange bydeler. Anbudsutsettelse av bo- og omsorgstjenester problematiseres ikke i notatet. Antallet private

¹⁰ Tilstander det daglig henvises for spenner meget vidt, "Prioriteringsveileder for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten", IS- 1821 skisserer derfor alt fra "utredning og diagnostikk ved mistanke om psykisk utviklingshemning; følgetilstander etter tidlig ervervede hjerneskader, for eksempel epilepsi hos utviklingshemmede, sosiale vansker og problemadferd for eksempel ved autisme og utviklingshemning; følgetilstander som spastisitet, skjelettdeformiteter/ skoliose m.m. hos personer med cerebral parese og utviklingshemning, annen varetakelse av personer med genetiske syndromer, for eksempel ernæringsproblematikk hos utviklingshemmede eller for eksempel seksuelle problemer; dessuten oppfølging av mennesker med alvorlig muskelsykdom og tap av bevegelsesevne og selvstendighet (dystrofier) i ung alder.

aktører som tilbyr slike tjenester øker for hvert eneste år og Oslos byråd anbefaler ordningen. Mange personer med utviklingshemning får i dag sitt daglige tilbud fra slike firmaer. En bydel i Oslo innhenter anbud fra diverse tjenesteytere/ "aktører" på "bolig- og omsorgsmarkedet" og velger det tilbudet som konkurrerer best på en kombinasjon av pris og kvalitet. Disse virksomhetene kan godt ha geografisk tilhold langt borte fra brukerens habitualmiljø, slekt og venner. Ofte vil bydelen selv kunne ha bygget ned sine egne "tilbud" og praksis være tilbøyelig til å velge det som er billigst. Slike anbud kan revurderes hvert tredje år, de kan forlenges der det er en stabil og god løsning og firmaet fortsatt eksisterer og man blir enige om pris, men de må ofte også gjøres kortere hvis betingelsene ikke oppleves å bli etterlevet av partene. Systemet innebærer at personen og de pårørende det gjelder, i prinsippet må være forberedt på å flytte på seg langt oftere enn det er "normalt" (for å bli i reformens ordbruk). Det innebærer foruten en viss utrygghet for bruker og pårørende også at personer som har særlig sterke behov for forutsigbarhet og ensartethet (for eksempel autister) kan "rykkes opp med roten" og må tilpasse seg et helt nytt personale, nye bygninger og omgivelser. I Oslo ser vi at pasienter/ brukere kan ha måttet skifte bolig flere ganger på få år pga bristende forutsetninger og oppfatninger mellom hva som er tilbudt og hva som er det reelle behovet. Både de som tilbyr og de som etterspør kan komme i skade for å underdrive utfordringene og hva disse vil medføre av kostnader. Dessuten kan behovet for omsorg, skjerming, bruk av makt og tvang m.m. endre seg radikalt hos en og samme person med utviklingshemning.

I tillegg til at dette kan ramme pasienten og pårørende hardt når det oppstår samarbeidsproblemer, så er ordningen med anbud også et potensielt brudd på profesjonell taushetsplikt i forhold til de personene det gjelder. Man legger ut på "anbud" en beskrivelse av den personen det gjelder med fokus på vedkommendes vansker og sykdommer. Ofte vil man i et lite miljø vite hvem det er som beskrives.

Å sette psykisk utviklingshemmedes levekår ut på anbud, kan tenkes å være mot intensjonene bak "normalisering" av levekår. Noen vil også hevde, at en slik ordning er en uverdigg ordning for et velferdssamfunn. Kirkens bymisjon reserverer seg for øvrig mot ordningen og aksepterer ikke anbudsutsettelse. Ordningen kan ramme de aller svakeste i samfunnet og det kan representere en systematisk diskriminering. Hvis man vil problematisere normalisering og boform, bør man muligens også se på denne ordningen.

Innvandrere og utviklingshemning

Innvandrere og utviklingshemning utgjør et eget kulepunkt under kapitlet "Helse og omsorg". Dette er på tre linjer og det står at man ikke vet noe om forekomst av utviklingshemning generelt i innvandrerbefolkningen.

Det korrekte er at det både er økt risiko og forekomst av utviklingshemning i flerkulturelle miljøer. Dette er vist i en rekke undersøkelser fra ulike deler av Europa, to norske forskere ved OUS har nylig undersøkt risiko og forekomst i Oslo (Kanavin og Strømme 2011).

Personer av flerkulturell bakgrunn med voksne utviklingshemmede i familien representerer flere særtrekk i forhold til den tradisjonelle norske familie. Eksempelvis avslår de erfaringsmessig oftere kommunale bolig og omsorgsløsninger for sine utviklingshemmede enn tradisjonelle norske familier og velger å gi dem pleie og omsorg hjemme.

I Oslo er det dessuten etter hvert flere familier som har mer enn én voksen utviklingshemmet boende i hjemmet. Dette kan ha meget stor betydning for levekår for de utviklingshemmede og deres pårørende.

Det er vanskeligere å kvalitetssikre "tjenestetilbudet" i boligen ved for eksempel adferdsproblemer, selvskading, seksualisert vold etc og det kan medføre redusert livskvalitet både for den utviklingshemmede og deres pårørende, når man har slike private boformer. Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten vil i slike tilfeller oftest stå uten et boligpersonal å "spille på", lære opp, veilede. Å ha et personell å samarbeide med er ofte avgjørende når man for eksempel skal legge til rette for systematiske miljøbaserte tiltak ved problemadferd, adferdspsykologisk behandling, dempning av aggresjon mot andre i boligen ved systematiske tiltak m.m.

Det er også erfaringsmessig vanskelig for familiemedlemmer til multifunksjonshemmede utviklingshemmede hvis for eksempel foreldre eller søsken i realiteten får en uforholdsmessig stor del av pleieoppgavene gjennom døgnet, særlig der hvor det er mer enn én utviklingshemmet som bor hjemme.

Muligens kan myndighetene oppprioritere og forsøke å legge forholdene bedre tilrette for en generell opprustning av det kommunale hjelpeapparatets muligheter til å gi adekvate hjemmetjenester, muligens stimulere til økt bruk av brukerstyrt personlig assistent m.m. Dette er imidlertid komplisert i tilfeller hvor det foreligger redusert samtykkekompetanse. Hvis foreldre skal representere samtykket kan det i enkelte tilfeller resultere i løsninger som ikke er kvalitetssikret slik man ser det fra spesialisthelsetjenesten. Man bør også fra myndighetenes side være oppmerksom på at nedprioriteringen av spesialisthelsetjenestene til utviklingshemmede har ført til at ressurser til ambulant kompetanseoverføring og miljøbaserte behandlingstiltak i hjemmene, spesielt der hvor det er uttalt problemadferd, kan være små. Det kan føre til at veiledning fra spesialisthelsetjenesten i tilfeller med permanent hjemmeboende, kan bli illusorisk.

Det er forøvrig ikke bare ressurs- og helsetjenesteproblematikk knyttet til dette. Det er også juridiske: "hva har man lov til i forhold til tiltak i slike boliger?" Man har eksempelvis ikke lov til å bruke regelverket om bruk av makt og tvang for å forebygge skade m.m., jfr. Kommunal og helseloven kap. 9 m.m. Utviklingshemmede kan derfor komme til å lide overlast i fravær av effektive tiltak. I andre tilfeller ser man at utviklingshemmede kan være utsatt for risiko for overgrep og det kan også være vansker i hjemmet som kan ramme spesielt yngre pårørende meget hardt.

Endelig bør man kunne vurdere om bruk av omsorgslønn av og til kan virke mot sin hensikt når man vil bygge gode levevilkår for innvandrere med utviklingshemning. Skal det være en kvalitetssikring av tjenestetilbudet også fra pårørende?

Konklusjon:

Spesialisthelsetjenesten til utviklingshemmede er mer enn tyve år etter reformen, lite prioritert og kvalitetssikret i Norge. De individuelle helseforetak følger ikke opp politiske vedtak og veiledere for virksomheten. Målsetninger om like pasientrettigheter som for eksempel rett til kvalitetssikrede tjenester fra spesialisthelsetjenesten uansett hvor man bor i landet er ikke oppfylt for utviklingshemmede. Disse tingene representerer en systematisk diskriminering og burde vært berørt i et departementalt notat som angir å

være med å legge grunnlaget for "å stake ut veien videre".

Departementets arbeidsgruppe kunne vurdere om det burde skriftliggjøre en anbefaling å gjøre dette til gjenstand for regelmessig tilsyn fra offentlige helsemyndigheter eller ombudsmenn.

Bruker- likestillings og inkluderingsdepartementet bør vurdere å be arbeidsgruppen se nærmere på særlige utfordringer knyttet til at den økende andel utviklingshemmede med flerkulturell bakgrunn i Norge.

Anbudsutsettelse av bo- og omsorgstjenester til utviklingshemmede oppfattes av mange som problematisk og kan være i strid med flere av "Ansvarsreformens" intensjoner.

Generelt bør myndighetene fokusere på å håndheve utviklingshemmedes rettigheter, følge opp politiske føringer og vedtak og unngå systematisk diskriminering i tjenesteapparat.

Notatet er samlet sett for mangelfullt til at det kan gi et dekkende uttrykk for levekårssituasjonen for personer med utviklingshemming. Habilitering av voksne og barn i spesialisthelsetjenesten har en viktig rolle for levekår, helse og livskvalitet for utviklingshemmede og er knapt nok omtalt.

Nils Olav Aanonsen
Avdelingsleder
Avd. for nevrohabilitering
Oslo universitetssykehus, Ullevål