

Plan for koordinering av tjenester

Overordnet plan for personer med behov for
langvarige og sammensatte tjenester 2008 -
2011



Tromsø kommune
januar 2008

1	INNLEDNING	3
1.1	BAKGRUNN	3
1.2	MÅLGRUPPE OG MANDAT	3
1.3	KOMMUNENS ARBEID MED OVERORDNET PLAN	4
1.4	STATLIGE FØRINGER	4
1.5	SENTRALE BEGREP	5
2	MÅL OG STRATEGIER	6
2.1	VERDIGRUNNLAG	6
2.2	KOMMUNALE STRATEGIER:	7
2.3	REFORMER OG ENDRINGER:	7
3	HOVEDUTFORDRINGER OG TILTAK	8
3.1	SAMORDNING	8
3.1.1	<i>Koordinerende enhet (KE)</i>	8
3.1.2	<i>Individuell plan (IP):</i>	11
3.2	SELVBESTEMMELSE OG BRUKERMEDVIRKNING	13
3.2.1	<i>Systemnivå</i>	13
3.2.2	<i>Individnivå</i>	14
3.3	LIVSFASEOVERGANGER, - FRA BARN TIL VOKSEN	15
3.3.1	<i>Barn i førskolealder</i>	15
3.3.2	<i>Barneskolealder</i>	17
3.3.3	<i>Ungdomsskolealder</i>	18
3.3.4	<i>Fra ungdom til voksen:</i>	18
3.3.5	<i>Endret livssituasjon i voksen alder og blant eldre.</i>	19
4	GJENNOMFØRING AV PLANEN	20
4.1	GJENNOMFØRING AV PLANEN	20
4.2	KOMPETANSEHEVING	21
5	PLANENS ØKONOMISKE KONSEKVENSER	21
6	OVERSIKT OVER PLANENS SAMLEDE TILTAK	22
7	VEDLEGG 1 PROSJEKTETS ORGANISERING	27

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

En del personer har komplekse og sammensatte behov og trenger omfattende tjenester fra det offentlige. Kommunen er pålagt å planlegge sin virksomhet og ha oversikt over hvem som har behov for helhetlige tjenestetilbud. Det er en utfordring å få til et best mulig samordnet og forutsigbart tjenestesystem for personer med behov for langvarige og omfattende tjenester.

I september 2004 ble Helse og sosialkomiteen orientert om igangsetting av planarbeid – omsorg for eldre 2005 – 2008. I den forbindelse ble følgende vedtatt ”*Egen plan for funksjonshemmede utarbeides særskilt*”.

Omtrent samtidig inngikk rådmannen et forpliktende samarbeid med SKUR¹. Det innebærer deltakelse i utviklingsprogrammet ”Samsynt og Framsynt”. Det er et temanettverk som over en fireårsperiode skal arbeide for å utvikle en god metodikk når det gjelder kommunenes overordnede strategi og planlegging av et sammenhengende tjenestesystem. På bakgrunn av vedtaket i helse og sosialkomiteen, samt deltakelse i temanettverket, besluttet rådmannen å igangsette ett prosjekt der målet var å utarbeide overordnet plan for personer med behov for langvarige og sammensatte tjenester i Tromsø kommune.

1.2 Målgruppe og mandat

Målgruppe for planen er barn, ungdom, familier, voksne og eldre med nedsatt funksjonsevne, det vil si alle grupper som har sammensatte behov som kan utløse flere tjenester som krever koordinering. Det gjelder personer med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker.

Dette er en strategiplan som skal tydeliggjøre intensjonene, verdiene og målene for en helhetlig tjeneste. Planen skal ha et strategisk perspektiv og være handlingsrettet i forhold til koordinering, samordning og organisering. Den skal peke på utfordringene og satsningsområdene i kommunen. Dette med utgangspunkt i brukernes egne opplevelser av behov.

Handlingsplaner med kartlegging av behov og utvikling av konkrete tjenestetilbud for definerte målgrupper vil utgjøre under/delplaner av denne planen. Det er utarbeidet planer innen enkelte sektorer. Her kan nevnes Handlingsplan for tjenester til utviklingshemmede, Psykiatriplanen, Rusmiddelpolitisk handlingsplan og handlingsplan for eldre. Plan med fokus på medisinsk rehabilitering, plan for spesiell tilrettelegging i skole og handlingsplaner overfor målgrupper som ikke er dekket av andre planer, vil bli utarbeidet senere.

Planen skal være et verktøy for å tilrettelegge tjenester til den enkelte slik at den bidrar til deltakelse, mestring og likestilling. Med deltakelse og mestring menes i denne sammenheng den enkeltes mulighet og evne til å delta og mestre aktiviteter som gir en meningsfull hverdag gjennom å utnytte egne ressurser. Denne muligheten skal være lik for alle. Videre skal planen bidra til å tydeliggjøre ansvar og roller i forhold til å ivareta helheten rundt den enkelte bruker.

Mandat:

- Beskrive dagens tjenestetilbud, ansvar og roller, med utgangspunkt i ulike livsfaser.

¹ Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering

- Beskrive faglige og økonomiske fordeler/ulempes med dagens organisering av tjenesten
- Beskrive utfordringer i samhandling med spesialisttjenesten
- Drøfte og avklare satsningsområder
- Drøfte tiltakskjeder, herunder terskel for tildeling av tjenester og tjenestetype og ivaretagelse av overganger mellom ulike livsfaser.
- Legge til rette for å skape engasjement og medvirkning blant brukere, tjenesteutøvere og politikere.

Planarbeidet har vært organisert som et tverrfaglig prosjekt med styringsgruppe og prosjektgruppe. Brukerorganisasjoner og fagforeninger har vært representert i alle deler av arbeidet. Prosjektorganisasjonen med navn på deltakere følger som vedlegg.

1.3 Kommunens arbeid med overordnet plan

Planprosessen har vært tett knyttet opp til SKUR-nettverket og utviklingsarbeidet der. Arbeidets første fase ble brukt til kartlegging og gjennomgang av utfordringer innen flere sektorer. Kartleggingen danner grunnlaget for valgte fokusområder som er felles for ulike deler av kommunens tjenester.

Planarbeidet har hatt en dreining i fokus fra beskrivelse av tjenestetilbudet ut fra fagprofesjoners synspunkt og vurderinger til statusbeskrivelser av virkeligheten ut ifra brukerståsted. Det er en dreining som skjer både nasjonalt og lokalt, - altså større grad av brukerinnflytelse og selvbestemmelse. Hvilke utfordringer opplever brukerne i sine møter med det kommunale hjelpeapparat, hvilke utfordringer står kommunen overfor, og hvilke tiltak må iverksettes for å få til sammenheng og helhet i tjenesteytingen.

Mandatet er ivarettatt ved at det er utarbeidet en overordnet plan basert på brukernes medvirkning og selvbestemmelse. Vi har ansett det som viktigst å ha fokus på de utfordringer som handler om å få til god samordning. I dette inngår prinsipper som må ligge til grunn for all tjenesteyting der målet er helhetlige og forutsigbare tjenester. Dette er en felles utfordring for alle berørte kommunale tjenester som barnehager, skoler, kultur- og fritidstilbud, pleie, rehabilitering- og omsorgstjenester, barnevern, helsetjenester, sosiale tjenester m.v.

Planen tar for seg tre hovedområder:

1. Samordning på systemnivå og individnivå.
2. Brukermedvirkning på systemnivå og individuelt, - basert på likeverd og selvbestemmelse
3. Livsfaseoverganger: Barn – ungdom – voksne

1.4 Statlige føringer

Kommunen er pålagt gjennom lov å løse en rekke oppgaver overfor personer med behov for langvarige og sammensatte tjenester. Koordinering av tjenester og styrking av brukernes rettigheter og medinnflytelse inngår i flere lovverk og nasjonale styringsdokumenter:

- Sosialtjenesteloven står i en særstilling når det gjelder samarbeid både med brukeren og andre tjenesteområder. Av lovens § 3-2 og 3-3 framgår det hvordan sosialtjenesten skal samarbeide med andre sektorer/forvaltningsnivå og frivillige organisasjoner. Av lovens § 8-4 framgår plikten til å rådføre seg med klienten: *”Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med klienten. Det skal legges stor vekt på hva klienten mener.”*

- Forskrift om habilitering og rehabilitering av 01.07.01, - pålegger kommunen å opprette Koordinerende Enhet (KE)
- Forskrift om individuelle planer av 01.07.01, - sikrer brukere med behov for langvarige og sammensatte tjenester rett til å få utarbeidet en individuell plan. Ordningen er et viktig virkemiddel for å realisere nasjonale og kommunale mål om samordning og brukerretting av velferdstilbudet.
- St. melding 40 (2002-2003) Nedbygging av funksjonshemmede barrierer.
- St.melding 21 (98-99), ”Ansvar og meistring – Mot ein heilskaplig rehabiliteringspolitikk”
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011. Statsbudsjettet 2008.
- I tillegg kan nevnes kommunehelsetjenesteloven, opplæringsloven, barnehageloven, lov om barnevernstjenester, pasientrettighetsloven og plan- og bygningsloven.
- NAV-loven må også nevnes, her framgår hvilke forpliktelser NAV har når det gjelder samarbeid og individuell plan.

Plan for koordinering av tjenester er ment å ivareta utfordringer og intensjoner som går igjen i disse styringsdokumentene, dette på kommunalt nivå tilpasset individuelle behov.

1.5 Sentrale begrep

Begrepene langvarige og sammensatte tjenester, funksjonshemming/funksjonsnedsettelse, re-/habilitering er begrep som kan oppfattes ulikt, vi ønsker derfor å forklare hvilken forståelse vi legger i begrepene:

Behov for langvarige og koordinerte tjenester:

Det finnes ikke noe klar definisjon på begrepet og det har mest sannsynlig heller ikke vært lovgivers hensikt. I Veileder til forskrift om individuell plan (IS-1253) står det: ”Vurderingen av hvem som faller inn under kriteriet langvarige og koordinerte tjenester beror til en viss grad på skjønn”. Ut ifra lovgivning og boken ”Retten til individuell plan” (Fagbokforlaget 2002) av Alice Kjellebold, har vi endt opp med følgende forståelse av begrepene ”langvarige” og ”koordinerte”: Hvem som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, må avgjøres etter en konkret vurdering. At behovet for tjenester må være langvarige, innebærer at behovet strekker seg over et visst tidsrom, ut over det akutte. Behovet trenger ikke være livsvarig eller for et bestemt antall år. Med koordinerte tjenester menes at personene har behov for to eller flere tjenester og at disse må sees i sammenheng for å kunne oppnå et helhetlig og langsiktig hjelpetilbud. Det kan være flere typer tjenester fra samme instans eller tjenester fra forskjellige instanser.

Funksjonshemmet/nedsatt funksjonsevne:

Tradisjonelt har vi sett på funksjonshemming som en egenskap ved individet og dermed et individuelt problem. Behandling og trening har vært det viktigste virkemiddelet. I de siste 20 årene har denne medisinske modellen blitt utfordret. Det er nå akseptert at omgivelsene har avgjørende innvirkning på om en funksjonsnedsettelse fører til funksjonshemming eller ikke. Det er ingen selvfølge at personer med nedsatt funksjonsevne blir funksjonshemmet da det ikke behøver å resultere i begrensninger i samfunnsmessig deltakelse. Funksjonshemming oppstår i misforholdet mellom individets forutsetninger og miljøets krav. Eksempelvis vil universell utforming redusere misforholdet og bidra til nedbygging av funksjonshemmende barrierer. En funksjonshemmet har mangel på mulighet til likeverdig deltakelse på egne premisser da samfunnet ikke er tilpasset alle i utgangspunktet. Funksjonshemmet/ personer med nedsatt funksjonsevne benyttes her i forhold til personer som har hjelpebehov grunnet psykiske, fysiske og/eller sosiale forhold.

Re-/habilitering(helhetlig rehabilitering):

Rehabilitering på individnivå kan defineres slik:

”Rehabilitering blir forstått som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet sosialt og i samfunnet”. (St.meld. 21 98/99 Ansvar og meistring).

En nyere måte å forstå rehabilitering på finner vi i følgende definisjon:

”Rehabilitering handler om å tilrettelegge samfunnet og personens omgivelser sosialt, kulturelt, økonomisk og fysisk slik at vi får et inkluderende samfunn” (SKUR)

Planen bygger på begge definisjonene og likestiller arbeidet med å styrke den enkeltes forutsetninger og gjøre samfunnet mer tilgjengelig. Utfordringen er derfor både ivaretagelse av den enkeltes muligheter for mestring gjennom tilrettelegging, samordning, trening og opplæring og samtidig legge til rette for aktivitet og deltakelse uavhengig av den enkeltes funksjonsevne.

Ulike faggrupper og sektorer har noe ulik forståelse av rehabiliteringsbegrepet. Mange anser fortsatt rehabilitering som et helsebegrep, noe som deler av tjenesteapparatet ikke kjenner seg igjen i. Det gjør det vanskeligere å skape tverrfaglig og tverrsektorielt engasjement rundt rehabiliteringsvirksomheten. Det har heller ikke vært uproblematisk å benytte re-/habilitering som begrep i dette planarbeidet. Overfor personer med livslangt behov for samordnede tjenester, kan man ikke ensidig forholde seg til re-/habiliteringsbegrepet da det henspiller på tidsavgrensede prosesser. Det må understrekes at tiltak for å styrke kommunens samordnings- og brukerperspektiv er like viktig etter et rehabiliteringsforløp, altså i vedlikeholdsfasen. Vedlikehold av ferdigheter og funksjoner er for mange like nødvendig som selve rehabiliteringsprosessen. Det kan være snakk om livslang oppfølging eller vedlikeholdstrening. Konsekvensen ved opphør av slik hjelp kan være at ervervede ferdigheter og funksjoner reduseres, eller går tapt.

Selv om begrepet rehabilitering skal forstås som noe langt mer enn helsetjenester, har vi valgt å benytte begrepet i liten grad i planens tekst. Nettopp fordi det på ingen måte er entydig og derfor ikke særlig egnet til å skape en felles forståelse. Vi ønsker å fokusere på dem det gjelder og hva det gjelder - personer med behov for koordinerte tjenester. Dette for å kunne utvikle en praksis som er kjennetegnet av tydelig brukerperspektiv og en organisering som vektlegger samhandling på tvers av fagområder, samfunnssektorer og forvaltningsnivåer.

2 Mål og strategier

2.1 Verdigrunnlag

I NOU 2001:22 ”Fra bruker til borger”, oppsummeres målet om full deltakelse og likestilling slik at mennesker med funksjonsnedsettelse skal ha de samme muligheter som alle andre til livsutfoldelse og deltakelse i samfunnslivet. Målet bygger på at alle mennesker har det samme menneskeverd. Samfunnet må utformes slik at hver og en kan delta i størst mulig grad, på egne premisser og etter eget ønske. Mennesker med funksjonsnedsettelse skal ha samme rettigheter og plikter som alle andre. Formell likestilling er ikke tilstrekkelig. Målet er faktisk likestilling, i betydningen å sikre alle mennesker reelle muligheter til deltakelse.

Det betyr at alle innbyggerne i Tromsø skal kunne delta på alle offentlige arenaer, både innenfor den formelle og sosiale sfære. Alle brukergrupper, uansett alder eller funksjonshemming, skal ha et likeverdig tilbud. Alle har krav på individuell behandling av individuelle problemer. Full deltakelse handler om å fjerne barrierer som skaper funksjonshemming. For å få til dette, kreves først og fremst innsikt i hva som er

funksjonshemmende og hva som er funksjonsfremmende i vårt samfunn. Det handler om å bryte ned funksjonshemmende barrierer.

2.2 Kommunale strategier:

I kommuneplanen 2007 - 2018, vedtatt i kommunestyret 19.06.07, framgår det at Tromsø kommune vil:

- Videreutvikle de fortrinn som ligger i kommunens tradisjon og egenart som åpen, inkluderende og raus
- Sikre gode levekår og likeverdige tjenester til hele befolkningen

Dette forutsetter at arbeidet med å sikre tverrfaglig og tverretattlig løsninger blir prioritert og at brukermedvirkning utvikles som en naturlig samarbeidsmetode. Da kan vi oppnå målet om en helhetlig og samordnet innsats overfor personer med behov for koordinerte tjenester i Tromsø kommune. Det vil berøre og ha betydning for de aller fleste enheter i kommunen som yter tjenester til målgruppen.

Dersom den individuelle tilpasningen skal være reell, er brukermedvirkning en grunnleggende forutsetning og et aspekt ved forsvarlig tjenesteyting. Dette innebærer bruk av arbeidsmetoder som gjør folk i stand til å definere sine egne problemer ut ifra egen situasjon og finne egne løsninger i fellesskap med andre. På denne måten vil mestring også lede til sosial og miljømessig endring. For å få til deltakelse og mestring må tjenestemottaker oppleve å bli møtt med respekt, forståelse og likeverd. Tjenestemottaker må selv kunne delta i de vurderinger som blir lagt til grunn for vedtak og medvirke til de valg som blir tatt innenfor gitte rammer. Kommunen har ansvaret for at tjenestene er faglig forsvarlige.

Tidlig hjelp og rett hjelp er viktig i forhold til alle med sammensatte behov. I familier med barn med behov for sammensatte tjenester vil tidlig, rett og forutsigbar hjelp forebygge utslitthet i familien. Det vil igjen bidra til å utsette hjelp på et høyere nivå, eller forhindre at foreldrene ser seg nødt til å fraskrive seg omsorgen grunnet omsorgsbyrden. Tjenestetrappa må utvikles og utnyttes i tilstrekkelig grad slik at hjelp og bistand ytes på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Hva som er laveste effektive omsorgsnivå vil variere fra person til person og fra familie til familie.

2.3 Reformen og endringer:

Det er iverksatt reformer, prosjekt og tiltak med mål om å fremme deltakelse og likeverdighet, samt større grad av koordinering både nasjonalt og lokalt.

NAV:

Ny arbeids- og velferdsordning (NAV) er den store reformen som innebærer at Aetat og trygdeetat er samlet i en organisasjon. Kommunale tjenester, i første rekke sosiale tjenester i form av økonomisk sosialhjelp, skal inngå i NAV. I Tromsø vil NAV-kontor være etablert i løpet av 2009.

Universell utforming:

Universell utforming er et viktig nasjonalt og kommunalt satsningsområde. Tromsø kommune er en av flere pilotkommuner for universell utforming. Bedre tilrettelagte omgivelser vil gjøre mennesker mindre funksjonshemmet og mer selvstendig. Universell utforming vil i praksis si at flest mulig skal kunne bruke omgivelser og produkter med minst mulig anstrengelse. Det forutsetter at løsninger som blir valgt er enkle og effektive i bruk, og har minst mulig spesielløsninger og spesialprodukter for enkelte brukergrupper. Det er ansatt prosjektleder for arbeidet med universell utforming i Tromsø. Denne har ansvaret for iverksetting av ulike

tiltak og har startet en prosess for å inspirere de forskjellige fagområder til å utvikle gode prosjekter.

Tildeling av pleie- rehabilitering og omsorgstjenester fra ett sted:

Følgende vedtak ble fattet i kommunestyret 31.05.06: *"For personer med behov for langvarige og sammensatte tjenester er det avgjørende å ha "en dør inn" til tjenesten. Kommunedekkende tjenester må derfor samordnes på en bedre måte, ved at tildelingen av disse tjenestene skjer på ett sted."*

Rådmannen har inngått samarbeid med brukere og tillitsvalgte med sikte på iverksetting av vedtaket fattet av kommunestyret.

3 Hovedutfordringer og tiltak

Med utgangspunkt i utfordringer Tromsø kommune står overfor, er det som tidligere nevnt noen hovedområder som peker seg ut som satsningsområder. Det kan oppsummeres som samordning, brukermedvirkning og tilrettelegging ved livsfaseoverganger.

3.1 Samordning

Et stadig mer spesialisert velferdssystem har ført til fragmentering og mindre oversikt, noe som har fått ekstra store konsekvenser for personer med behov for koordinerte tjenester.

*"Det er ikke brukerne som har sammensatte behov!
Brukeren har et helhetlig behov, men møter fragmenterte tjenester".
"Gylne øyeblikk", Samordningsforsøkene, 2006.*

Personer med behov for koordinerte tjenester og deres familier opplever manglende samordning av tjenestetilbudet som en belastning. Mange tjenestemottakere og pårørende må selv administrere og koordinere tiltakene de er avhengige av. Det er tids- og ressurskrevende og oppleves ofte som en tilleggsbelastning for den enkelte og deres familier. Personer med nedsatt funksjonsevne må ofte ha kontakt med mange hjelpeinstanser på ulike forvaltningsnivå. Det kan gjelde barnehage, skole, helse- og sosiale tjenester, NAV, spesialisttjeneste med videre. Både tjenestemottakere og tjenesteytere opplever det vanskelig å få ulike etater til å samarbeide mot et felles helhetlig mål, og få til en sammenhengende tiltakskjede.

3.1.1 Koordinerende enhet (KE)

Forskrift om habilitering og rehabilitering pålegger kommunene å opprette koordinerende enhet for re-/habilitering. Den koordinerende enheten skal være synlig og lett tilgjengelig, den skal ha oversikt over kommunens tjenestetilbud og sikre tverrfaglig vurdering av brukernes behov. Koordinerende enhet er først og fremst en funksjon som er tillagt bestemte oppgaver som skal sikre samordning av helhetlige tjenester. Tiltak som koordinerende enhet og individuell plan er forsøk på å redusere de negative sidene ved spesialisering og oppsplitting av tjenesteapparatet.

Status og utfordringer:

I Tromsø kommune er koordineringsfunksjoner på systemnivå delvis lagt til enkeltfunksjoner i rådmannens stab (Rådmannens fag- og utviklingsenhet) og delvis til ulike enheter. Koordinering på tvers av sektorer og enheter er ei problemstilling og en stor utfordring i nåværende organisasjonsmodell, - tonivåmodellen. Enkelte tjenestemottakere faller mellom alle stoler og opplever ansvarsfraskrivelse og å bli skjøvet mellom enheter. Det er få formelle

koordineringsstrukturer på tvers av sektorer og vi mangler en samordningsfunksjon som koordinerende enhet er ment å ivareta.

På individnivå søker man å få til gode løsninger på tvers av etater, sektorer og enheter. De fleste enkeltsaker løses i former for samarbeid ved bruk av individuell plan, og/eller etablering av ansvarsgruppe. Enhetsleder har da myndighet til å fatte vedtak om tildeling av tjenester innefor sitt ansvarsområde. I enkelte tilfeller fungerer ikke dette samarbeidet optimalt og enheter unnlater å påta seg ansvar for å få til helhetlige og fleksible tjenester. Brukeren kan bli kasteball mellom enheter/etater og kommer lett i en uverdig situasjon der tjenesten framstår som kaotisk og fragmentert.

Avstanden mellom intensjonene i forskrift og realitetene i Tromsø kommune er fortsatt for stor. Her trengs et knutepunktet, eller koordinerende enhet, som skal bidra til en lettere tilgjengelig tjeneste, og som skal ivareta koordinering både på systemnivå og individnivå. Koordinerende enhet skal være sektorovergripende og bidra til at tjenester inngår i en helhetlig samordning i et langsiktig perspektiv. Koordinerende enhet skal ha myndighet til å utpeke hvilken enhet som skal ha koordineringsansvaret, dette gjelder både i vedtaksfasen og utførefasen. KE må sette frister overfor enheter for utpeking av plankoordinator og informere bruker om det.

KE skal inngå samarbeidsavtaler med eksterne parter. Inn i samarbeidskontrakter med helseforetaket/spesialisttjeneste bør det framgå en større forpliktelse for spesialisttjenesten i forhold til å yte bistand ved livsfaseoverganger.

KE har ikke myndighet til å fatte vedtak på tvers av enheter. Plassering av myndighet til å fatte enkeltvedtak på tvers av enheter må vurderes i den videre prosess. På sikt kan man tenke seg ulike organiseringer, eksempelvis "Familiesenter"² for barn med sammensatte behov. Formålet med et familiesenter er at familien på et og samme sted skal få et helhetlig tjenestetilbud, det kan inneholde helsestasjon, åpen barnehage, pedagogisk-psykologisk tjeneste, barnevern mv. Erfaringer så langt viser at brukere får raskere og mer helhetlig hjelp.

KE skal bidra til å få på plass ulike fagnettverk innad i kommunen. Her kan nevnes kontaktpersoner i forhold til hjelpemidler innen områdene syn, hørsel og IKT. Kontaktpersonene vil være ansatte i utøvende tjeneste og KE vil få ansvar for etablering og oppfølging av nettverkene.

På individnivå skal KE bidra til tverrsektoriell koordinering rundt brukeren. Dette på bakgrunn av at tjenestemottaker har vært med på å definere behov og avgjøre hvilke etater/instanser som skal delta i det samlede helhetlige tilbudet. Tjenestemottaker må med andre ord ha akseptert/stilt seg bak den videre prosess. For enkelte med store og sammensatte behov kan det være nødvendig at KE ivaretar koordinering på individnivå i en periode og følger opp plankoordinator i utøvende tjeneste over tid. Dette grunnet kompleksiteten i koordineringsarbeidet. Dimensjonering av KE har vært gjenstand for drøfting. Det foreslås her en oppstart med 3 årsverk. Omfang av arbeidsoppgaver, samt samspill med og koordineringskapasitet i utøvende tjeneste vil si oss noe om behov for økning i antall årsverk framover i tid.

KE skal fungere som "ei dør inn" for personer med behov for langvarige og sammensatte tjenester. Den skal være en ressurs for brukeren og enhetene i forhold til koordinering av tjenester. For å forhindre at KE blir et ekstra byråkratisk ledd, vil ikke KE ha direkte ansvar

² Familiesenter: Samordnet virksomhet rettet mot barn, unge og deres familier, etablert i flere kommuner.

over tid i enkeltsaker. Dette som hovedprinsipp. Ansvar for koordinering i den enkelte sak vil i hovedsak ligge ute på enhetene.

Koordinerende enhet må være synlig og tilgjengelig og forankres med et verdigrunnlag der brukerorientering, samarbeid, tverrfaglig kompetanse – inkludert saksbehandlingskompetanse, ansvarlighet og konflikthforebygging, kvalitet, samt utviklings- og prosessorientering er grunnlaget.

Strategisk mål:

- Etablere Koordinerende Enhet som er synlig og lett tilgjengelig, og samordner ulike tjenestetilbud for å nå den enkelte brukers mål
- Utvikle samhandling basert på enkeltindividers likeverd og selvbestemmelse i ulike livsfaser, med fokus på å fjerne barrierer for den enkeltes utviklingsmuligheter
- Utrede andre tverretatlige tiltak som vil bidra til økt brukervedvirkning og samordning/samarbeid.

Tiltak og funksjoner – koordinerende enhet:

- Det opprettes en koordinerende enhet (KE) med tverrfaglig kompetanse.
- KE skal være sektorovergripende og ivareta samordning på tvers av enheter for de oppgaver som krever det.
- KE skal ha ansvar for at det blir utarbeidet individuelle planer (IP) for personer som har krav på det, ha myndighet til å fatte vedtak om IP skal utarbeides, og utpeke den enhet som skal ha ansvar planprosessen og inneha plankoordinatorrollen.
- KE skal ha ansvar for å etablere og følge opp nettverksgrupper for plankoordinatorer
- Koordinerende enhet skal inngå og følge opp samarbeids- og samhandlingsavtaler med eksterne parter som UNN, NAV-etat, hjelpemiddelsentralen og Stat Ped Nord, herunder inngår rutiner for samarbeid i overgangsfaser.
- KE har ansvar på systemnivå for arbeidet med individuelle planer og at det utarbeides rutiner for informasjon, samarbeid og koordinering generelt. Dette i samarbeid med utøvende tjeneste.
- KE har ansvar for utvikling og etablering av tverrfaglig og tverrsektorielle nettverk i forhold til målgrupper med behov for koordinerte tjenester.
- KE skal bistå med veiledning overfor enheter som har vansker med å finne løsninger i enkeltsaker.
- KE skal bidra til kontinuerlig og målrettet kompetanseutvikling som forankres i kommunens opplæringsplan, dette med særlig vekt på brukerrettet samhandlingskompetanse.
- KE skal holde seg oppdatert og aktivt formidle og fokusere på gode eksempler på vellykkede koordineringstiltak til inspirasjon i det videre arbeidet med samordning.
- KE skal tilføres tre stillinger. Det opprettes 2 nye årsverk, i tillegg tilføres rehabiliteringskoordinator fra Rehabiliteringstjenesten.
- Det opprettes eget brukerråd for KE med bredde i brukerrepresentasjon
- KE skal være i virksomhet i løpet av første halvår 2008.

Tiltak – utvikling av andre samordningsmodeller:

- Utrede ordning med familiesenter med fokus på psykososial problematikk, dette som et tilbud til familier med sammensatte behov
- Utrede samordning med NAV

Felles for de fleste personer med behov for koordinerte tjenester, er at de er avhengig av tjenester fra ulike instanser. Mange har behov for tjenester fra pleie-, rehabiliterings-, og omsorgstjenesten. Etablering av KE er en forutsetning for at kommunestyrets vedtak kan realiseres, altså en adresse for tildeling av tjenester innenfor pleie-, rehabiliterings- og omsorgssektoren. Det er derfor naturlig at koordinerende enhet og tildeling av pleie-, rehabiliterings og omsorgstjenester fra ett sted (forvaltningskontor), etableres i en og samme resultatenheter og plasseres i linje under rådmannen. Forvaltningskontoret blir da en del av KE.

Det skal i årene fram mot 2009 etableres NAV-kontor i Tromsø kommune. Hensikten med NAV-kontor er blant annet å gi koordinert bistand til personer med behov for hjelp fra ulike deler av tjenesteapparatet, - statlige eller kommunale. Det må vurderes om det vil være formålstjenlig at funksjonen koordinerende enhet blir en del av NAV-kontoret etter hvert. Her kan nevnes at arbeid og psykisk helse vil ha et særskilt fokus i den videre satsningen fra NAV.

3.1.2 Individuell plan (IP):

Forskrift om individuelle planer trådte i kraft 1. juli 2001. Forskriften sikrer at tjenestemottakere med behov for langvarige og sammensatte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan, - uavhengig av alder. Planen er et verktøy som skal sikre samarbeid mellom etater og sektorer også utenfor helse- og sosialtjenestene.

Individuell plan er et forpliktende samarbeid mellom den det utarbeides plan for, en koordinator, og de instanser som leverer tjenester. Resultatet skal være at tjenestemottaker opplever å få et individuelt tilpasset tilbud som de selv er med på å utforme. Tjenesteytere som skal ivareta funksjonen personlig koordinator må ha nødvendig kunnskap og innsikt om kommunikasjon og samhandling. Individuell plan er altså et verktøy som skal bidra til å oppnå nasjonale og kommunale mål om samordning og brukerretting av tjenestetilbudet. Selv om ikke planen i seg selv utløser rettigheter, vil den være en viktig premiss når vedtak om tjenester skal fattes.

Status og utfordringer:

Ordnningen med individuell plan har eksistert en tid og man har søkt å systematisere arbeidet i Tromsø kommune. Fagpersoner i rehabiliteringstjenesten, hjemmetjenesten, forebyggende helsetjeneste, rus- og psykiatritjenesten og PPT-tjenesten har god erfaring med utarbeidelse av IP. Barnehage, skole og andre tjenester er aktive samarbeidspartner på individnivå. Opplæring, veiledning og informasjon er i hovedsak gitt til ansatte innen helse- og sosialtjenestene. Det er registrert utarbeidet om lag 300 individuelle planer. Kommunen har ikke god nok dokumentasjon på hvor mange som har plan, hvor mange som har behov for plan og hvordan den enkelte plan blir fulgt opp. Vi kan likevel med sikkerhet si at det er atskillig flere som har krav på plan, enn de som har det pr i dag. Det er fortsatt brukere og pårørende som ikke kjenner til ordningen og som dermed ikke etterspør IP. Vi har med andre ord en jobb å gjøre når det gjelder informasjon om IP til aktuelle brukere og øvrig hjelpeapparatet

Barnehagen har ansvaret for å utarbeide individuell utviklingsplan (IUP) for barn med vedtak om spesialpedagogisk hjelp. Skolen har ansvar for å utarbeide individuell opplæringsplan (IOP) for elever med vedtak om spesialundervisning. Verken barnehagen eller skolen er pålagt ansvar for utarbeidelse av individuell plan etter regelverket. For barn/ungdom er ofte barnehagen og skolen den mest sentrale instans og barnehagepersonell/læreren kjenner barna best. I noen tilfeller vil det være hensiktsmessig at barnehagepersonalet/læreren har funksjon som personlig koordinator. Slik regelverket er utformet har ikke barnehagepersonell/lærere i skolen plikt til å påta seg koordinatorfunksjonen. Det må tas i bruk virkemidler som kan løse problemstillinger rundt valg av koordinatorrollen, og lage systemer der barnehagen/skolen

også er en del av dette. IUP, IOP og individuell plan må samordnes til en plan som ivaretar hele livsløpet til den det gjelder. Individuell plan er overordnet andre planer.

Det kan være vanskelig å få ansatte til å påta seg rollen som plankoordinator. Funksjonen som plankoordinator kan være tidkrevende, en del opplever usikkerhet i forhold til hva som forventes av en koordinator og enkelte enheter tilbakemelder at de ikke har kompetanse i forhold til IP. Det kan resultere i at ansvaret skyves mellom enheter. For at enkelte enheter lettere skal kunne påta seg koordinatorrollen og ha mulighet til å frikjøpe fagpersoner, bør tildeling av ekstra ressurs til enheter utredes. Dette på bakgrunn av ressursvurdering av koordinatorfunksjonen. Videre må kursing/opplæring i arbeid med IP tilbys med jevne mellomrom.

Vedtak om å gi eller ikke gi en individuell plan etter sosialtjenesteloven er å anse som enkeltvedtak. Det praktiseres ikke i Tromsø kommune pr i dag, men foreslås innført.

I tilknytning til utarbeidelse av IP, vil det ofte være hensiktsmessig at tjenesteytere fra ulike sektorer og nivåer utgjør en samhandlingsgruppe med fokus på brukeren. Der det er etablert ansvarsgrupper som tjenestemottaker ønsker videreført, må denne bli en del av prosessen rundt arbeidet med IP. Dersom brukeren ikke ønsker IP, kan opprettelse av ansvarsgruppe være en modell for koordinering.

Strategiske mål:

- Den som ønsker/søker individuell plan og har rett til det skal få opprettet plankoordinator og få igangsatt planprosess i løpet av 3 måneder.
- Utvikling av Individuelle plan som verktøy settes i system og innarbeides som gode rutiner i alle deler av kommunens tjenesteyting.
- Individuell plan skal sikre systematisk samhandling og tilrettelegging av tjenestetilbud tilpasset den enkeltes behov.
- Individuell plan skal bidra til selvstendighet og et meningsfylt liv for den enkelte.

Tiltak til forbedring av ordningen individuell plan:

- Søknader om individuell plan saksbehandles etter forvaltningsloven (av KE) og det fattes enkeltvedtak.
- Utarbeide håndbok (rutiner og retningslinjer) for personlig koordinator, IP og koordinerende grupper³ som forankres i KE. Herunder kvalitetssikre at individuelle planer påbegynnes innen tidsfrister, at de utarbeides og følges opp.
- Utvikle system som kontinuerlig dokumenterer behov for planer og oppfølging/evaluering av den enkelte plan.
- IP skal, der tjenestemottaker ønsker det, samordnes med individuell utviklingsplan for barnehagene og (IUP) og individuell opplæringsplan for skolene.
- Utrede ordning med ressursvurdering og tildeling av ekstra ressurs til enkelte enheter som påtar seg koordinatorrollen
- Tilby jevnlig kompetansehevende tiltak som er nødvendig for å kunne ivareta intensjonene i ordningen IP. Ansvar for opplæring, veiledning og generell kompetanseheving i tjenesten, samt opplæring av plankoordinatorer tillegges KE

³ Med koordinerende grupper menes individuelle plangrupper eller ansvarsgrupper

3.2 **Selvbestemmelse og brukermedvirkning**

Brukerperspektivet må være et av grunnprinsippene i utforming av tilbudet som skal gis til personer med behov for langvarige og sammensatte tjenester. I dette ligger både et rettighets- og demokratiaspekt og et aspekt knyttet til kvalitetssikring og tjenesteutvikling.

I Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (IS-1405) uttrykkes brukermedvirkning slik: *”Brukermedvirkning er brukerens innflytelse på utforming av tjenester og det enkelte møte mellom bruker og tjenesteutøver.”*

- Brukermedvirkning er lovpålagt og skal være ettersporbart i forhold til hvordan brukerens rettigheter og tjenesteutøverens plikter er ivaretatt
- Brukermedvirkning handler om at tjenesteapparatet benytter brukerens erfaringskunnskap for å kunne yte best mulig hjelp.
- Brukermedvirkning betyr ikke at behandleren fratras sitt faglige ansvar.

Brukermedvirkning brukes i dag som et begrep på ”medvirkning fra dem som saken berører”, både på et individ- og systemnivå. Enkelte mener at ”brukermedvirkning på individnivå” er noe som mer bør forstås som selvbestemmelse og at begrepet bruker-medvirkning derfor bør forbeholdes aktiviteter som foregår på et systemnivå. ”Å brukermedvirke i sitt eget liv” gir lite mening. Likevel kan man stille spørsmål om selvbestemmelse er reelt så lenge det er kommunen som til syvende og sist bestemmer hvilken tjeneste som skal gis og i hvilket omfang. Det som er helt klart er at tjenestemottakeren skal ha innflytelse på egen livssituasjon, og det skal alltid legges stor vekt på tjenestemottakerens synspunkt. Det er i dialog mellom tjenestemottaker og tjenesteytere selvbestemmelse ivaretas på individnivå. I samspillet kan tjenestetilbudet skreddersys ut ifra brukerens behov og kvalitetsforbedring foregå.

I planen brukes begrepet brukermedvirkning ført og fremst om forhold som gjelder medvirkning på systemnivå. Samhandling på systemnivå skal understøtte samhandling på individnivå, slik at tjenestetilbudet til den enkelte framstår som meningsfylt, planmessig og helhetlig. Dette ved å øke graden av deltakelse og selvbestemmelse på et individnivå.

Strategiske mål:

- Etablere kulturer der medvirkning, mestring og selvbestemmelse er innarbeidet og gjennomsyrrer all tjenesteyting.
- Etablere strukturer for å ivareta brukermedvirkning både på individ- og systemnivå.

3.2.1 Systemnivå

Brukermedvirkning handler i stor grad om å etablere trygge og stabile møteplasser hvor meninger og erfaringer kan utveksles og formidles.

Status og utfordringer:

Brukermedvirkning ivaretas av brukerråd på enhetsnivå og Rådet for funksjonshemmede på overordnet/politisk nivå. Brukerådene fungerer som drøftingspartner og korrektiv overfor ledelsen, men har ingen beslutningsmyndighet. Aktivitetsnivået er noe ulik fra enhet til enhet. Hjemmetjenesteenheter for utviklingshemmede er nå i gang med å etablere avdelingsvise brukerråd der hovedpersonene deltar sammen med enhetsleder. Dette er nytt i Tromsø kommune og et ledd i tilrettelegging for økt innflytelse og medbestemmelse. Rådet for funksjonshemmede har faste møter der brukerorganisasjoner og politikere er i dialog. Det gir brukersiden mulighet til å påvirke politiske prosesser og komme med råd og

innspill. Utover dette er brukerorganisasjonene representert i ulike plan-og utviklingsprosjekt, samt at de er høringsinstanser.

Brukermedvirkning må skje i en fase hvor det er mulig å gjøre forandringer. Når detaljene er lagt kan der være for sent med innspill. Det må derfor utarbeides egne retningslinjer i forhold til medvirkningsformer og metodikk som gjøres kjent i hele organisasjonen. Blant annet er det meldt behov for jevnlig møter mellom brukerorganisasjoner og rådmannen. Dette for å utveksle informasjon og synspunkter, samt avklare forventninger og få en noenlunde felles forståelse for behov og innhold i kommunens tjenestetilbud.

Medlemmer i Rådet for funksjonshemmede og i brukerråd får godtgjøring for deltakelse. Godtgjøringsordningen bør også gjelde brukerrepresentanter som deltar i kommunens plan- og utviklingsarbeid. Kvalitetsutvikling krever brukermedvirkning. Vi må ha ordninger som sikrer at vi benytter de ressurser som kreves. Det må derfor sikres gode rammevilkår med hensyn til godtgjøring og opplæring, for de som skal fungere som brukermedvirkere.

Brukerorganisasjonene må stå for skoleringen av brukerrepresentanter når det gjelder hva som skal vektlegges og måten de skal ivareta brukerinteressene. Dette for å sikre at brukerrepresentantene har en god og trygg forankring i aktuell organisasjon. Brukerrepresentantens faglige forutsetning, kan sikres ved at de blir godt informert om det faglige systemet vedkommende skal delta i. Denne type skolering må kommunen ivareta.

Tiltak på systemnivå:

- Utarbeide retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå som blant annet skal ivareta tilstrekkelig representasjon fra brukersiden
- Jevnlige møter på systemnivå med rådmann, enhetsledere og berørte brukerorganisasjoner.
- Etablere gode system for å innhente brukererfaringer, benytte arrangement som brukerpanel, dialogkonferanser og høringsmøter i større grad.
- Jevnlige fag-/brukerkonferanser, søkes gjennomført i samarbeid med brukerorganisasjoner, Rådet for funksjonshemmede, Fylkesmannen med flere.
- Brukerundersøkelser basert på spørreskjema og/eller intervjuer
- Benytte ordningen med møtegodtgjørelse til brukerrepresentanter
- Opplæring i brukermedvirkning i samarbeid med brukerorganisasjoner og Rådet for funksjonshemmede

3.2.2 Individnivå

I lovverk, forskrifter og faglitteratur er brukermedvirkning helt sentralt i forhold til ordningen individuell plan. Forskrift om individuell plan inneholder formuleringer som "rett til å delta" og "trekkes inn i arbeidet" uten at dette blir nærmere definert. Brukermedvirkning på individnivå er vanskelig å definere på en klar måte fordi det handler om relasjoner mellom enkeltmennesker. Tjenesteyterens kompetanse og egnethet vil blant annet avgjøre i hvilken grad bruker opplever reell innflytelse. Konkrete forslag på framgangsmåter bør forankres i brukerhåndbok for IP, se tiltak s. 12.

Når det gjelder barn er det spesielt viktig å se dets behov i sammenheng med sin familie. Foreldre en viktig ressurs som pårørende og som bruker på vegne av, eller sammen med barnet sitt. Samtidig må barnet bli hørt på egne premisser. Ungdom skal gis stadig større grad av selvbestemmelse etter hvert som de blir eldre.

Status og utfordringer:

Tjenestemottakernes opplevelse av innflytelse og selvbestemmelse varierer og kan ofte være avhengig av hvilken tjenesteyter de møter. De fleste tjenesteytere vurderer tiltak ut ifra hva bruker synes er viktig, men tjenesteapparatets faglige vurderinger har nok fortsatt en sterkere betydning. Vi har fortsatt en vei å gå før vi kan si at bruker og koordinator/tjenesteyter er likestilte samhandlingspartnere. Arbeidet med å høyne kompetansen og skape gode kulturer for samhandling, størst mulig grad av innflytelse og selvbestemmelse må prioriteres innenfor de fleste tjenesteområder. Individuell plan er kanskje det viktigste verktøyet for å få til god brukermedvirkning på individnivå.

Tiltak på individnivå:

- Iverksette opplæringstiltak i dialog/kommunikasjon med brukere, dette spesielt med vekt på barn/ungdom og personer med kommunikasjonsvansker.
- Øke samhandlingskompetansen hos saksbehandlere og andre tjenesteytere, dette først og fremst i forhold til samarbeid med tjenestemottaker, men også med andre deler av tjenesteapparatet. Systematisk opplæring som inngår i kommunens opplæringsplan.

3.3 Livsfaseoverganger, - fra barn til voksen

Tjenestetilbudet skal tilrettelegges for likestilling, mestring og deltakelse gjennom de ulike livsfaser, - barn, ungdom, voksen, eldre. Det er en kjensgjerning at det ofte oppstår problemer når personer med behov for koordinerte tjenester kommer til såkalte livsfaseoverganger. Dette skyldes at tjenesteapparatet er aldersrelatert eller inndelt på andre måter som gjør det vanskelig å se helhet og langsiktighet.

Livsfaseoverganger er ofte ei større utfordring for barn og unge med langvarige og sammensatte behov enn for andre. Det krever ekstra oppmerksomhet i forhold til langtidsplanlegging, forberede og tilrettelegge overganger mellom barnehage - skole, barneskole – ungdomsskole osv. Personer med langvarige og sammensatte behov er ekstra sårbar ved manglende tilrettelegging i omgivelsene. Forskning viser at livsfaseovergangene er de er mest krevende perioder både for barn/unge med funksjonsnedsettelse og deres foreldre. Smidige og gode overganger må sikres med praktisering av klare rutiner på systemnivå og aktiv bruk av IP. Vi må prøve å unngå at tjenestemottakere og deres pårørende må forholde seg til nye søknader, nye køer og nye vurderinger før de får den hjelpen de har behov for.

Strategiske mål – gjelder alle livsfaseoverganger:

- Utvikle metoder som sikrer tidlig intervensjon, reell innflytelse og tilpasset hjelp
- Sikre gode overganger mellom livsfaser og bidra til selvstendighet og meningsfylt liv i fellesskap med andre.
- Vektlegge planlegging og tilrettelegging for likestilling og mestring ut fra livsfasebehov.

3.3.1 Barn i førskolealder

Foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne, enten av psykisk, fysisk eller sosial karakter, har ofte behov for hjelp fra ulike deler av hjelpeapparatet. De trenger å møte et hjelpeapparat som kan bidra til å bedre familiens situasjon.

Barnehagene er det viktigste tilbudet for å kunne gi førskolebarn mulighet til samspill, vennskap, lek og læring sammen med andre. Tiden i barnehagen utgjør en stor del av hverdagen for mange barn og barnehagen er en viktig pedagogiske og helsefremmende arena. Forskning viser at barn med behov for tilrettelegging har et særlig stort utbytte av å gå i barnehage.

Status og utfordringer:

Barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier opplever mange barrierer før de får de tjenester de har krav på. I tillegg oppfattes informasjon og veiledning knyttet til tjenester og rettigheter som mangelfull. Vi må utvikle et hjelpeapparatet som er "tidlig på banen" overfor disse familiene og som oppleves som en støtte og hjelp. Helsestasjonstjenesten er et sentralt lavterskeltilbud som benyttes rutinemessig og spontant av en stor andel av målgruppen. Dette gir tjenesten en unik mulighet til å forebygge og avdekke hjelpebehov og bidra til samarbeid med andre instanser for å iverksette tiltak tidlig.

Det er avdekket et stort behov for nettverksgrupper spesielt tilrettelagt for familier til barn med funksjonsnedsettelse. Forebyggende helsetjeneste, PPT, eller andre kan være en pådriver og initiativtaker til etablering av foreldregrupper der ulike tema blir satt på dagsorden. Nettverks-/likemannsarbeid er viktig og oppleves ofte som en støtte til familien.

Barnehagene utformes ut fra prinsippene om universell utforming, og vektlegger samarbeid med aktuelle hjelpetjenester for de barna som trenger ekstra tilrettelegging. Helsesøster, fastlege, ergoterapeut og PPT er viktige samarbeidspartnere for å få til en god tilrettelegging i barnehagen tilpasset den enkeltes behov og muligheter.

På individnivå må planlegging av overgangen mellom barnehage og skole ivaretas i individuell plan. I de tilfeller foreldre ikke ønsker IP, må man likevel planlegge tjenestene, gjerne knyttet opp mot ansvarsgrupper. Koordinator som er oppnevnt må sammen med foreldre sikre at planleggingen starter tidsnok. Overgang mellom barnehage og skole, må skje slik at kunnskap om det enkelte barns behov, samt erfaringer og kompetanse i forhold til tilrettelegging overføres. Rutiner for dette må være forankret i den enkelte barnehage/skoles årsplaner, slik at forberedelser til overflytting starter i god tid, og foresatte slipper bekymring for om overføringsprosessen kommer i gang. Samtale (med foreldre) om skolestart må starte to år før oppstart, dette for at foreldre/eleven skal ha et reelt valg med hensyn til hvilken skole de ønsker. Eventuelle behov for ombygginger, montering av heis eller annet utstyr ved mottakerskolen må kartlegges i god tid. Barn med funksjonsvansker har rett til å velge skole i sitt nærmiljø og da må skolen være tilrettelagt.

Ansvar for å ta initiativ til samarbeid med mottakerskole skal ligge hos den enkelte barnehagestyrer, som må trekke inn aktuelle samarbeidspartnere. Dette må skje i god tid, vanligvis høsten før skolestart og enda tidligere dersom det er behov for bygningsmessige endringer. Overføring av informasjon og planer må kun skje etter samtykke fra foresatte, og alle trinn i prosessen skal skje i samarbeid mellom barnehage og foresatte. PPT kan trekkes inn som rådgiver og sakkyndig instans i overføringsprosessen.

For barn med behov for tilrettelegging som ikke går i barnehage ligger det et spesielt ansvar på helsesøstertjeneste og PPT for å bistå foreldre og skole i å forberede en god skolestart. PPT melder at det ofte tar lang tid før nye pedagoger/voksne blir kjent med disse barna i barnehager og skole, og kommer inn i det pedagogiske opplegget. Mye tid går tapt ved alle overganger. Barna har i tillegg ofte skifte i personell innad i barnehage, skole, fysioterapi, avlastning mv. For å avhjelpe dette ønsker mange foreldre at pedagogen/ en voksen i barnehagen følger med over til skolen, i alle fall i en overgangsfase. Det er både faglig og sannsynligvis helsemessig det beste for mange barn. En trygg og kjent kontaktperson for utforskning i nye omgivelser ville helt klart lette overgangen.

Fastlegen er døråpner mot spesialisttjenesten. I forhold til enkelte barn kommer ikke fastlegen inn i bildet tidsnok, dette fordi en kan tro at barnets behov ivaretas av spesialisttjenesten rent medisinsk. Det kan medføre at fastlegen ikke tar et helhetlig medisinsk ansvar og i verste fall ikke henviser til rette instans.

Tiltak:

- Koordinerende enhet deltar på hjemmebesøk sammen med helsesøster når familien har behov for det. KE ser til at det opprettes kontaktperson/koordinator i kommunen på et tidlig tidspunkt.
- Etablere nettverksgrupper i samarbeid med spesialisttjeneste og frivillige organisasjoner. Fyrtårnsatsningen⁴ igangsettes høst 2007.
- Tilrettelegge for universell utforming i alle barnehager.
- Utarbeide retningslinjer for ivaretagelse av overganger mellom barnehage og skole, i retningslinjene skal ansvarsfordeling framgå. Det samme gjelder dersom barnet ikke går i barnehage, eller bytter barnehage/skole på grunn av flytting.
- Tilrettelegge for følge av kjent voksenperson ved overganger mellom barnehage og skole.
- Fastlegen skal, ved behov, delta i samarbeid rundt barn og deres familier selv om barnet følges opp av spesialisttjenesten.
- Utarbeide retningslinjer for samarbeid med spesialisthelsetjenesten overfor barn-og unge ved akutt oppstående skade og behov for tilpasset tilbud i kommunen

3.3.2 Barneskoleskolealder

Gode læringsmiljøer viser klar sammenheng med trivsel, sosial læring og god psykisk og fysisk helse. Ved å skape et inkluderende læringsmiljø kan skolen bidra til at alle elever opplever aksept, åpenhet og gode relasjoner, og motvirke ensomhet og isolasjon hos den enkelte. Skole og kultur/fritid er de viktigste arenaene for deltakelse, vennskap, lek og læring. Alle barn i Tromsø har rett til å gå på skolen i nærmiljøet, og barn med særskilte hjelpebehov opplyser om det ved innmelding.

Status og utfordringer:

Retten til å velge skolen i nærmiljøet vil enkelte steder kreve fysisk tilrettelegging. Universell utforming vil etter hvert sørge for at alle skoler er tilrettelagt for barn med funksjonsnedsettelse. I enkelte tilfeller kan det likevel kreves ytterligere spesialtilpasning..

Elever med særskilte behov har tilbud om skolefritidsordning tom 7. klasse. De må da være sammen med barn i småskoletrinnet og mange vegrer seg for det. Kommunen har ikke organisert skolefritidsordning i alderstrinnet 8. – 10. klasse. Dette er overganger som kan være problematisk å takle både for eleven selv og foreldre. Aktuelle tiltak kan være Kulturskolen inn i skolen, eller samarbeid mellom skoler for å danne aldersinndelte grupper.

I saker med omfattende behov for hjelp og tilrettelegging, er det nødvendig at samarbeid med spesialisttjenesten intensiveres i forkant av overganger mellom barnehage/skole og ulike trinn i skoleforløpet. Her tenkes spesielt på veiledning fra barnehabiliteringen som har kompetanse på barn/unge med funksjonsnedsettelse.

Tiltak:

- Tilrettelegge for universell utforming ved alle skoler.
- Utrede alternativt tilrettelagt SFO-tilbud for elever fra 5. – 7.trinn.
- Utarbeide retningslinjer for god informasjon og planlegging ved overgang til ungdomsskole eller ved flytting til andre barneskoler.
- Sørge for deltakelse i kultur, idrett- og fritidstilbud gjennom gode ledsagerordninger og samarbeid med lag og foreninger.

⁴ Samtalegrupper for foreldre som har barn med nedsatt funksjonsevne og/eller kronisk sykdom

- Tilrettelegge for deltakelse i kulturskoletilbud innen musikk, dans, teater, billedkunst og film.

3.3.3 Ungdomsskolealder

Ungdomsskolealderen er en viktig periode i unges liv. Vennskap er sentralt, og prosesser for å bli selvstendig og de første tankene rundt det å velge utdanning og bli voksen melder seg.

Status og utfordringer:

Betydningen av at den unge får anledning å leve ungdomslivet sammen med sine i ungdomsmiljøer, er nok for lite vektlagt. Nettverk med venner og sosial omgang dannes i stor grad på skolen. Deltakelse og inkludering på fritiden er oftest et resultat av at skolen sørger for å vektlegge dette i skoletiden. Her kan nevnes eksempelvis ledsagerordninger ved klasseturer i regi av skole/foreldre og statusbyggende tiltak. I tillegg må det ordinære kultur- og fritidstilbud for ungdom tilrettelegges for personer med funksjonsnedsettelse. Utfordringene blir å få fram inkluderende aktiviteter og bidra til at nettverk bygges og beholdes.

I ungdomsskolen er det viktig at IOP/IP følges opp med god rådgiving og oppfølging for at eleven skal ha et godt grunnlag for valg av utdanningsprogram ved videregående skole. PP-tjenesten er sakkyndig instans i forhold til inntak på særskilt grunnlag til videregående opplæring. Inntak avgjøres så sent på våren at mottakerskolen kan få problemer med å ha faglige og praktiske sider ved opplæringstilbudet godt nok på plass ved skolestart. Kommunen og fylkeskommunen bør inngå et samarbeid for å finne løsninger på dette.

Tiltak:

- Tilrettelegge for universell utforming ved alle skoler.
- Utrede differensiert og tilrettelagt SFO-tilbud for elever i ungdomsskoletrinnet.
- I samarbeid med utdanningsetaten i Fylkeskommunen, - utarbeide retningslinjer for informasjon og overgang til videregående skoler i Troms.
- Sørge for deltakelse i kultur, idrett- og fritidstilbud gjennom gode ledsagerordninger og samarbeid med lag og foreninger.
- Tilrettelegge for deltakelse i kulturskoletilbud innen musikk, dans, teater, billedkunst og film.

3.3.4 Fra ungdom til voksen:

Det viktigste i denne fasen er videregående utdanning, yrkesutdanning, arbeid og bolig. Dette i tillegg til vennskap, deltakelse i kultur- og fritidstilbud og generell selvstendigjøring og mestring. Kommunens ansvar i denne fasen ligger først og fremst på gode hjelpe- og veiledningstjenester, boligformidling, samt helseoppfølging der det er nødvendig. Samarbeid med videregående skole, videreutdanningsinstitusjoner og NAV er sentralt for å få til nødvendig tilrettelegging. Ansvaret omfatter også ungdom som velger å flytte til Tromsø pga. utdanning og arbeid.

Status og utfordringer:

Unge med langvarige og sammensatte behov er en særlig utsatt gruppe med hensyn til koordinering, dette som følge av at viktige hjelpeinstanser er funksjonsdelt etter alder på brukerne. For mange unge og deres familier oppstår det et stort vakuum etter at videregående skole er fullført og etter at hjelpeinstanser innen helsetjenesten er helt eller delvis ute av bildet. Få tiltak er tilpasset ungdom og skillet mellom barne- og voksenhabiliteringen gjør at ungdom ofte ikke får tilbud i denne overgangsfasen. Overgang til voksenhabilitering krever ny henvisning fra kommunen. Dette er en praksis som synes tungvint dersom det er avklart at

saken ikke er avsluttet fra spesialistnivå. Ny henvisnings må kunne unngås i et samarbeid med foreldre og kommunale aktører.

Overgang fra barnevernet ved fylte 18 år over i annen tjenesten kan synes problematisk i forhold til enkelte unge med sammensatte behov. Rutiner for inngåelse av samarbeid mellom barnevernet og øvrig kommunalt hjelpeapparat må utarbeides på lik linje med overganger nevnt tidligere.

Enkelte elever og deres familier har behov for tilbud tilsvarende SFO-tilbud før og etter undervisningstid, skolefridager og ferier i videregående skole. Hjemmetjenesten må delta i planleggingsmøter/overganger fra 10. klasse for disse elevene for å få på plass nødvendige tjenester.

Det kan være vanskelig å få opprettet plankoordinator til ungdom i videregående opplæring. Skolehelsetjenesten har mange elever og kjenner hver enkelt i mindre grad. Fylkeskommunen har ingen plikt til å påta seg koordinatorrollen. Dette er en periode i livet der det er ekstra viktig å ha en godt fungerende IP og plankoordinator. Mange av ungdommene kan i tillegg ha behov for ledsagerordninger til kultur-og fritidstilbud og er i en livsfase der det er aktuelt å planlegge bolig og tjenester i hjemmet. Ansvar for koordinatorfunksjonen for disse elevene bør derfor være en kommunalt ansatt og inngå i ansvarsområdet til Koordinerende enhet.

Personer med langvarige og sammensatte behov må få mulighet til å delta i arbeidslivet på lik linje med andre. Det er av stor betydning økonomisk og sosialt både for den enkelte og samfunnet generelt. Samarbeid på et tidlig nok tidspunkt krever gode rutiner og disse må utarbeides av NAV, videregående skoler og kommunen i fellesskap.

Tiltak:

- Følge opp og evaluere IP i en periode av livet med viktige personlige valg, store endringer og utfordringer.
- Initiere samarbeid med spesialisttjenesten i den hensikt å få mer smidige overgangsordninger.
- Utarbeide retningslinjer og etablere rutiner for samarbeid med videregående skole, andre utdanningsinstitusjoner og NAV.
- Utarbeide retningslinjer og etablere rutiner for samarbeid med barnevern og andre kommunale tjenester som avsluttes ved 18 år og overgang til annen tjeneste.
- Koordinatorfunksjon for enkelte elever i videregående tillegges KE
- Synliggjøre behov for og bidra til at det planlegges og etableres ulike former for tilrettelagte boformer.

3.3.5 Endret livssituasjon i voksen alder og blant eldre.

Ved ulykker eller pga sykdom kan mennesker i ulike alder havne i en livssituasjon med varige og sammensatte hjelpebehov. I slike tilfeller er det viktig for brukeren at hjelpeapparatet er forberedt på situasjonen og har den nødvendige beredskap både på spesialistnivå og på kommunalt nivå.

Samarbeid med spesialisttjeneste er avgjørende for personer som av ulike grunner må tilpasse seg en ny livssituasjon. Ved flytting fra spesialisttjeneste og behandlingstilbud til hjemkommunen, må kommunen være godt forberedt og ha opplegg for oppfølging klart allerede før flytting. Det betyr at aktuelle enheter må være kjent med mulige behov for tiltak og ha en beredskap for dette. Det er derfor nødvendig å ta initiativ for å få til gode rutiner for et fruktbart samarbeid mellom spesialisttjeneste/behandlingsinstitusjon og det kommunale

hjelpeapparat. Ansvar for et slikt initiativ og samarbeid forankres i koordinerende enhet, eller hos personlig koordinator. Det skal også inngå i samarbeids-/samhandlingsavtaler, se tiltak s. 10.

I forhold til eldre kan gradvis økende funksjonssvikt medføre at tjenesten ”venner seg til” situasjonen og ikke ser når tiden er inne for å sette i gang arbeidet med individuell plan. Det vil derfor være behov for opplæring og veiledning av ansatte, samt informasjon til brukeren om verktøyet.

Et annet viktig område i forhold til personer med endret livssituasjon, er profesjonelt arbeid overfor pårørende og likemannsarbeid. Herunder kan nevnes pårørende til personer med demens, foreldre til unge med psykiske lidelser osv.

Når personer er ferdig rehabilitert, eller ferdig med rehabiliteringsoppholdet er det mange som trenger videre tiltak for å opprettholde et oppnådd funksjonsnivå, eks kan være ettervernstiltak for rusavhengige, eller fysio-/ergoterapi for slagpasienter. Dette er et omfattende område som krever tiltak som må inngå i sektorvise handlingsplaner.

Individuell plan, utpeking av plankoordinator, informasjon om hjelpetilbud og rutiner for gode overganger mellom ulike deler av hjelpeapparatet er tiltak som også her vil bidra til og sikre helhetlige og koordinerte tjenestetilbud.

Tiltak:

- Utarbeide retningslinjer og etablere rutiner for samarbeid med spesialisttjenesten og behandlingsinstitusjoner, dette i felleskap med involverte parter.
- Bidra til etablering av likemansgrupper og tilby opplæring/veiledning overfor pårørende.

4 Gjennomføring av planen

4.1 Gjennomføring av planen

Etablering av koordinerende enhet er kjernen og en forutsetning for å få til flere av andre foreslåtte tiltak i planen. KE og individuell plan er tiltak og verktøy som vil danne grunnlaget for å få til brukermedvirkning og selvbestemmelse, samt gode overganger i ulike livsfaser. Det er med andre ord tiltak som er avgjørende for koordinering av tjenester til personer som har behov for det, og derfor tiltak som må prioriteres med hensyn til gjennomføring.

Strategisk mål:

- Planen skal være et styringsverktøy

Det er en målsetting å sikre at vedtatt plan blir brukt som et praktisk styringsredskap i perioden fram til sommeren 2011. Den skal være et styringsredskap for politikere, rådmann og ansatte. Planen betraktes ikke som noe endelig produkt men som et steg på veien – som noe som må bli gjenstand for jevnlig rulleringer og revisjoner, dette i samarbeid med brukerorganisasjoner. Det foreslås en årlig evaluering av planen, og at prosjektgruppa som har utarbeidet planen, skal ha et oppfølgingsansvar i samarbeid med koordinerende enhet. Fullstendig rullering av planen skal senest skje i løpet av 2011.

Tiltak:

- Årlig evaluering og justering av planen initieres av KE og gjøres i samarbeid med prosjektgruppa

4.2 Kompetanseheving

I Nasjonal helseplan (2007-2010) påpekes behovet for styrket samhandling og utvikling av samhandlingskompetanse. Innholdet i helse- og sosialutdanningene må tilpasse seg en situasjon hvor samhandling og brukermedvirkning blir stadig mer vektlagt. Likeså at forskning på disse områdene må styrkes. Mer og bedre samhandling er også sentrale tema i Bernt-utvalgets utredning⁵ om ny samlet helse- og sosiallovgivning og Wisløff-utvalgets utredning – Fra stykkevis til helt⁶. Dette i tillegg til kompetanse og faglig trygghet innenfor ulike fagfelt er forutsetninger som må være til stede for at samhandling og samordning av tjenester på tvers av etater/nivåer skal fungere og tjenesten skal bli til beste for borgerne.

Det er en utfordring for kommunen å få personer med langvarige og sammensatte behov mer inkludert og deltakende i utvikling av tjenester. Opplæring, - holdnings- og informasjonsarbeid må til for å få til større grad av brukermedvirkning. Dette vil bety en kvalitetssikring av kommunale tjenester, da personer som opplever barrierer i det daglige har verdifull og nødvendig kompetanse. Samhandling kan læres og må nødvendigvis integreres som et eget tema i kommunens kompetanseutvikling.

Det må gjennomføres kartlegging av kompetansebehov for å kunne gjennomføre ulike tiltak i planen og holde seg oppdatert innenfor utviklingen innen dette feltet. Kartleggingen vil danne grunnlaget for utarbeidelse av en opplæringsplan. Opplæring vil bestå i interne og eksterne kurs, veiledning, kompetansehevingsprogram, samt stipender til formell utdanning.

Tiltak:

- Kartlegging av kompetansebehov
- Særskilt kompetanseheving for de som er tilretteleggere/hjelpere i hverdagen, inkludert barnehage og skole.
- Iverksette opplæringstiltak i dialog/kommunikasjon med brukere, dette spesielt med vekt på barn/ungdom og personer med kommunikasjonsvansker.
- Øke samhandlingskompetansen hos saksbehandlere og andre tjenesteytere, dette først og fremst i forhold til samarbeid med tjenestemottaker, men også med andre deler av tjenesteapparatet. Systematisk opplæring som inngår i kommunens opplæringsplan.

5 Planens økonomiske konsekvenser

Samordning er et område som må vektlegges i framtiden for få nødvendige helhetlige tilbud med god kvalitet etablert rundt personer med langvarige og sammensatte behov. Enkelte tiltak utløser ingen ekstra kostnader, eller de vil kunne gjennomføres innenfor eksisterende rammer. Dette vil kunne skje ved å videreføre igangsatte tiltak eller omprioritere ressurser innenfor rammen.

Nye tiltak og tjenester må kobles opp mot gjeldende budsjett- og økonomiplaner og realiseres innenfor fastlagt ramme. Rådmannen og enhetsledere har da ansvar for å innarbeide "sine" tiltak i økonomiplaner.

⁵ NOU 2004:18 "Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene"

⁶ NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste"

Oversikt over planens samlede tiltak

Strategisk mål: <ul style="list-style-type: none"> Etablere Koordinerende Enhet som er synlig og lett tilgjengelig, og som koordinerer og samordner ulike tjenestetilbud for å nå den enkelte brukers mål Utvikle samhandling basert på enkeltindividers likeverd og selvbestemmelse i ulike livsfaser, med fokus på å fjerne barrierer for den enkeltes utviklingsmuligheter Utredde andre tverretatlige tiltak som vil bidra til økt brukermedvirkning og samordning/samarbeid. 		
	Tiltak– koordinerende enhet:	Ansvarlig
1	Det opprettes en koordinerende enhet (KE) med tverrfaglig kompetanse	Rådmannen
2	KE skal være sektorovergripende og ivareta samordning på tvers av enheter for de oppgaver som krever det.	Rådmannen/KE
3	KE skal ha ansvar for at det blir utarbeidet individuelle planer (IP) for personer som har krav på det, ha myndighet til å fatte vedtak om IP skal utarbeides, og utpeke den enhet som skal ha ansvar planprosessen og inneha plankoordinatorrollen.	Rådmannen/KE
4.	KE skal ha ansvar for å etablere og følge opp nettverksgrupper for plankoordinatorer	KE
5	Koordinerende enhet skal inngå og følge opp samarbeids- og samhandlingsavtaler med eksterne parter som UNN, NAV-etat, Hjelpemiddelsentralen og Stat Ped Nord, herunder inngår rutiner for samarbeid i overgangsfaser.	Rådmannen/KE
6	KE har ansvar på systemnivå for arbeidet med individuelle planer og at det utarbeides rutiner for informasjon, samarbeid og koordinering generelt. Dette i samarbeid med utøvende tjeneste.	KE
7	KE har ansvar for utvikling og etablering av tverrfaglig og tverrsektorielle nettverk i forhold til målgrupper med behov for koordinerte tjenester. Eks Fyrtårssatsning.	Rådmannen/KE
8	KE skal bistå med veiledning overfor enheter som har vansker med å finne løsninger i enkeltsaker	KE
9	KE skal bidra til kontinuerlig og målrettet kompetanseutvikling som forankres i kommunens opplæringsplan, dette med særlig vekt på brukerrettet samhandlingskompetanse.	Rådmannen/KE
10	KE skal holde seg oppdatert og aktivt formidle og fokusere på gode eksempler på vellykkede koordineringstiltak til inspirasjon i det videre arbeidet med samordning.	KE
11	KE skal tilføres tre stillinger. Det opprettes 2 nye årsverk, i tillegg tilføres rehabiliteringskoordinator fra Rehabiliteringstjenesten.	Rådmannen
12	Det opprettes eget brukerråd for KE med bredde i brukerrepresentasjonen	Rådmannen/KE
13	KE skal være i virksomhet senest 1. mars 2008	Rådmannen

	Tiltak – utvikling av andre samordningsmodeller:	
14	Utrede ordning med familiesenter med fokus på psykososial problematikk, dette som et tilbud til familier med sammensatte behov	Rådmannen
15	Utrede samordning med NAV	Rådmannen

Strategiske mål:

- Den som ønsker/søker individuell plan og har rett til det skal få opprettet plankoordinator og få igangsatt planprosess i løpet av 3 måneder.
- Utvikling av Individuelle plan som verktøy settes i system og innarbeides som gode rutiner i alle deler av kommunens tjenesteyting.
- Individuell plan skal sikre systematisk samhandling og tilrettelegging av tjenestetilbud tilpasset den enkeltes behov.
- Individuell plan skal bidra til selvstendighet og meningsfylt liv for den enkelte

	Tiltak til forbedring av ordningen individuell plan:	Ansvarlig
1	Søknader om individuell plan saksbehandles etter forvaltningsloven og det fattes enkeltvedtak.	Rådmannen
2	Utarbeide håndbok (rutiner og retningslinjer) for personlig koordinator og IP som forankres i KE. Herunder kvalitetssikre at individuelle planer påbegynnes innen tidsfrister, at de utarbeides og følges opp.	KE
3	Utvikle system som kontinuerlig dokumenterer behov for planer og oppfølging/ evaluering av den enkelte plan.	KE
4	IP skal, der tjenestemottaker ønsker det, samordnes med individuell utviklingsplan for barnehagene og (IUP) og individuell opplæringsplan for skolene.	KE og berørte enheter
5	Utrede ordning med ressursvurdering og tildeling av ekstra ressurs til enkelte enheter som påtar seg koordinatorrollen	Rådmannen
6	Tilby jevnlig kompetansehevende tiltak som er nødvendig for å kunne ivareta intensjonene i ordningen IP. Ansvar for opplæring og generell kompetanseheving i tjenesten, samt opplæring av plankoordinatorer tillegges KE.	Rådmannen/KE

Strategiske mål:

- Etablere kulturer der medvirkning, mestring og selvbestemmelse er innarbeidet og gjennomsyrrer all tjenesteyting.
- Etablere strukturer for å ivareta brukermedvirkning både på individ- og systemnivå.

	Brukermedvirkning - tiltak på systemnivå:	Ansvarlig
1	Utarbeide retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå som blant annet skal ivareta tilstrekkelig representasjon fra brukersiden	Rådmannen
2	Jevnlige møter på systemnivå med rådmann, enhetsledere og berørte brukerorganisasjoner.	Rådmannen

3	Etablere gode system for å innhente brukererfaringer, benytte arrangement som brukerpanel, dialogkonferanser og høringsmøter i større grad.	KE
4	Jevnlige fag-/brukerkonferanser, søkes gjennomført i samarbeid med brukerorganisasjoner, Rådet for funksjonshemmede, Fylkesmannen med flere.	KE og berørte enheter
5	Brakerundersøkelser basert på spørreskjema og/eller intervjuer	Rådmannen/KE
6	Benytte ordningen med møtegodtgjørelse til brukerrepresentanter	Rådmannen/KE
7	Opplæring i brukermedvirkning i samarbeid med brukerorganisasjoner, Rådet for funksjonshemmede	KE
	Tiltak på individnivå:	
8	Iverksette opplæringstiltak i dialog/kommunikasjon med brukere, dette spesielt med vekt på barn/ungdom og personer med kommunikasjonsvansker.	Rådmannen/KE
9	Øke samhandlingskompetansen hos saksbehandlere og andre tjenesteytere, dette først og fremst i forhold til samarbeid med tjenestemottaker, men også med andre deler av tjenesteapparatet. Systematisk opplæring som inngår i kommunens opplæringsplan.	Rådmannen/KE

Strategiske mål, gjelder alle livsfaseoverganger:

- Utvikle metoder som sikrer tidlig intervensjon, reell innflytelse og tilpasset hjelp
- Sikre gode overganger mellom livsfaser og bidra til selvstendighet og et meningsfylt liv i fellesskap med andre
- Vektlegge planlegging og tilrettelegging for likestilling og mestring ut fra livsfasebehov.

	Barn i førskolealder	Ansvarlig
1	Koordinerende enhet deltar på hjemmebesøk sammen med helsesøster når familien har behov for det. KE ser til at det opprettes kontaktperson/koordinator i kommunen på et tidlig tidspunkt.	Rådmannen
2	Etablere nettverksgrupper i samarbeid med spesialisttjeneste og frivillige organisasjoner. Fyrtårnssatsningen igangsettes høst 2007.	Rådmannen
3	Tilrettelegge for universell utforming i alle barnehager.	KE
4	Utarbeide retningslinjer for ivaretagelse av overganger mellom barnehage og skole, her skal også ansvarsfordeling framgå. Det samme gjelder dersom barnet ikke går i barnehage, eller bytter barnehage/skole på grunn av flytting.	KE
5	Tilrettelegge for følge av kjent voksenperson ved overganger mellom barnehage og skole	Rådmannen
6	Fastlegen skal, ved behov, delta i samarbeid rundt barn og deres familier selv om barnet følges opp av spesialisttjenesten.	Fastlege/KE
7	Utarbeide retningslinjer for samarbeid med spesialisthelsetjenesten overfor barn. Og unge ved akutt oppstående skade og behov for tilpasset tilbud i kommunen	KE

	Barneskolealder	Ansvarlig
1	Tilrettelegge for universell utforming ved alle skoler.	Rådmannen
2	Utrede alternativt tilrettelagt SFO-tilbud for elever fra 5. – 7.trinn.	Rådmannen
3	Utarbeide retningslinjer for god informasjon og planlegging ved overgang til ungdomsskole eller ved flytting til andre barneskoler	KE
4	Sørge for deltakelse i kultur, idrett- og fritidstilbud gjennom gode ledsagerordninger og samarbeid med lag og foreninger.	Rådmannen/Berørte enheter
5	Tilrettelegge for deltakelse i kulturskoletilbud innen musikk, dans, teater, billedkunst og film.	Rådmannen/Berørte enheter
	Ungdomsskolealder	Ansvarlig
1	Tilrettelegge for universell utforming ved alle skoler.	Rådmannen
2	Utrede differensiert og tilrettelagt SFO-tilbud for elever I ungdomsskoletrinnet.	Rådmannen
3	I samarbeid med utdanningsetaten i Fylkeskommunen, - utarbeide retningslinjer for informasjon og overgang til videregående skoler i Troms.	Rådmannen
4	Sørge for deltakelse i kultur, idrett- og fritidstilbud gjennom gode ledsagerordninger og samarbeid med lag og foreninger.	Rådmannen
5	Tilrettelegge for deltakelse i kulturskoletilbud innen musikk, dans, teater, billedkunst og film.	Rådmannen
	Fra ungdom til voksen	Ansvarlig
1	Følge opp og evaluere IP i en periode av livet med viktige personlige valg, store endringer og utfordringer.	KE/personlig koordinator
2	Initiere samarbeid med spesialisttjenesten i den hensikt å få mer smidige overgangsordninger.	Rådmannen/KE
3	Utarbeide retningslinjer og etablere rutiner for samarbeid med videregående skole, andre utdanningsinstitusjoner og NAV.	KE
4	Utarbeide retningslinjer og etablere rutiner for samarbeid med barnevern og andre kommunale tjenester som avsluttes ved 18 år og overgang til annen tjeneste.	KE
5	Koordinatorfunksjon for enkelte elever i videregående tillegges KE	KE
6	Synliggjøre behov for og bidra til at det planlegges og etableres ulike former for tilrettelagte boliger	Rådmannen/KE
	Endret livssituasjon I voksen alder og blant eldre	
1	Utarbeide retningslinjer og etablere rutiner for samarbeid med spesialisttjenesten og behandlingsinstitusjoner, dette i felleskap med involverte parter.	KE/aktuelle enheter
2	Bidra til etablering av likemannsgrupper og tilby opplæring/veiledning overfor pårørende.	KE/aktuelle enheter

Kompetanseheving:		
	Tiltak:	Ansvarlig
1	Kartlegging av kompetansebehov	Berørte enheter/KE
2	Særskilt kompetanseheving for de som er tilretteleggere/hjelpere i hverdagen, inkludert barnehage og skole.	Berørte enheter
3	Iverksette opplæringstiltak i dialog/kommunikasjon med brukere, dette spesielt med vekt på barn/ungdom og personer med kommunikasjonsvansker.	
4	Øke samhandlingskompetansen hos saksbehandlere og andre tjenesteytere, dette først og fremst i forhold til samarbeid med tjenestemottaker, men også med andre deler av tjenesteapparatet. Systematisk opplæring som inngår i kommunens opplæringsplan.	

Vedlegg 1 Prosjektets organisering

1	Oppdragsgiver	Helse og sosialkomiteen
2	Oppdragstaker	Rådmannen
3	Styringsgruppe	Rådmannen v/Ivar Sæther til mars 2007, leder av styringsgruppa Rådmannen v/Eva T. Olsen fra mars 2007, leder av styringsgruppa Katrinn Reil Conradi, Rehabiliteringstjenesten Gunda Hamland, omsorgstjenesten Sentrum til 01.10.06 Åshild Moen, hjemmetjenesten Nordøya fra 01.01.07 Judith Martinsen, Prestvannet skole Elisabeth Steen, Rådet for funksjonshemmede Asle Sletten, Rådet for funksjonshemmede Sissel Skoghaug, Fagforbundet til 01.01.07 Randi Heitmann/Ragnhild B. Håkstad, Norsk fysioterapiforbund
4	Prosjektleder	Edel Pedersen, Rådmannens fag og utviklingsenhet
5	Prosjektgruppe	Øystein Lund, PPT Ingrid Eidsmo, Rehabiliteringstjenesten Venche Friis, hjemmetjenesten Kvaløya til 30.06.07 Bi Haavind, Kultur og idrett Kristin Solberg, NFU Ole Harald Dahl, Rådet for funksjonshemmede Lilla Dons Lindrupsen, Rådet for funksjonshemmede Karianne H. Kristensen/Anne Andreassen, NSF Torgunn Bendiksen, Fagforbundet fra august 06 – januar 07

Det har underveis i planprosessen vært avholdt flere borgermøter og interne møter i kommunen for å få innspill/forslag til endringer fra tjenestemottakere, ansatte og tillistvalgte.