



**HANDLINGSPLAN  
FOR  
MENNESKER MED NEDSATT FUNKSJONSEVNE  
2011-2015**

Rullert og erstatter handlingsplan for funksjonshemmede 2005-2008  
Vedtatt i kommunestyret **2011.**

M. S. N. 2011/11

## Innholdsfortegnelse:

<b>1.0 INNLEDNING .....</b>	<b>4</b>
1.1 Bakgrunn.....	4
1.2 Mandat for Arbeidsgruppen.....	5
1.3 Planarbeidet: .....	5
1.4 Sammendrag av evaluering resultater i perioden 2005-2008.....	6
1.5 Mål for handlingsplan for mennesker med nedsatt funksjonsevne perioden 2011-2014 .....	7
1.6 Brukermedvirkning i arbeidet med planen.....	7
1.7 Samarbeid mellom enhetene i arbeidet med planen .....	7
1.7.1 <i>Internt samarbeid</i> .....	8
1.7.2 <i>Eksternt samarbeid</i> .....	8
1.8 Avgrensninger fra andre kommunale planer.....	8
<b>2.0 NEDSATT FUNKSJONSEVNE – HVA OG HVEM.....</b>	<b>9</b>
2.1 Definisjon.....	9
2.2 Hva er nedsatt funksjonsevne? .....	9
2.3 Hvem har nedsatt funksjonsevne? .....	10
2.3.1 <i>Bevegelseshemmede</i> .....	10
2.3.2 <i>Hørselshemmede</i> .....	10
2.3.3 <i>Blinde/svaksynte</i> .....	10
2.3.4 <i>Psykisk utviklingshemmede</i> .....	10
2.3.5 <i>Skjulte funksjonsnedsettelse</i> .....	10
2.4 Hvor mange har nedsatt funksjonsevne? .....	11
2.5 Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne.....	11
<b>3.0 BETRAKTNINGER RUNDT MENNESKER MED NEDSATT FUNKSJONSEVNE SOM MÅLGRUPPE .....</b>	<b>12</b>
3.1 Verdigrunnlaget .....	12
3.2 Samfunnets krav.....	12
3.3 Nedsatt funksjonsevne - ikke “de” men “vi” .....	12
3.4 utfordringer .....	12
3.5 Nasjonale mål .....	13
<b>4.0 SITUASJONSBEKRIVELSE.....</b>	<b>14</b>
4.1 Sektor oppvekst og utdanning.....	14
4.1.1 <i>Lover som styrer tiltak og tjenester til barn og ungdom med nedsatt funksjonsevne</i> .....	14
4.1.2 <i>Vurdering av nå-situasjonen for enhet barnehage og enhet grunnskole</i> .....	16
4.2.2 <i>Vurdering av nåsituasjonen for helsesøstertjenesten</i> .....	18
4.2.3 <i>Vurdering av nåsituasjonen for PP-tjenesten</i> .....	19
4.2 Sektor helse og rehabilitering .....	19
4.2.1 <i>Lovgrunnlag</i> .....	19
4.2.4 <i>Tjenester til mennesker med nedsatt funksjonsevne</i> .....	20
4.2.5 <i>Vurderte behov i planperioden</i> .....	25
4.2.6 <i>Psykiskatri/rehabilitering</i> .....	25

4.2.6.1	Vurdering av nåsituasjonen for psykiatri/rehabilitering .....	25
4.2.6.2	Vurderte behov i planperioden.....	27
4.2.7	Omsorgsenheter.....	28
4.2.7	Lover som styrer tiltak og tjenester til mennesker med nedsatt funksjonsevne er .....	28
4.2.7.1	Vurdering av nåsituasjonen for omsorgsenhetene .....	29
4.2.7.2	Vurderte behov i planperioden.....	30
4.3	Sektor teknisk og kultur' .....	30
4.3.1	Lover som styrer tiltak og tjenester til funksjonshemmede .....	30
4.3.2	Vurdering av nåsituasjonen for Teknisk tjenester – tallene i tabellen baserer seg på tall fra 2004. ....	31
4.3.3	Tekniske tjenesters vurderte behov i planperioden.....	32
4.3.4	Enhet kultur.....	32
4.4	Stab Plan og utvikling og info og service .....	34
<b>5.0</b>	<b>HABILITERING/REHABILITERING .....</b>	<b>35</b>
5.1	Om begrepene rehabilitering og habilitering .....	35
5.2	individuell plan – en rettighet for deg og et verktøy for samarbeid .....	36
5.3	Organisering av habilitering/rehabilitering.....	37
5.4	Nåsituasjon for habilitering/rehabilitering.....	38
5.5	Vurderte behov i planperioden .....	39
<b>6.0</b>	<b>SAMLET PRIORITERING AV SATSNINGSOMRÅDER OG TILTAK I PLANPERIODEN .....</b>	<b>40</b>
6.1	Innledning .....	40
6.2	Satsningsområder i planperioden.....	40
6.2.1	Forslag til tiltak i planperioden som bør vurderes innarbeidet i enhetenes handlingsplaner/budsjett	41
6.2.2	Forslag til kjøp av utstyr / investeringer i planperioden som bør innarbeides i enhetenes budsjett....	42
6.2.3	Mål for Handlingsplan for mennesker med nedsatt funksjonsevne og tiltak og investeringer i planperioden .....	43
<b>7.0</b>	<b>OPPSUMMERING.....</b>	<b>46</b>

## 1.0 INNLEDNING

Regjeringen har utarbeidet en handlingsplan for funksjonshemmede gjeldende for perioden 1998 - 2001. I planen blir alle kommunene oppfordret til å utarbeide sine egne handlingsplaner for funksjonshemmede, og dette ansees fortsatt som gjeldende. Også i andre dokumenter fra ulike departementer, bl.a. St. melding nr. 21 1998-1999 og veileder fra statens helsetilsyn i habilitering av barn og unge, poengteres det at kommunene må organisere og planlegge sine tiltak i forhold til funksjonshemmede. I tillegg har planen tatt hensyn til nye lover og forskrifter.

Handlingsplan for funksjonshemmede ble utarbeidet for perioden 2000-2004 for Aurskog-Høland kommune. Planen ble rullert og politisk vedtatt i februar 2005 for perioden 2005-2008. Planen er nå vedtatt rullert på nytt for perioden 2011-2015. Planen er en rullering av eksisterende handlingsplan for funksjonshemmede i perioden 2005-2008. En handlingsplan for funksjonshemmede skal være en helhetlig plan for funksjonshemmede i Aurskog-Høland kommune.

Planen inneholder en generell del, definisjon av begrepet "funksjonshemming", og hvilke mål som skal være styrende for det videre arbeidet med tiltak i Aurskog-Høland kommune.

Planen inneholder videre en situasjonsbeskrivelse og fremtidige tiltak for funksjonshemmede. Handlingsplan for funksjonshemmede vil gi en oversikt over de fremtidige hovedutfordringene, og fastlegge både kortsiktige og langsiktige tiltak for å møte dem.

I planen vil begrepet "funksjonshemmet" kun bli brukt der det er naturlig i forbindelse med henvisninger og sitater fra tidligere planer og dokumenter. For øvrig vil begrepet "mennesker med nedsatt funksjonsevne" brukes. Dette forventes også fulgt opp i Aurskog-Høland kommunes politiske og administrative systemer i fremtiden.

Planen må innarbeides i forbindelse med økonomiplan for 2012-2015 og enhetenes handlingsplaner fra 2012 og videre.

Planen skal være tilgjengelig for alle, og bør foreligge i minimum:

- Papirversjon
- Blindeskrift. Kan utarbeides dersom det er behov og ved konkrete henvendelser om dette.
- Aurskog-Høland kommunes hjemmesider og intranettsider. "Lytt til teksten" versjon bør være tilgjengelig.

## 1.1 BAKGRUNN

Ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede (HVPU-reformen) ble iverksatt 01.01.91. I kriteriene for igangsetting var det en forutsetning at reformarbeidet skulle evalueres. I perioden 1994-97 utarbeidet regjeringen en Handlingsplan for funksjonshemmede. Den tar utgangspunkt i mennesker med nedsatt funksjonsevnes rettigheter og behov, og at denne målgruppen skal sikres full deltakelse og likestilling i samfunnet. For at mennesker med nedsatt funksjonsevne i Aurskog-Høland kommune skal oppnå full deltakelse og likestilling, ble det vedtatt å utarbeides en plan som ivaretar nye lover/forskrifter, brukernes behov og regjeringens plandokumenter. NOU 2005:8 "Likeverd og tilgjengelighet" bekrefter viktigheten av arbeidet for "normalisering" for mennesker med nedsatt funksjonsevne.

## 1.2 MANDAT FOR ARBEIDSGRUPPEN

1. Rullere handlingsplan for mennesker med nedsatt funksjonsevne i lys av ny kommuneplan og økonomiplan for 2011-2014.
2. Handlingsplanen skal bygge på evaluering av handlingsplan for funksjonshemmede 2005-2008 og statlige føringer for området.
3. Handlingsplanen skal ha et helhetlig og tverrfaglig perspektiv.
4. Det er politisk vedtatt at psykisk utviklingshemmedes behov for ferie, fritid, nye boliger og grunnbemanning i eksisterende boliger skal utredes. Dette blir behandlet som egne politiske saker, men behovene vil bli synliggjort i handlingsplanen.

## 1.3 PLANARBEIDET:

### Arbeidsgruppen har bestått av:

Enhet familie og levekår, ledere av gruppa

Enhet grunnskole

Enhet tekniske tjenester

Enhet plan og økonomi

Enhet barnehage

Enhet kultur

Enhet omsorg

Barn og unges repr.

Repr. fra kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne

Hovedtillitsvalgt

NAV

Martin Oppegaard  
og Jon-Kristian Kolstad  
v/ Åslaug Degnes  
v/ Jan Ivar Jensen  
v/ Geir Knutsen  
v/ Nan Torill Mangnesholen  
v/ Vigdis Jakobsen  
v/ Inger Holstad  
v/ Eli Kristin Nygård  
v/Åse Forthun  
v/ Kristin Lang

Det har vært 3 møter i arbeidsgruppa.

Planarbeidet har fordret både stor arbeidsinnsats og tverrfaglig samarbeid fra alle representantene i arbeidsgruppen.

### Planen skal til følgende instanser for politisk behandling:

- Komité for omsorg
- Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne
- Formannskap
- Kommunestyre

### Planen skal til følgende instanser for høring:

- Landsforeningen for hjerte og lungesyke
- Aurskog-Høland Afasiforening
- Aurskog-Høland Reumatikerforening
- Fylkesmannen i Oslo og Akershus
- Statens vegvesen
- Norges Blindeforbund

## 1.4 SAMMENDRAG AV EVALUERING RESULTATER I PERIODEN 2005-2008

### Drift:

- Opprettet 5 rehabiliteringsplasser ved Aurskog sykehjem.
- Brukerstyrt personlig assistentordningen har hatt en fordobling i antall brukere og antall vedtakstimer i planperioden 2005-2008.
- NAV Aurskog-Høland ble opprettet i 2007. Dette medførte en forandring for tjenesteytere idet som tidligere var sosialtjenesten, trygdekontoret og A-etat ble sammenslått. NAV-kontoret er en viktig samarbeidspartner for mennesker med nedsatt funksjonsevne og for det kommunale tjenesteapparatet.
- Full drift av Riiserveien 40 på Aurskog fra 2005/06 (fire brukere).
- Boveiledertjenesten Løken har flyttet sin base fra Bjørkely gruppebolig til Klokkerudveien 3 (10 brukere).
- Avlastningsenheten ved Poppelveien har pr i dag ikke kapasitet til å ta imot et økende behov, spesielt i helger (2 brukere av gangen).

### Investering:

- 4 samlokaliserte leiligheter i Riiserveien 40 på Aurskog, ferdigstilt og i drift i planperioden 2005-2008. Primært yngre fysisk funksjonshemmede som målgruppe.
- 10 samlokaliserte leiligheter i Klokkerudveien 3 på Løken. Ferdigstilt og i drift i planperioden 2005-2008. Erstatningsleiligheter for Bjørkely gruppebolig og Rådyrveien 12. Beboere fra Bjørkely gruppebolig og Rådyrveien 12 flyttet inn juni 2007, og tre nye beboere flyttet inn i september 2007. Primært psykisk utviklingshemmede som målgruppe.
- Bjørkelangen ungdomsskole har fått en bedret tilgjengelighet gjennom nye heiser, både sjakt- og trappeheiser.
- Aurskog-Høland Bygdetun har fått en slik standard at rullestolbrukere og bevegelseshemmede kan ha glede av stedet. Her vil imidlertid verneinteressene være sterkere enn krav til tilgjengelighet inne i museumsbygningene.
- Innkjøp av ny 9 seters bil til Boveiledertjenesten Bjørkelangen i 2006 og til Linåkerveien ressurscenter i 2008.
- Mindre utbedringer og tilrettelegginger ved ulike kommunale bygg som har ført til bedre tilgjengelighet er gjennomført i planperioden.

Dette viser at kommunen har iverksatt og prioritert mange av tiltakene i planen fra 2005-2008. Tiltak som ikke har latt seg gjennomføre og som fortsatt er viktige, vil bli foreslått gjennomført i neste planperiode.

For detaljert evaluering/oversikt over oppnådde resultater, viser vi forøvrig til tabell 6.2.1 og 6.2.2

## **1.5 MÅL FOR HANDLINGSPLAN FOR MENNESKER MED NEDSATT FUNKSJONSEVNE PERIODEN 2011-2015**

1. Aurskog-Høland kommune bør utforme tilbud og tjenester slik at det likestiller alle innbyggerne og gir mulighet for å opparbeide og opprettholde en selvstendig og sosial tilværelse.
2. Handlingsplanen for mennesker med nedsatt funksjonsevne har som mål at kommunal og offentlig virksomhet skal være tilgjengelig for alle. Tiltak utformes slik at de bidrar til samordning og helhet.
3. Planen skal synliggjøre behov for kommunal innsats innenfor oppsatte områder.
4. Satsingsområder skal videreføres i de ulike enheters plandokumenter.
5. Tiltak og tjenester til mennesker med nedsatt funksjonsevne integreres i det generelle tjenestetilbudet til befolkningen i kommunen, og skal i minst mulig grad opprettholdes som ”særtjenester”.

## **1.6 BRUKERMEDVIRKNING I ARBEIDET MED PLANEN**

Brukermedvirkning er lovhjemlet flere steder, bl.a. i Lov om sosiale tjenester.

Brukermedvirkning vil si at de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet. Brukermedvirkning er en demokratisk rettighet, og en overføring av erfaringsbasert kunnskap fra bruker til f. eks beslutningstaker eller tjenesteyter og derfor et vesentlig bidrag til kvalitetssikring av tjenestene.

Dette gjelder enten det er fra enkeltbruker eller fra organisasjoner for mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Brukermedvirkning kan utøves på flere nivå:

- på individnivå, der en bruker øver innflytelse på utformingen av eget tjenestetilbud i samarbeid med tjenesteyter.
- på tjenestenivå, der brukerrepresentanter fra organisasjonene øver innflytelse på oppbygging og organisering av tjenester
- på politisk nivå, der brukerrepresentanter fra organisasjonene øver innflytelse på utformingen av politikken og bruk av økonomiske ressurser

For å sikre brukermedvirkning i arbeidet med handlingsplanen, har det vært oppnevnt en representant fra det kommunale Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne i arbeidsgruppa.

For å sikre god brukermedvirkning så blir planen sendt på høring.

Høringsinstanser blir:

- Statlige instanser
- Fylkeskommunale instanser
- Aktuelle fagorganisasjoner
- Interesseorganisasjoner
- Kunngjøring i lokalavisen

## **1.7 SAMARBEID MELLOM ENHETENE I ARBEIDET MED PLANEN**

Arbeidet med handlingsplanen har vært en prosess hvor aktuelle enheter har arbeidet mot et felles mål.

Alle berørte enheter har vært representert i arbeidsgruppa, og det har vært et mål å innhente faktaopplysninger, nye innspill og utfordringer fra alle enheter. Mål for rulleringen er å synliggjøre nye og endrede behov i planperioden, og ut fra disse behovene sette opp nye realistiske tiltak som kan medføre en bedret livskvalitet for mennesker med nedsatt funksjonsevne og deres foresatte. Dette sikrer samarbeid og samhandling mellom brukere, tjenesteytere, administrasjon og politikere i planperioden.

### **1.7.1 Internt samarbeid**

Det er etablert internt samarbeid mellom ulike enheter og tjenesteytere på flere områder, gjennom ansvarsgrupper, arbeid med individuell plan og tverrfaglige arbeidsmøter. Dette er samarbeidsarenaer hvor den enkelte brukers behov vil stå i sentrum, og hvor brukeren selv vil være aktiv. Et tett og konstruktivt samarbeid på tvers av enheter og fagområder vil være av avgjørende betydning for at den enkelte bruker skal få et kvalitativt og kvantitativt godt tjenestetilbud. "Aurskog-Høland modellen" skal også innarbeides som en modell som skal sikre det tverrfaglige samarbeidet rundt barn og unge i et forebyggende perspektiv.

### **1.7.2 Eksternt samarbeid**

Eksternt samarbeid er i hovedsak knyttet til enkeltsaker. Eksterne samarbeidsparter vil være NAV, BUP, Rehabiliteringsenhet og Habiliteringstjeneste fra 2.linjetjenesten, Lillestrømklinikken og tilsvarende. Samarbeidet knytter seg til ansvarsgrupper, individuell plan, utredninger og tverrfaglige arbeidsmøter.

Det foreligger også samarbeidsavtaler/retningslinjer mellom 1. og 2.linje nivå.

## **1.8 AVGRENSNINGER FRA ANDRE KOMMUNALE PLANER**

Vi avgrensner handlingsplanen mot følgende planer som er utarbeidet i Aurskog-Høland kommune:

Kommuneplanen

Økonomiplanen

Plan for psykisk helsearbeid 2007 - 2010

Boligsosial handlingsplan

Likestillingsplan

Handlingsplan for eldre

Politisk handlingsplan for redusert bruk og misbruk av alkohol, narkotika og spill, 2011-2015

Et rikere oppvekstmiljø - plan for barn og unge

Grunnskoleplan

Kommunedelplan for idrett og fysisk aktivitet 2009-2019

Kulturstrategiplan 2001-2011

Trafikksikkerhetsplan 2009-2012

## 2.0 NEDSATT FUNKSJONSEVNE – HVA OG HVEM

### 2.1 DEFINISJON

Nedsatt funksjonsevne kan beskrives på ulike måter, og begrepsbruken varierer. I regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede i 1990 defineres nedsatt funksjonsevne slik:

“Funksjonshemming er et misforhold mellom individets forutsetninger og miljøets og samfunnets krav til funksjon på områder som er vesentlige for etablering og opprettholdelse av selvstendighet og sosial tilværelse”.

I tillegg er nedsatt funksjonsevne av varig karakter. I tillegg til “miljøets krav til funksjon” er også “samfunnets krav” tatt inn. Dette er gjort for å tydeliggjøre at ikke bare miljø (som fysiske omgivelser og holdninger), men også samfunnsmessige handlinger (som beslutninger eller mangel på beslutninger) påvirker mennesker med nedsatt funksjonsevne sine muligheter til å leve et selvstendig liv.

Denne definisjonen er først og fremst en *samfunnsmessig definisjon*, som medfører at nedsatt funksjonsevne sees i forhold til det samfunnet som omgir individet. Den vektlegger individets egen vurdering/opplevelse av konflikten mellom sine muligheter og miljøets og samfunnets krav, innenfor områder som har stor betydning for dagliglivet.

Folketrygdens uførebegrep defineres som en tilstand av “*sykdom, skade eller medfødt misdannelse*”. Utover Folketrygdens uførebegrep er ikke begrepet funksjonshemmet definert i lovgivningen. Begrepet nedsatt funksjonsevne ble brukt i offentlige dokumenter på en målrettet måte for første gang for 30 år siden i St. meld. nr. 88 (1966-67) “Om utviklingen av omsorgen for funksjonshemmede”. I de to siste St.meld. om nedsatt funksjonsevne, er det gitt politiske definisjoner av begrepet. I St.meld nr. 23 (1977-78) sies det at: “*Funksjonshemmet er den som på grunn av varig sykdom, skade eller lyte eller på grunn av avvik av sosial art er vesentlig hemmet i sin praktiske livsførsel i forhold til det samfunn som omgir ham. Dette kan bl.a. gjelde utdanning og yrke, fysisk eller kulturell aktivitet.*”

Allerede i denne definisjonen fra 1977 understrekes samspillet mellom individ og samfunn, men formuleringen knyttes opp mot den enkelte med nedsatt funksjonsevne.

### 2.2 HVA ER NEDSATT FUNKSJONSEVNE?

Historisk sett er de mest aksepterte former for nedsatt funksjonsevne de som skyldes synlige tilstander, som skader i ben og armer og alvorlige sansehemninger. Dette framgår også i den første trygdeordningen som ble innført: “Lov om hjelp til blinde og vanføre”. Loven kom i 1936 og baserte seg på at bare de som hadde synlige skader og lyter, hadde rett til stønad og andre hjelpetiltak. I dag legger vi til grunn en forståelse av at også mindre synlige tilstander kan føre til nedsatt funksjonsevne.

Opplevelsen av å ha nedsatt funksjonsevne henger sammen med funksjonsnedsettelsens omfang og når den oppstår. En medfødt funksjonsnedsettelse kan føre til samme praktiske vansker som en funksjonsnedsettelse ervervet i voksen alder, men egenopplevelsen av tap av funksjon vil være forskjellig. Det handler om “vanen” og grad av mestring og akseptering av funksjonsnivå. Type funksjonsnedsettelse kan ha mye å si for egenopplevelsen og mulighetene til å delta aktivt i samfunnet. Opplevelsen av funksjonsnedsettelse er også nøye knyttet til samfunnsmessige forhold. To personer med objektivt samme sykdom kan oppleve dette svært forskjellig. Hvis den ene for eksempel har tekniske hjelpemidler som reduserer funksjonstapet betydelig. Funksjonsnedsettelse er ikke ensbetydende med å ha dårlig helse, derfor vil også forhold som helsetilstand og om en er i arbeid, påvirke om en ser på seg selv som funksjonshemmet.

## 2.3 HVEM HAR NEDSATT FUNKSJONSEVNE?

Mennesker med nedsatt funksjonsevne er ingen ensartet gruppe. Det viser bl.a. det faktum at det finnes ca. 90 bruker/interesseorganisasjoner for denne gruppen. Tidligere ble mennesker med nedsatt funksjonsevne gruppert i fem hovedgrupper: bevegelseshemmede, synshemmede, hørselshemmede, psykisk utviklingshemmede og skjulte funksjonsnedsettelse (f.eks. atferdsproblemer, diabetes, psykiske problemer, hjerteproblemer, dysleksi, allergi). Inndelingen er ikke optimal, men er i planen tenkt som en måte å synliggjøre mangfoldet og kompleksiteten i begrepet. En del mennesker vil også ha funksjonsnedsettelse som gjør at de hører inn i flere av disse hovedgruppene.

### 2.3.1 Bevegelseshemmede

En med sterke armer, som bruker manuell rullestol, opplever få praktiske begrensninger så lenge miljøet er tilrettelagt for rullestolbrukere. Likevel kan personen ha følelsesmessige reaksjoner, og møte slike reaksjoner hos andre, på grunn av rullestolen.

En som ikke kan snakke, er lammet fra nakken og ned og som bruker elektrisk rullestol, møter mange hindringer selv om omgivelsene er tilrettelagt for rullestolbrukere. Da handler det om å finne kompensasjonsmuligheter, som f.eks. hjelp til personlig stell når man ikke selv kan forflytte seg fra rullestol til toalett, ikke kan spise på egen hånd, ikke kan kle av og på seg o.s.v.

### 2.3.2 Hørselshemmede

En døv lever et liv i bilder. En som er født døv har et helt annet utgangspunkt for kommunikasjon med medmennesker enn en som blir døv etter at talespråket er utviklet. Begge vil ha stort behov for tilrettelagt kommunikasjon og tilrettelegging av informasjon som ordinært formidles via lyd.

### 2.3.3 Blinde/svaksynte

Blinde og svaksynte, uansett om de er født blinde eller blitt blinde, vil trenge tilrettelegging når det gjelder fysisk miljø (privat, arbeidsplass og i samfunnet for øvrig). Hvis synshemmingen er medfødt betyr dette mye for opplevelsen av omgivelsene, og for utviklingen av selvbildet. Mange blinde/svaksynte opplever en krise og mye sorg i forbindelse med synstap og kan trenge hjelp til å bearbeide denne sorgen. En som blir synshemmet etter å ha levd med syn, får et annet forhold til lydinntrykkene, men vil antakelig trenge mer hjelp til å akseptere synstapet enn en som aldri har sett sine omgivelser. Blindeforbundet kan være til hjelp med ulike støttetiltak for denne målgruppen.

### 2.3.4 Psykisk utviklingshemmede

Vi har i vår kommune valgt å bruke følgende definisjon av psykisk utviklingshemmet: "Psykisk utviklingshemmet er en samlebetegnelse for en rekke forskjellige tilstander. Felles for disse tilstandene er at evnen til å lære, forstå og klare seg i samfunnet er mer eller mindre hemmet. Tilstanden er medfødt eller viser seg i tidlig alder". Psykisk utviklingshemming kan skyldes kromosomforstyrrelse, skade eller sykdom under eller før fødsel og andre årsaker av kjent eller ukjent årsak. Personer med utviklingshemming er ingen homogen gruppe, og hver enkelt trenger ulike typer hjelpetiltak tilpasset sine egne behov. Psykisk utviklingshemming er en egen diagnose.

### 2.3.5 Skjulte funksjonsnedsettelse

En person med *angst* for store forsamlinger med mennesker, vil ikke klare å benytte offentlige kommunikasjonsmidler og dermed oppleve seg selv som forflytningshemmet hvis det ikke finnes tilbud om "dør-til-dør" transport. Den samme personen vil også møte hindringer hvis de eneste butikkene i nærmiljøet er store kjøpesentre. Finnes det en nærbutikk, vil antagelig angsten oppleves mindre hemmende i denne sammenheng. En som har *matallergi* vil i liten grad oppleve seg selv som en med funksjonsnedsettelse hvis "riktig" mat er tilgjengelig. Men hvis det er nødvendig å ta med matpakke for

å kunne besøke familien eller være med venner på kafé, oppleves matallergien som nedsatt funksjonsevne.

En som får *astmaanfall* på grunn av tobakksrøyk har fått forbedret mulighet for samfunnsdeltagelse etter at røykeloven ble innført, men fortsatt vil mange bli hemmet ved at det røykes på tribuner under idrettsarrangementer, ved inngangsdører til arbeidsplasser o.s.v. Noen er så følsomme at det kan være farlig nok å reise på kollektive transportmidler hvor tobakksrøyken henger igjen i klærne på sidemannen. Personer med *hodeskader* (kognitive skader) som ikke har ført til synlige skader, har ofte vansker som skyldes konsentrasjonsproblemer og hukommelsessvikt. Hvis omgivelsene ikke kjenner til slike forhold, blir personen mer funksjonshemmet enn dersom det er kjent hva vedkommende trenger av hjelp.

Det er viktig å være klar over at mennesker med nedsatt funksjonsevne har samme grunnleggende behov som andre mennesker, som for eksempel behov for mat og behov for å ivareta personlig hygiene. Det er ikke behovene, men løsningene som er annerledes når det gjelder personer med nedsatt funksjonsevne. For at behovene skal oppfylles for mennesker med nedsatt funksjonsevne trengs det ofte kompensatoriske løsninger. Hvis samfunnet er godt tilrettelagt for alle, vil omfanget av nødvendige individuelle løsninger reduseres.

## **2.4 HVOR MANGE HAR NEDSATT FUNKSJONSEVNE?**

Det vil være vanskelig å tallfeste dette nøyaktig. Dette har sammenheng med at det vil være ulikt hvordan det enkelte menneske oppfatter seg selv og omgivelsene, selv med samme medisinske diagnose. Statistisk og ut ifra erfaringstall fra Aurskog-Høland kommune, vil planen omhandle ca 450 personer. Hovedfokuset må imidlertid være å jobbe systematisk og målrettet for at færrest mulig ser på seg selv som mennesker med nedsatt funksjonsevne. Dette stiller krav til alle Aurskog-Høland kommunes innbyggere, det politiske systemet og tjenesteapparatet, gjennom blant annet holdninger, universell utforming, og ”skreddersøm” i tjenestetilbudet.

## **2.5 RÅDET FOR MENNESKER MED NEDSATT FUNKSJONSEVNE**

Lov om representasjonsordning i kommuner og fylkeskommuner for mennesker med nedsatt funksjonsevne ble vedtatt av Stortinget 17.juni 2005. Etter denne loven skal alle kommuner ha et råd eller annen representasjonsordning for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Etter § 1 i denne loven skal kommunen sørge for at mennesker med nedsatt funksjonsevne blir sikret åpen, bred og tilgjengelig medvirkning i arbeidet med saker som er særlig viktige for denne gruppen. Dette gjelder arbeid mot diskriminering på grunnlag av bl.a. likeverd og tilgjengelighet, for mennesker med nedsatt funksjonsevne. For å sikre dette skal det opprettes råd eller annen representasjonsordning for mennesker med nedsatt funksjonsevne. I Aurskog-Høland kommune er det opprettet råd, med tre politisk oppnevnte representanter, og tre representanter oppnevnt fra brukerorganisasjoner. Det er kommunestyret som vedtar rådets mandat og sammensetning.

### **3.0 BETRAKTNINGER RUNDT MENNESKER MED NEDSATT FUNKSJONSEVNE SOM MÅLGRUPPE**

#### **3.1 VERDIGRUNNLAGET**

Verdigrunnlaget for den samlede politikken for mennesker med nedsatt funksjonsevne i Norge er *et samfunn for alle*. For å lykkes, er det nødvendig med solidaritet og felles forståelse av hva som må til for at samfunnet ikke utestenger noen. Mennesker med funksjonsnedsettelse, deres pårørende og interesseorganisasjonene har spilt en vesentlig rolle som pådrivere i denne utviklingen. De sosiale velferdsordningene skal gi trygghet mot tap av inntekt, og sikre den enkelte hjelp og omsorg når behovet melder seg. Regjeringens mål er å utvikle et tryggere og mer rettferdig samfunn med arbeid til alle, sikring ved nedsatt funksjonsevne og økt livskvalitet for den enkelte.

#### **3.2 SAMFUNNETS KRAV**

En viktig forutsetning for å nærme seg målet om full deltaking og likestilling er at *samfunnet* må endres for å ivareta mennesker med nedsatt funksjonsevnes behov. Allerede i den første handlingsplanen til Regjeringen ble det formulert et utvidet tilgjengelighetsbegrep, der fokus ble utvidet fra å gjelde fysisk tilgjengelighet, til også å omfatte tilgjengelighet til andre samfunnsområder som informasjon, kultur, friluftsliv, arbeid, transport og utdanning.

Det at mennesker med nedsatt funksjonsevne fortsatt omtales som “de funksjonshemmede” viser at folk flest oppfatter dem som tilhørende en annen gruppe enn dem selv. Behovet for tilrettelegging blir vurdert som en sær gruppes behov, ikke fellesskapets behov. Å tilrettelegge blir dessuten sett på som svært kostnadskrevende, og det blir ofte vurdert opp mot en antagelse om at antallet det skal tilrettelegges for, er lite.

#### **3.3 NEDSATT FUNKSJONSEVNE - IKKE “DE” MEN “VI”**

En viss prosentvis andel av befolkningen er til enhver tid mennesker med funksjonsnedsettelse, og de aller fleste av oss vil på et tidspunkt i livet være en del av denne befolkningsgruppa.

Tilrettelegging vil, dersom en tar hensyn til mennesker med funksjonsnedsettelse allerede i planleggingsfasen, ikke nødvendigvis medføre store ekstra kostnader. Ved å tilrettelegge samfunnet for deltagelse, legger vi opp til egenaktivitet og dermed egenrehabilitering, og vi får som konsekvens store ressurser gratis, nemlig brukernes egne. Dette er en viktig oppgave som det bør arbeides med i planperioden, og som kommunens ledelse må ta en bevisst stilling til. Et samfunn som er tilrettelagt for alle mennesker, både i fysisk utforming og i måten det møter innbyggerne på, vil være et godt samfunn for *alle* innbyggere. Et fysisk godt utformet miljø kommer også barn, småbarnsforeldre, eldre og mennesker som har fått midlertidige skader, til gode.

#### **3.4 UTFORDRINGER**

Definisjonen av nedsatt funksjonsevne er et godt utgangspunkt for å forstå de utfordringene mennesker med nedsatt funksjonsevne stiller samfunnet overfor.

Nedsatt funksjonsevne er definert som et misforhold mellom individets forutsetninger og miljøets og samfunnets krav til funksjon på områder som er vesentlige for etablering og opprettholdelse av selvstendighet og sosial tilværelse. Definisjonen beskriver samspeillet mellom to størrelser: individet

med sine forutsetninger og samfunnet som omgir individet. Deres mulighet for deltakelse og likestilling forutsetter at gapet mellom forutsetninger og krav gjøres mindre. Dette kan skje ved at den enkeltes funksjonsevne kompenseres gjennom *individrettede tiltak* av økonomisk, medisinsk, teknisk og praktisk art. Det kan også skje ved at *samfunnet endrer sine krav*, gjennom å tilrettelegge omgivelsene på en slik måte at det enkelte menneske i minst mulig grad hindres i sin deltakelse.

I den norske velferdspolitikken er det lagt vesentlig vekt på utvidelse av individuelle støtteordninger. Dette er støtte som gis til enkeltpersoner som fyller de krav som stilles for å komme inn under ordningene. Statlig nivå omfatter forskjellige økonomiske stønader, som grunn- og hjelpestønad, støtte ved sykdom, attføring og rehabilitering. De omfatter også andre typer tiltak som finansieres gjennom folketrygden, bl.a. støtte til tekniske hjelpemidler. I tillegg har NAV arbeidsrelaterte tiltak.

Mennesker med nedsatt funksjonsevne har de samme rettighetene som andre til å delta i vanlige kommunale tilbud i barnehager, skoler og fritidsaktiviteter. Der det er behov for det, suppleres de ordinære tjenestene med spesialiserte tiltak. Alle elever har rett til å gå i vanlig grunnskole, men noen elever har rett til spesialundervisning, som del av grunnskoletilbudet. Tilrettelagt transport for de med nedsatt funksjonsevne, er et supplement for brukere som ikke kan benytte det ordinære kollektivtransporttilbudet.

Når det gjelder individrettede tiltak, består utfordringene i å forbedre både *kvalitet og omfang av tjenestetilbudet*. De største utfordringene i forhold til kvalitet er knyttet til å gjøre de individrettede tiltakene "mer individuelle", dvs. bedre tilpasset den enkelte bruker. Dette kan blant annet gjøres ved å gi brukerne større innflytelse på utformingen av sine egne tiltak. Det er en utfordring å skape en samordnet og forpliktende helhetlig utvikling av tjenestetilbudet og samfunnstilretteleggingen på tvers av enhetsgrenser. Dette er både en faglig og en politisk utfordring. Et samordnet tjenestetilbud forutsetter både samarbeid mellom de ulike instansene som gir tjenester i kommunen, og mellom de ulike nivåene kommune, fylke og stat.

### 3.5 NASJONALE MÅL

Det *overordnede målet* for den norske politikken for funksjonshemmede har helt fra 1981 vært "Full deltaking og likestilling". Dette er i samsvar med mottoet for FNs internasjonale år for mennesker med nedsatt funksjonsevne og det gjenspeiler den retningsgivende filosofi som ligger til grunn for "FNs standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemming".

Levekårene til mennesker med nedsatt funksjonsevne preges av at de i ulik grad og på forskjellige livs områder møter hindringer for sin livsutfoldelse. Regjeringen er opptatt av at alle mennesker skal ha reelle muligheter for å delta i arbeidslivet og i kulturlivet på lik linje med andre. Alle må få anledning til å bidra og ha innflytelse på fellesskapet. Både arbeidsmarkedet og samfunnet for øvrig stilles overfor store utfordringer på dette området. Ikke bare tilrettelagt arbeidsplass, men også tilrettelagt transport, bolig, utdanning og kulturtilbud er nødvendig for å nå disse viktige målene. Vi viser her til NOU 2005:8 "Likeverd og tilgjengelighet", som omhandler rettslig vern mot diskriminering på grunnlag av nedsatt funksjonsevne og bedret tilgjengelighet for alle.

## **4.0 SITUASJONSBESKRIVELSE**

I situasjonsbeskrivelsen presenteres de ulike sektorers tiltak og tjenester i forhold til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Beskrivelsen bygger på en analyse av nå situasjon og antatt fremtidige behov.

Materialet som ligger til grunn for beskrivelsen er basert på kvantitative størrelser; antall henvendelser og søknader og mer kvalitative vurderinger, arbeidsgruppens egne kunnskaper og erfaringer i forhold til målgruppen. Situasjonsbeskrivelsen danner grunnlag for satsingsområder og tiltak i planperioden.

Tallmaterialet bygger på at en og samme person kan være bruker av flere tjenester samtidig, og personen vil dermed være medregnet i beskrivelsen fra flere sektorer og virksomheter.

## **4.1 SEKTOR OPPVEKST OG UTDANNING**

Sektoren består av alle grunnskoler, alle barnehager, voksenopplæring, barnevern, helsestasjon og ppt.

### **4.1.1 Lover som styrer tiltak og tjenester til barn og ungdom med nedsatt funksjonsevne**

#### **Barnehage**

Barn med nedsatt funksjonsevne har rett til prioritet ved opptak i barnehage (Barnehageloven § 13), og det skal foreligge en sakkyndig vurdering dersom barnet har nedsatt funksjonsevne.

Begrepet nedsatt funksjonsevne omfatter ulike fysiske funksjonsnedsettelse, utviklingshemming, språk- og talevansker, adferdsvansker og psykiske lidelser. Ikke enhver funksjonsnedsettelse gir rett til fortrinn ved opptak. En sakkyndig instans må vurdere om funksjonsnedsettelse og dens konsekvenser for barnet skaper et større behov for barnehageplass enn for førskolebarn ellers, jf. Merknader til barnehageloven § 13.

Barn med prioritet har rett til barnehageplass (Barnehageloven § 13, tredje ledd)

#### **Grunnskole**

Alle barn i grunnskolealder har rett og plikt til opplæring (opplæringsloven § 2-1). Opplæringen skal tilpasses evnene og forutsetningene hos den enkelte elev (opplæringsloven § 1-3).

Elever som ikke har, eller vil kunne få tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet, har rett til spesialundervisning (opplæringsloven § 5-1).

Grunnskoleelever har rett til å gå på den skolen som ligger nærmest eller ved den skolen i nærmiljøet som de sokner til..... Etter søknad kan eleven tas inn på annen skole enn den eleven sokner til (opplæringsloven § 8-1)

Aurskog-Høland kommune har interkommunalt samarbeid med Nes og Sørums kommuner om Skåningsrud skole og ressurscenter, hvor Aurskog-Høland har 12 elevplasser. Her kan elever etter søknad få plass.

#### **Voksenopplæring**

Etter opplæringsloven § 4A-1 har voksne rett til grunnskoleopplæring;” Dei som er over opplæringspliktig alder og som treng grunnskoleopplæring, har rett til slik opplæring, så langt dei har rett til vidaregåande opplæring etter § 3-1: Retten til opplæring omfattar til vanleg dei faga ein treng for å få vitnemål for fullført grunnskoleopplæring for vaksne. Opplæringa skal tilpassast behovet til den enkelte. Opplæringa og undervisningsmateriellet er gratis.”

Og §4A-2: ”Voksne som ikkje har eller som ikkje kan få tilfredstillande utbytte av det ordinære opplæringsstilbudet for voksne, har rett til spesialundervisning.

Voksne som har særlege behov for opplæring for å kunne utvikle eller halde vedlike grunnleggjande dugleik, har rett til slik opplæring.”

Voksne med rett til opplæring etter § 4 A-1 og 4A-2 har også rett til rådgivning for å kartlegge hvilke tilbud den voksne har behov for.

## Opplæringsloven

Spesialpedagogisk hjelp - førskolealder

Retten til spesialpedagogisk hjelp gjelder også for barn under opplæringspliktig alder

(opplæringsloven § 5-7).

**Lov om barneverntjenester** gjelder i forhold til alle barn mellom 0-18 år, i særlige tilfeller fram til 23 år. Lov om barneverntjenester inneholder en særskilt paragraf for barn med særlige behandlings og opplæringsbehov. Dette er § 4-11 og lyder: ” Dersom foreldrene ikke sørger for at et funksjonshemmet eller spesielt hjelpetrengende barn får dekket særlige behov for behandling og opplæring, kan fylkesnemda vedta at barnet skal behandles eller få opplæring med bistand fra barneverntjenesten”.

**Lov om helsetjenesten i kommunene av 19.11.1982 nr. 66, § 1-1** Kommunens ansvar for helsetjeneste: Loven pålegger kommunene å sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller oppholder seg midlertidig i kommunen. § 1-2 Helsetjenestens formål: Kommunene skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel, sunnhet og folkehelsen generelt.

Lov om helsetjenesten i kommunene § 1-3: Kommunens helsetjeneste skal omfatte følgende oppgaver:

1. Fremme helse og forebygging av sykdom, skade eller lyte. Tiltak med dette for øye organiseres som:
  - a. miljørettet helsevern
  - b. helsestasjonsvirksomhet
  - c. helsetjenester i skoler
  - d. opplysningsvirksomhet
2. Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte
3. Medisinsk (re)habilitering
4. Pleie og omsorg

For å løse de oppgaver som er nevnt over, skal kommunen sørge for disse deltjenestene:

1. allmennlegetjeneste, herunder også legevaktordning
2. fysioterapitjeneste
3. sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie
4. sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie
5. jordmortjeneste.

Kommunene kan organisere disse tjenestene ved å ansette personell i kommunale stillinger, eller ved å inngå avtaler med personell om privat helsevirksomhet som nevnt i § 4 - 1. Kommunehelseoven

definerer ikke omfanget av tilbudet, dvs. at det ikke er satt kvantitative krav til tjenestene. Der forholdene ligger til rette og det vurderes hensiktsmessig, kan kommunen også organisere ergoterapi og bedriftshelsetjeneste. § 1-4 Planlegging, informasjon og samordning: Kommunen skal planlegge disse tjenestene; herunder helsetjeneste ved bedrifter og ved primærnæring i kommunen, i samsvar med lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene. Kommunens helsetjeneste skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne.

## Skolefritidsordning

Kommunen skal ha et tilbud om skolefritidsordning før og etter skoletid for 1. – 4. klassetrinn. Skolefritidsordningen skal legge til rette for lek, kultur- og fritidsaktiviteter med utgangspunkt i alder, funksjonsnivå og interesser hos barna. Skolefritidsordningen skal gi barna omsorg og tilsyn. Barn med nedsatt funksjonsevne skal gis gode utviklingsvilkår (opplæringsloven § 13-7). Videre er det forskriftsfestet at barn med nedsatt funksjonsevne fra 1.-7. klassetrinn omfattes av tilbudsordningen (forskrift om skolefritidsordning § 1.3).

### 4.1.2 Vurdering av nå-situasjonen for enhet barnehage og enhet grunnskole

TJENESTE	MÅLGRUPPE	ANTALL BRUKERE	UDEKKET BEHOV
Barnehage	- Alle barn med nedsatt funksjonsevne	Antall brukere totalt: 11 (Varierer fra år til år)	<p>Brukere med nedsatt funksjonsevne har et tilfredsstillende tilbud.</p> <p>Det er ikke tilrettelagt for ansatte/pårørende med nedsatt funksjonsevne, gjelder spesielt i de eldste barnehagene (Løken- og Aursmoen barnehage)</p>
Grunnskole	- Alle barn med nedsatt funksjonsevne	Antall brukere totalt:26 (Varierer fra år til år)	<p>Setskog skole; Har behov for HC toalett i 1. etasje</p> <p>Bråte skole; Heis fra u-trinn til b-trinn, for å komme til basseng/gym sal</p> <p>Universell utforming av skolene blir ivarettatt i rehabiliteringsplanen</p>
Skolefritidsordning (SFO)	- Alle barn med nedsatt funksjonsevne	Antall brukere totalt: 10 (Varierer fra år til år)	Se tabell for grunnskole
Voksenopplæring	- Unge og voksne med nedsatt funksjonsevne	Antall brukere totalt:18 (Varierer fra år til år)	

Det kan være vanskelig å trekke grenser for hvilken grad av vansker som må ligge til grunn for at barn og unge skal komme inn under definisjonen: “Funksjonshemming er et misforhold mellom individets forutsetninger og miljøets og samfunnets krav til funksjon på områder som er vesentlige for etablering og opprettholdelse av selvstendig og sosialt nettverk”.

Noen grupper er enkle å identifisere. Det gjelder syns- og hørselshemminger, kroniske sykdommer, bevegelsehemminger og psykisk utviklingshemming. For andre mer diffuse diagnoser som ulike syndromer, kan grenseoppgang være vanskelig, bl.a. i forhold til kvaliteten "et selvstendig og sosialt nettverk". Tallmaterialet som presenteres i tabell, baserer seg i vesentlig grad på søknader og/eller konsultasjoner. Alvorlig grad av lese- og skrivevansker og dysleksi kan til fulle være en funksjonshemming sett i forhold til "individets forutsetninger og miljøets og samfunnets krav til funksjon". Lese- og skrivevansker er likevel ikke tatt med i denne tabellen.

## **Barnehage**

Det er bygget to nye barnehager i Aurskog-Høland kommune den senere tid (Flatbyjordet og Festningsåsen barnehager), to barnehager er ombygd/rehabilitert (Bjørkely og Setskog barnehage). Kravene til universell utforming er ivaretatt.

Aurskog-Høland kommune har full barnehagedekning . Fra 1998 og fram til 2010 så har antall barn fordoblet seg, ca 900 barn pr.d.d. Med en økning i antall barnehageplasser vil antallet skjulte funksjonshemninger i barnehagene øke.

Barn under førskolealder som har særlig behov for spesialpedagogisk hjelp, har rett til slik hjelp (Opplæringsloven § 5-7). Barnehageåret 2009/2010 viser et behov 3 800 årstimer etter sakkyndig vurdering gitt av PP tjenesten.

Det er ansatt 1 fagleder som har spesialpedagogisk utdanning, i alle kommunale barnehager (7 stk.) som har som hovedformål å ivareta barn med funksjonshemminger og veilede personal og foreldre

## **Grunnskolen**

Skolebyggene i Aurskog-Høland kommune er under rehabilitering, jf. Rehabilitering skoler – plan av 17. april 2009. Kommunen har bestilt full gjennomgang av skolebygg for å kartlegge teknisk tilstand, kapasitet og funksjonalitet på de ulike skolene. Her blir kravene til universell utforming ivaretatt.

Grunnskolen i Aurskog-Høland kommunen har elever med både psykiske og fysiske funksjonsnedsettelse. De fleste av disse elevene har vedtak om spesialundervisning.

Enhver elev i norsk skole har rett til tilpasset opplæring. Elever som har krav på andre kompetansemål enn de læreplanen foreskriver, har rett til spesialundervisning. I forrige handlingsplan (2004) var behovet 6 700 årstimer med spesialundervisning etter sakkyndig vurdering gitt av PP tjenesten – skoleåret 2009/2010 viser 16 000 årstimer. (KOSTRA 2008; Andel elever i grunnskolen som får spesialundervisning er 5,4 %, her er ikke elever ved Skåningsrud medregnet.)

## **Voksenopplæring**

Det er i dag 18 voksne som får grunnskoletilbud. Av disse får 5 spesialundervisning etter § 4A-2 og kommer inn under kategorien nedsatt funksjonsevne.

Voksenopplæringen har høy formell og reell kompetanse i forhold til opplæring av elever med nedsatt funksjonsevne.

## **Skolefritidsordning**

SFO-ordningen er en viktig ordning for barn med nedsatt funksjonsevne på grunn av effekten av integrering og sosialisering.

### Helsestasjonstjenesten:

Helsestasjonen møter alle familier med nyfødte barn, og vil ofte være den instans som identifiserer kronisk syke eller barn med nedsatt funksjonsevne. Som en følge av dette vil det ofte være helsestasjonens personell som tar initiativ til å starte habiliteringsprosessen og opprette ansvarsgrupper. Se eget kapittel om (re)habilitering samt veileder for helsestasjonsvirksomheten.

Helsestasjon har et veiledningsansvar overfor foreldre/foresatte.

### Skolehelsetjenesten:

Skolehelsetjenesten har en viktig funksjon i (re)habilitering av barn med nedsatt funksjonsevne. Det er behov for både individrettede og miljørettede tiltak. Foreldre, ulike kommunale tjenester og evt. spesialisttjeneste er aktuelle samarbeidspartnere. Koordineringsansvaret må være fastlagt og gjort kjent for samarbeidspartene. Se veileder for skolehelsetjenesten og kap.5, pkt.5.3 organisering av habilitering/rehabilitering i denne planen.

#### 4.2.2 Vurdering av nåsituasjonen for helsesøstertjenesten.

TJENESTE	MÅLGRUPPE	ANTALL BRUKERE (VARIERENDE FRA ÅR TIL ÅR)	UDEKKET BEHOV
Helsesøster Tjenesten	Alle funksjonshemmede barn og unge	25 ansvarsgrupper/personer Brukere med komplekse funksjonsnedsettelse. Sitter i ansvarsgrupper for barn/ungdom	Mer tid til veiledning til foreldre til barn mrd funksjonsnedsettelse.

### Pedagogisk-psykologisk tjeneste

PP-tjenesten har sitt mandat under Opplæringsloven og tilbyr rådgivning, oppfølging og veiledning til våre brukere. Barn og unge med nedsatt funksjonsevne er en del av vår målgruppe. Vi samarbeider med foreldre, barnehagepersonale, lærere, skoleledelse og andre instanser om hvordan man kan tilrettelegge for en best mulig utvikling og opplærings situasjon for den enkelte. PP-tjenesten har et ønske om å arbeide forbyggende både på individ- og systemnivå, men har som primær oppgave å utarbeide sakkyndig vurdering der loven krever det. Hvis elever ikke har tilfredsstillende utbytte av ordinær undervisning, har de rett på spesialundervisning. PP-tjenesten utarbeider en anbefaling om hva slags undervisning eleven bør motta på grunnlag av en utredning. Barn under opplæringspliktig alder kan ha rett på spesialpedagogisk hjelp, og voksne som har særlige behov for opplæring for å kunne utvikle eller holde ved like en grunnleggende ferdighet, har rett på slik opplæring. Barnehage, skole eller voksenopplæring utarbeider så en individuell opplæringsplan der eleven har egne mål å jobbe mot.

PP-tjenesten bistår for øvrig den enkelte familie i arbeidet med individuell plan og bistår ved søknad om hjelpemidler. De deltar i ansvarsgrupper og utarbeider viderehenvisninger til andre kommunale og regionale instanser. Videre hjelper PP-tjenesten til med å søke om plass ved spesialskole eller videregående skole for elever med rett til særskilt inntak.

PP-tjenestens arbeid er todelt:

#### 1) Systemarbeid:

PP-tjenesten skal hjelpe skolen og barnehagen i arbeidet med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling for å legge opplæringen bedre til rette for elever og førskolebarn med særlige behov.

## 2) Individuelt

PP-tjenesten skal utarbeide sakkyndige vurderinger som grunnlag for vedtak om spesialundervisning for elever eller spesialpedagogisk hjelp til førskolebarn (jfr. Opplæringslova § 5-1 og §5-7).

PP-tjenesten består av 5 fagstillinger. Tjenesten har pr. i dag i underkant av 300 henvisninger. Av disse er det 84 personer med ulike funksjonshemninger som forventes fulgt opp. I foregående voksenopplæringsplan ble det påpekt at tilbudet fra tjenesten var en minimumsløsning i forhold til sakkyndighetsarbeid og veiledning til voksne. Tjenesten er ennå ikke personalmessig dimensjonert for dette arbeidet.

### 4.2.3 Vurdering av nåsituasjonen for PP-tjenesten

TJENESTE	MÅLGRUPPE	ANTALL BRUKERE	UDEKKET BEHOV
PP-tjeneste	- Alle funksjonshemmede	Antall brukere totalt pr 2010: 84	Underbemanning i forhold til sakkyndighetsarbeid, systemarbeid og veiledning

## 4.2 SEKTOR HELSE OG REHABILITERING

Sektoren består av Omsorg Aurskog, Omsorg Bjørkelangen, Omsorg Løken/Hemnes, Levekår, NAV og kommunelege.

### 4.2.1 Lovgrunnlag

Lov om sosiale tjenester § 4-3, De som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp etter § 4-2 bokstav a-e.

De sosiale tjenester skal omfatte

- Praktisk bistand og opplæring til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker,
- avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid,
- støttekontakt for personer og familier som har behov på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer,
- plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker,
- lønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid.

I tillegg til de lovpålagte tjenestene har boveiledertjenesten ansvar for å tilrettelegge arbeids- og aktivitetstilbud og transporten til arbeidssted for sine brukere.

**Lov om helsetjenesten i kommunene av 19.11.1982 nr. 66, § 1-1** Kommunens ansvar for helsetjeneste: Loven pålegger kommunene å sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller oppholder seg midlertidig i kommunen. § 1-2 Helsetjenestens formål: Kommunene skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den

enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel, sunnhet og folkehelsen generelt.

Lov om helsetjenesten i kommunene § 1-3: Kommunens helsetjeneste skal omfatte følgende oppgaver:

2. Fremme helse og forebygging av sykdom, skade eller lyte. Tiltak med dette for øye organiseres som:
  - a. miljørettet helsevern
  - b. helsestasjonsvirksomhet
  - c. helsetjenester i skoler
  - d. opplysningsvirksomhet
2. Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte
3. Medisinsk (re)habilitering
4. Pleie og omsorg

For å løse de oppgaver som er nevnt over, skal kommunen sørge for disse deltjenestene:

6. allmennlegetjeneste, herunder også legevaktordning
7. fysioterapitjeneste
8. sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie
9. sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie
10. jordmortjeneste.

Kommunene kan organisere disse tjenestene ved å ansette personell i kommunale stillinger, eller ved å inngå avtaler med personell om privat helsevirksomhet som nevnt i § 4 - 1. Kommunehelseoven definerer ikke omfanget av tilbudet, dvs. at det ikke er satt kvantitative krav til tjenestene. Der forholdene ligger til rette og det vurderes hensiktsmessig, kan kommunen også organisere ergoterapi og bedriftshelsetjeneste. § 1-4 Planlegging, informasjon og samordning: Kommunen skal planlegge disse tjenestene; herunder helsetjeneste ved bedrifter og ved primærnæring i kommunen, i samsvar med lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene. Kommunens helsetjeneste skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne.

#### 4.2.4 Tjenester til mennesker med nedsatt funksjonsevne

TJENESTE	MÅLGRUPPE	ANTALL BRUKERE PER D.D. (VARIERER FRA ÅR TIL ÅR)	UDEKKET BEHOV
Støttekontakt	Alle grupper	Antall brukere totalt: 12	Lovpålagt tjeneste. Utfordring å skaffe egnede personer og i tillegg klare forvaltningsfrister Det kan ta inntil 6 mnd. å skaffe egnede støttekontakter.
Botilbud	- Psyk. utv.hem	Antall brukere totalt: 21(komm. bolig) 5 (annet botilb.)	Det er pr. d.d. 11/maks 20 P.U. som trenger bolig i planperioden (ikke medregnet barn eller tilflytninger). De som er født fra og med 1996 og eldre er talt med.
Avlastning	Alle grupper	Antall brukere totalt: 20 (økende antall)	Lovpålagt tjeneste. Det kan ta inntil 6 mnd. å skaffe egnede avlastere. For liten kapasitet i avlastningsboligen.
Transport	-Psyk.utv.hemmed med spesielle behov for tilrettelagt transport til arbeid/aktivitetstilbud og til sosiale formål	Antall brukere totalt: 26 (ikke i stand til å kjøre kollektivt)	Kommunens store geografiske utstrekning medfører et behov for transportordninger til psy.utv.hem. i forhold til arbeid og fritid. Kjøring til/fra jobb ved en VTA-bedrift bør skje av to sjåfører/biler.

Bistand i bolig	- Psyk.utv.hem - Fysisk funk.	Antall brukere totalt: 26 (økende antall)	Personaloppdekkingen i boligene mangler ressurser til individuell fritidsoppfølging. Se egen sak vedr. p.u.
Personlig assistent	- Bevegelseshemmede - Hørselshemmede - Synshemmede - Skjulte funksjonshemm.	Antall brukere totalt: 14 (økende antall)	Erfaring viser at kommunen bør planlegge at det kommer gjennomsnittlig 3-4 nye brukere pr. år i planperioden.
Arbeids-aktivitetstilbud	Alle grupper	28 VTA-plasser Neverstua 25 VTA-plasser ASVO	Alle søknader om arbeid skal gå via NAV. År 2012=4 nye brukere År 2013=2 nye brukere År 2014=2 nye brukere År 2015=2 nye brukere
Utdanning/ Kompetanse	Alle grupper	Boveiledertjenestene: - 9,5 årsv. m/høysk.utd. - 10,5 årsv. miljø. arb. - 10 årsv. ufaglærte	Trenger flere ansatte med høyskole - kompetanse i boveiledertjenestene, jmf. Fylkesmannens krav til utdanning overfor mennesker med psykisk utviklingshemming.
Koordinator	- BPA - Støttekontakt - Avlastning - Omsorgslønn - IP(ansvarsgr /opplæring) - Arbeidstilbud (transport) - Saksbehandling	100 brukere + oppfølging av ansatte (økende antall hendelser)	Området er for stort for en 100 % stilling Bør utvides med en 100% stilling, dvs 2 koordinatører. En for habilitering og en for rehabilitering.
Omsorgslønn	Alle grupper	12	Antallet holder seg forholdsvis konstant.

## Støttekontakter

Støttekontakt er en individuell tjeneste for brukere med utgangspunkt i den enkeltes behov. Støttekontaktilbudet er hjemlet i sosialtjenestelovens § 4-2 c.

Det er en stor utfordring i å skaffe nok egnede personer til disse tjenestene. Her kan en mulighet være å lønne den enkelte støttekontakt ut fra ansiennitet og utdanning. Dette er en viktig ordning for barn/unge og voksne nettopp for at den enkelte bruker skal kunne oppleve å kunne delta på sine premisser i fritiden.

## Bo-tilbudene

Kommunen har tilrettelagte botilbud for mennesker med nedsatt funksjonsevne, herunder boliger for fysisk funksjonshemmede (4 boenheter, skal organiseres fra omsorg Aurskog fra 01.08.09), boliger for psykisk utviklingshemmede (18 boenheter) og boliger for personer med psykiske lidelser (6 boenheter). Utfordringen videre er å få bygget boliger for psykisk utviklingshemmede. Det bør bygges inntil 10 boenheter for PU. Utreddes i egen sak i 2011 (herunder beliggenhet, boform, etc.).

Det er viktig at foreldre/foresatte opplever at kommunen har et botilbud til de som har behov for bolig og som ikke klarer å skaffe seg det selv. Her må en se sammenhengen mellom avlastningsbehovet og det at den enkelte bruker kan oppleve det å flytte i egen bolig slik andre unge gjør (dvs. fra de fyller 18 år).

## Avlastning

Tiltaket er todelt, dvs. avlastning i hjemmet og avlastning i kommunal avlastningsbolig som ligger i tilknytning til boligene i Poppelveien på Bjørkelangen.

Hovedsakelig er det barn (psykisk utviklingshemmede), som bor hos sine foreldre/foresatte, som mottar avlastning i den kommunale avlastningsboligen.

Avlastningsbehovet og hvor avlastningsboligen skal ligge (geografisk), bør utredes i egen sak sammen med behovet for flere boenheter for psykisk utviklingshemmede. En utvidelse av kapasiteten av en avlastningsbolig vil også medføre at kommunen kan ha flere brukere i/med samme alder/interesser samtidig og at bistandskrevende barn kan bo hjemme lengst mulig før de flytter ut i egne boliger.

En ser en gradvis økning av avlastningsbehov, flere brukere og behov for flere timer. Det er også en klar dreining fra bruk av hjemmeavlastning til bruk av avlastningsboligen i Poppelveien, spesielt for barn. Dette medfører økte kostnader knyttet til avlønning. Avlastningsboligen har begrensninger i forhold til antall brukere som kan benytte denne samtidig. Boligen har to soverom og ett bad.

Hjemmeavlastere og avlastere i avlastningsboligen har forskjellig avlønning, hjemmeavlastere har en fast sats for sine oppdrag, mens ansatte i avlastningsboligen er timelønnet.

Avlastere bør lønnes etter ansiennitet og etter relevant kompetanse avhengig av brukerens behov.

## Transport

Søknader vedrørende TT-ordningen (transport tjeneste- ordningen) skal behandles av SL (Stor-Oslo lokaltrafikk).

Kommunen eier 3 minibusser. Disse bilene er tilknyttet boveiledertjenestene, en på hvert sted og en på Linåkerveien ressurscenter. Ordningen er viktig spesielt for denne målgruppen, da flere av beboerne har en slik atferd at de ikke kan benytte offentlig kommunikasjonsmiddel eller drosje. Bilene benyttes også på kveldstid til de samme brukerne til sosiale formål. Minibussen ved boveiledertjenesten Løken er planlagt utskiftet i planperioden.

Kommunen har et ansvar for transport til og fra VTA-bedriftene, der brukerne selv ikke er i stand til selv å komme seg dit pga. sin funksjonshemming.

Kommunen har i dag en 50 % stilling til transport. Stillingen er for liten til å dekke behovet for antall brukere med transportbehov. Det bør opprettes en 50 % stilling i tillegg som benytter en av de andre kommunale bilene.

## Bistand i bolig

Boveiledertjenesten gir bistand i bolig til 22 personer med psykisk utviklingshemming. Flere funksjonshemmede med psykisk utviklingshemming ønsker botilbud der de allerede har en tilknytning i forhold til jobb, venner, fritidstilbud, etc.

Bemanningen i boligene er beregnet ut fra at beboerne har et arbeid/skole tilbud hver virkedag. Behovet for bemanningen øker når arbeid/skoletilbud blir redusert, fordi det medfører at beboerne blir værende i boligen på dagtid. Dette medfører igjen at det blir mindre personalressurser til resten av døgnet. Det er spesielt vanskelig at den enkelte beboer får delta på ulike arrangementer da personalressursene er slik at et personale må ha flere beboere med seg. Det bør være slik at den enkelte beboer selv må få bestemme hva slags fritidstilbud han/hun skal ha.

Utredning vedrørende grunnbemanning i boligene, fremmes som egen politisk sak, jamfør tidligere politisk vedtak.

Bistand i bolig til andre, dvs. fysisk funksjonshemmede, blir gitt av: hjemmetjenesten, brukerstyrt personlig assistent eller en kombinasjon av flere tiltak. Psykisk utviklingshemmede, trafikkskadde og personer med akutte sykdommer trenger ofte store bistandsressurser ved flytting til egen bolig.

## **Brukerstyrt personlig assistent**

Personlig assistentordningen er en lovpålagt tjeneste på lik linje med bistand i bolig, støttekontakt, avlastning, etc. og har derfor kommet inn under samme paragrafen i lov om sosiale tjenester, § 4-2, bokstav a.

Det er en stor utfordring å rekruttere egnede personer som kan tenke seg å jobbe på denne måten. Brukerstyrt personlig assistent er tenkt til de personer som har sammensatte behov av et visst omfang. Dette for at det skal kunne være færrest mulig bistandsyttere rundt bruker og for at bruker skal kunne påvirke innholdet i tjenesten. Ordningen er i all hovedsak tenkt for de brukerne eller deres foresatte som selv kan organisere denne ordningen.

Organiseringsmodellen kan deles i tre:

- a) bruker er arbeidsleder og arbeidsgiver
- b) bruker er arbeidsleder og kommunen er arbeidsgiver
- c) bruker er arbeidsleder og arbeidsgiverrollen kan settes bort til andre å organisere

Bokstav a) vil det være svært få av, da det krever mye organisering av bruker. Bokstav b) er ordningen som benyttes for de fleste. Ordning c) benyttes i liten grad.

Det har i perioden 2005-2010 vært en fordobling av antall vedtak. Det skyldes at ordningen har blitt bedre kjent blant brukerne og at det reelle behovet er økende. Mange bruker ønsker Brukerstyrt personlig assistent, da denne modellen oppleves som mer hensiktsmessig for brukeren. Antall brukere pr. år med denne ordningen er vanskelig å forutsi, da det avhenger av mange ukjente faktorer (tilflytting, plutselig sykdom, ulykker etc.).

Brukerstyrt personlig assistent, er en ordning som ofte må sees i sammenheng med hjemmebaserte tjenester, slik at en syr sammen et mest mulig helhetlig tilbud for den enkelte. Dette fordrer et godt og tett samarbeid mellom omsorgsenhetene og enhet familie og levekår.

## **Omsorgslønn:**

Omsorgslønn er en lovpålagt tjeneste hjemlet i lov om sosiale tjenester § 4-3, hjelp til dem som ikke kan dra omsorg for seg selv.

De som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp etter § 4-2 bokstav a-e.

I henhold til lov om sosiale tjenester § 4-2 e, kan de som har særlig tyngende omsorgsarbeid innvilges omsorgslønn.

Saksbehandlingen av omsorgslønn er lagt til enhet familie og levekår, men omsorgslønn og vurderingen av denne må sees i sammenheng med øvrige omsorgstjenester. Dette fordrer et godt og tett samarbeid mellom omsorgsenhetene og enhet Familie og levekår.

## **Utdanning/kompetanse**

Det vil bli en utfordring å få kvalifisert personell inn i ledige stillinger i boveiledertjenestene. Det å beholde stabilitet og samtidig øke formell kompetanse hos de som allerede jobber i tjenesten, bør prioriteres. Da det har kommet en lov om bruk av makt og tvang, inn i sosialtjenesteloven, ovenfor personer med psykisk utviklingshemming, § 4 A, så vil kravet til formell kompetanse bare bli viktigere.

Utdanning/skolering av støttekontakter og avlastere vil bli viktig, spesielt innen områdene psykiatri, psykisk utviklingshemmede, og mennesker med andre funksjonsnedsettelse. Bruk av individuell plan vil være et viktig verktøy for å sikre samordnede tjenester.

Samhandlingsreformen vil medføre at kommunen vil trenge mer spisskompetanse innen enkelte områder innen sektor helse og rehabilitering. Dette må synliggjøres i kompetanseplanen for kommunen og i sektoren.

For øvrig vises det til punktet kompetanse i utredning vedrørende grunnbemanning i boligene, som fremmes som egen politisk sak, jamfør tidligere politisk vedtak.

### **Arbeidstilbud for mennesker med nedsatt funksjonsevne, herunder varig tilrettelagte arbeidsplasser (VTA)**

Formål og målgruppe med bedrifter underlagt NAV (NAV-Aurskog-Høland består av tidligere trygd, arbeid og sosialkontor):

- a) **Arbeidsmarkedsbedriftene** er ett av flere virkemidler NAV har for attføring av yrkeshemmede arbeidssøkende.  
Den primære målsetting er attføring gjennom arbeidstrening og kvalifisering med sikte på ordinært arbeid eller utdanning. Bedriftene skal gi tilbud om avklaring med sikte på videre utdanning, attføring og yrkesvalg. Bedriftene kan gi tilbud om varig sysselsetting til yrkeshemmede arbeidstakere som har liten mulighet til å få arbeid i ordinært arbeidsliv. Muligheten for yrkesmessig attføring skal likevel vurderes.
- b) **VTA bedrifter (VTA= varig tilrettelagt arbeidsplass)** skal ha til formål å skape varige arbeidsplasser tilpasset yrkeshemmede som ikke uten videre kan nyttiggjøre seg andre arbeidstilbud. Grunnlaget for sysselsettingen skal baseres på fremstilling av varer og tjenester for det ordinære markedet. Sysselsettingen skal bidra til å kvalifisere og utvikle ressurser hos de yrkeshemmede. Muligheten for yrkesmessig attføring skal også her kunne vurderes.  
Målgruppen for bedriften er yrkeshemmede som av ulike årsaker ikke uten videre kan formidles til ordinært arbeid eller arbeidsmarkedsetaten øvrige tilbud. Den yrkeshemmede må kunne utføre arbeid i henhold til formålet og må ha fått innvilget, eller ha rettigheter til uførepensjon eller andre trygdeytelser som attføring og lignende.

Aurskog-Høland kommune og NAV samarbeider om å tilrettelegge arbeidstilbud for funksjonshemmede. Det blir gitt kommunalt tilskudd til ASVO-Bjørkelangen for 25 plasser. Neverstua a/s får et kommunalt tilskudd for 28 plasser.

### **Inntaksforholdet til ASVO - Bjørkelangen og Neverstua AS**

Det er NAV Aurskog-Høland som styrer inntaket av søkere til bedriftene. Der det er bistandskrevende personer som søker om jobb, er det viktig at NAV og bedriftene samarbeider med kommunen på et tidligst mulig stadium for å sikre at de som til enhver tid krever tilrettelagt arbeid får det, enten i regi av NAV, i kommunen eller i et samarbeide økonomisk mellom kommune og NAV.

### **Arbeids/aktivitetstilbud (varig tilrettelagte arbeidsplasser = VTA-plasser)**

ASVO-Bjørkelangen er en VTA-bedrift (varig tilrettelagte arbeidsplasser), og har 25 plasser som kommunen medfinansierer (37,5 % av NAV tilskuddet).

Neverstua A/S er en VTA-bedrift (varig tilrettelagte arbeidsplasser) med 28 plasser som kommunen medfinansierer (75 % av NAV tilskuddet og for 7 av plassene 100% av NAV tilskuddet). Totalt antall plasser blir da 53 VTA-plasser.

I tillegg til eksisterende arbeidsplasser ved ASVO og Neverstua A/S vil det være behov for 6 nye plasser

i planperioden. Dette tallet baserer seg på de brukerne som kommunen i dag kjenner til.

Aurskog-Høland kommune har ikke et eget kommunalt arbeids-/aktivitetscenter, men det foreligger arbeidsplasser i regi av NAV, som Norasonde på Bjørkelangen (tidligere Nipro), Leikvin på Løken, ASVO på Bjørkelangen og Neverstua A/S på Løken.

Kommunen står foran en utfordring da det allerede i år 2011 vil være behov for 4 nye plasser i tillegg til de eksisterende. Behovet kan dekkes ved at kommunen bygger opp et eget arbeids- og aktivitetscenter eller en bør vurdere å forhandle med NAV og arbeidsmarkedsbedrifter i kommunen om bruk av plasser/lokaler til bistandskrevende arbeidstakere. På denne måten kan en nyttiggjøre seg den kompetanse som ligger i arbeidsmarkedsbedrifter angående tilrettelegging av arbeidsoppgaver, samtidig som arbeidsmiljøet for de ansatte vil være mer varierende.

Kommunen ønsker ikke å drifte/bygge opp et eget dagsenter for denne målgruppen i perioden, men vil heller legge vekt på en god dialog med NAV når det gjelder bruk av plasser og lokaliteter. Kommunen har derfor et ansvar for, sammen med NAV, at alle innbyggerne i kommunen som fyller vilkåret om en VTA-plass, kan få et arbeidstilbud. Det betyr at kommunen må avsette midler til kjøp av plasser utenfor eksisterende ramme på 53 plasser og at bistandsbehovet for den enkelte søker blir vurdert.

#### 4.2.5 Vurderte behov i planperioden

SATSINGSOMRÅDE	TILTAK	ANSVAR	KOSTNADER I PLANPERIODEN
<b>Drift:</b>			
Støttekontakt	Øke lønnen, fra l.tr. 2 til assistentramme, maks l.tr.19	Levekår	50.000-
Avlastning	Øke lønnen, fra l.tr. 15 (assistentramme), til lønn ut ifra ansiennitet og kompetanse. Og å møte nye utfordringer i perioden	Levekår	600 000,-
Bistand i bolig	Grunnbemannning i boligene for P. U- se egen politisk sak	Levekår	2,1.mill
Personlig assistent	Kunne møte en etterspørsel etter personlig assistent til fysisk funksjonshemmede.	Levekår	1,2 mill
Arbeids og aktivitetstilbud	Kjøp av plasser ved eksisterende VTA-bedrifter	Levekår	1,75mill
Utdanning/ kompetanse	Skolere: - Støttekontakter - Avlastere	Levekår	100.000,-
<b>Sum økning drift:</b>			<b>5.45 mill</b>
<b>Kjøp av utstyr / investeringer:</b>			
Botilbud, 10 enheter(Pu) Avlastningsplasser (pu)	Bygge leiligheter for 10 psyk. utv.hem. personer og avlastningsplasser Utredes og fremmes som egen politisk sak.	Levekår/Plan og utv.	
Transport	Innkjøp av ny minibuss for transport til Boveiltj. 2011		
<b>Sum kjøp av utstyr/ investeringer</b>			<b>5,45mill</b>

#### 4.2.6 Psykiatri/rehabilitering

##### 4.2.6.1 Vurdering av nåsituasjonen for psykiatri/rehabilitering

TJENESTE	MÅLGRUPPE	ANTALL BRUKERE	UDEKKET BEHOV

Ergoterapi	Alle barn og voksne	Antall brukere totalt: 261 Antall brukere over 67 år: 148 Antall brukere under 67 år: 113 Antall henvendelser: 715	Venteliste Pr 01.01.09: 57 henvendelser. Udekket behov: se beskrivelse.
Kommunal Fysioterapi	Alle barn og voksne	Antall brukere totalt :100 Antall brukere over 67år: 63 Antall brukere under 67 år: 37	Se fysioplan

## Fysioterapi

Fysioterapeutene i kommunen yter tjenester til innbyggere i alle aldersgrupper og med ulike varige funksjonsnedsettelse. Det sentrale aspekt ved virksomheten er at fysioterapeuter har det fysiske som sitt arbeidsområde. Fysioterapeutens hovedfunksjoner kan kort summeres som følgende:

- Den forebyggende funksjon, som baseres på tiltak for å fremme helse generelt og hindre at sykdom og lidelser oppstår.
- Den fysioterapeutiske undersøkelses- og behandlingsprosessen foregår individuelt og i grupper, og er basert på en mellommenneskelig, en problemløsende og en ressursorientert tilnærming
- Den (re)habiliterende funksjonen integrerer behandlende, forebyggende og flerfaglige tilnærming og arbeidsmåter.

Tjenesten er også omtalt i kapittelet habilitering/rehabilitering. Det er egen fysioterapiplan under utarbeidelse, den er tenkt å gjelde for perioden 2011 til 2015.

## Kommunefysioterapi

Siden forrige rullering av handlingsplan for mennesker med nedsatt funksjonsevne, har det blitt flere innbyggere i kommunen og flere personer med multiple funksjonsnedsettelse som har stort behov for fysioterapi. Det har ikke vært økning av fysioterapivolumet i samme periode. Det har blitt en dreining i vår virksomhet mot yngre med funksjonsnedsettelse, som ofte ikke har kapasitet til å nyttiggjøre seg av privatpraktiserende fysioterapitilbud. Sykehjemspasienter og hjemmeboende har fått mindre fysioterapiressurser og kvalitativt dårligere fysioterapitilbud som følge av dette. Ved forrige rullering ble det presisert at pasienter og personer med funksjonsnedsettelse blir utskrevet veldig tidlig i sykdoms-/rehabiliteringsforløpet, og det har ofte vært minimalt med fysioterapitilbud under oppholdet. Denne tendensen har forsterket seg. Kommunen har 2,5 årsverk som fysioterapeuter (kommunalt ansatt, ikke medregnet de som jobber på sykehjemmene). Siden forrige rullering er det opprettet en rehabiliteringsavdeling med 5 plasser. Det er allikevel mange med funksjonsnedsettelse som ikke kommer dit etter sykehusopphold.

## Privatpraktiserende fysioterapeuter

Privatpraktiserende fysioterapeuter gir tilbud til de med midlertidig eller varig funksjonsnedsettelse som kan komme seg til fysikalske institutter og som kan nyttiggjøre seg av behandlingen der. Det er i dag 11 fysioterapeuter som har driftsavtaler (fordelt på 7,72 driftsavtaler).

Det er et godt samarbeid mellom privatpraktiserende fysioterapeuter og kommunefysioterapeuter når det gjelder å gi mennesker med varig funksjonsnedsettelse et best mulig fysioterapitilbud til enhver tid.

Hovedmålet er å motivere innbyggere i Aurskog-Høland kommune til endring av livsstil og forebygging av livsstils-sykdommer gjennom fysisk aktivitet. Målgruppa er alle som kan ha nytte av fysisk aktivitet i sammenheng med forebygging, behandling og rehabilitering/habilitering. De ulike aktivitetene blir tilrettelagt etter de spesifikke behovene som den enkelte med funksjonsnedsettelse har. Fysak er pr i dag et tilbud på dagtid, men det er behov for å styrke dette tilbudet for å kunne nå ut til større deler av befolkningen, og for å kunne følge opp og støtte de som alt er med der på en bedre måte.

**FYSAK** er et fysisk tilrettelagt aktivitetstilbud (lavterskel) som er integrert i kommunehelsetjenesten,

der aktivitetene er skapt i et tverrfaglig og på tvers av de ulike tjenester i et lokalt partnerskap, i samarbeid med frivillige organisasjoner. Fysioterapeutene har en sentral rolle i dette arbeidet.

## Ergoterapi

Ergoterapi er en bør-tjeneste i kommunehelsetjenesten. Brukere av tjenesten er i alle aldersgrupper og alle kategorier av varige funksjonshemninger. Det er både hjemmeboende og institusjonsboere blant brukerne. Ergoterapeutene er med på å tilrettelegge for at brukere skal fungere mest mulig selvstendig og hensiktsmessig i egen bolig/institusjon og nærmiljø ved å:

- Vurdere, begrunne og søke tekniske hjelpemidler for varig utlån,
- tilrettelegge/tilpasse bolig,
- trene opp, veilede, gi råd og assistanse til brukere og pårørende.

Tjenesten er også omtalt i kapittelet habilitering/rehabilitering.

Kommunen har 3,05 årsverk som ergoterapeut fordelt på rehab/korttidsavdelinger og Rådhuset.. Disse dekker både institusjonene og den generelle befolkningen i kommunen. Den viktigste oppgaven er å foreta funksjonsvurderinger for å kartlegge brukernes muligheter til å klare daglige aktiviteter best mulig. Dette gjøres ved å vurdere kompenserende arbeidsmetoder, prøve ut/tilpasse tekniske hjelpemidler, boligendringer, veilede brukere, pårørende og helsepersonell. Brukere med kroniske lidelser utgjør en stor gruppe. Her er det nødvendig med kontinuerlig oppfølging, som er en tidkrevende prosess. Antall eldre utgjør også en stor gruppe av brukerne. Vanligvis er det her snakk om enklere og raskere løsninger enn hos gruppen med kroniske lidelser. Funksjonshemmede barn med behov for tekniske hjelpemidler og tilrettelegging i hjem, barnehage og skole prioriteres. Mye av ergoterapeutenes tid går med til prosessen rundt det å prøve ut/tilpasse og søke om et teknisk hjelpemiddel. Etter at hjelpemidlene er søkt og fått, er det i mange tilfeller behov for oppfølging. Nye behov oppdages ofte underveis. Spesielt gjelder dette i forhold til kronisk syke og barn, der brukernes situasjon til stadighet endres. Ergoterapeutene har ansvar for hjelpemidler ved varige behov. Disse dekkes av folketrygden. Hjelpemidler til korttidsutlån er det kommunens ansvar å skaffe/låne ut.

Arbeidssituasjonen slik den er i dag gjør at oppfølging og trening i å bruke et hjelpemiddel og oppfølging etter utskrivelse fra sykehus ikke blir godt nok ivaretatt. Etter hvert som andrelinjetjenesten prioriterer opptrening av slagpasienter med kognitive utfall, må dette følges opp ute i kommunene hvis det skal gi resultater. Anslagsvis vil de oppgavene som i dag ikke blir ivaretatt, utgjøre en halv stilling for at ventelistene skal være på et akseptabelt nivå. Til sammen er det på nåværende tidspunkt behov for en stilling til. De siste fem årene har antall brukere og antall henvendelser steget betraktelig. Hovedtyngden av brukerne er eldre funksjonshemmede. Skal man klare å betjene "eldrebølgen", er det behov for stillinger ut over de som tidligere er beskrevet.

### 4.2.6.2 Vurderte behov i planperioden

SATSINGSOMRÅDE	TILTAK	ANSVAR	KOSTNADER I PLANPERIODEN
<b>Drift:</b>			
Ergoterapi	1,0 nye årsverk	Levekår	500.000,-
Fysioterapi	Fremme egen politisk sak om det samlede behovet for tjenesten	Levekår	
<b>Sum økning drift:</b>			<b>500.000,-</b>

## Psykiatrisk sykepleietjeneste

Lovhenvising:

- Lov om helsetjenester i kommunen.
- Lov om psykisk helsevern.

Psykiatrisk sykepleietjeneste har ikke tilbud rettet spesifikt mot funksjonshemmede. Personer med fysisk og psykisk funksjonshemming har de samme rettigheter når det gjelder psykiatrisk behandling og oppfølging som befolkningen ellers. Tjenesten er gratis for brukerne. Psykiatrisk sykepleietjeneste kan tilby:

- enkeltsamtaler på kontoret
- hjemmebesøk ved behov
- krisehjelp/hastesamtale
- samtale med pårørende (får time på samme måte som klienter for øvrig)
- behovsutredning for assistanse/bistand
- samarbeid med lege, kommunale- og fylkeskommunale tjenester
- veiledning

Kommunestyret vedtok 18.12.97 plan for psykiatritjenesten i Aurskog-Høland kommune. I planen påpekes behov for et organ for psykiatriske pasienter med sammensatte behov.

## Legetjenesten

Legeloven: Lov av 13.juni 1980 nr. 42.

Allmennlegene har ansvar for at mennesker med nedsatt funksjonsevne får nødvendig legehjelp. Dette innebærer ansvar for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling, samt ansvar for den funksjonshemmedes allmennlege-journal med oppdatering av vedkommendes sykehistorie og medisinerer. Legen har plikt til å ta ansvar for pasienten over tid. Samarbeid med, og henvisning til andre faggrupper i kommunen, NAV og spesialisthelsetjenesten blir viktig for å ivareta den funksjonshemmedes helse på best mulig måte.

### 4.2.7 Omsorgsenheter

#### 4.2.7 Lover som styrer tiltak og tjenester til mennesker med nedsatt funksjonsevne er

Lov om helsetjenesten i kommunene av 19.11.1982 nr. 66, § 1-1, § 1-2 og § 1-3. Her står det bl.a. at kommunene skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller oppholder seg i kommunen og ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel, og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Dette innebærer bl.a. diagnostisering og behandling av sykdom, skade eller lyte, medisinsk (re)habilitering, pleie og omsorg, sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie, sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie. Hjemmehjelp er en lovpålagt tjeneste hjemlet i lov om sosiale tjenester; ”hjelp til dem som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp etter § 4-2 bokstav a.”

Det er økende behov for hjelp fra hjemmetjenesten (hjemmesykepleie og hjemmehjelp), med dreining fra praktisk hjelp i hjemmet, dvs. hjemmehjelp, mot hjelp til pleie og stell fra hjemmesykepleien. Hjemmetjenesten har flere brukere som har nedsatt fysisk funksjonsevne med varierende behov for hjemmesykepleie og/eller hjemmehjelp. Noen har behov for tilsyn (av pårørende eller hjemmetjenesten) 24 timer i døgnet. Her er det et økende behov. Det har vært en økning i antall brukere under 67 år fra

14 i 2005 til 57 i 2008. Hjemmetjenesten er døgnbemannet i Aurskog-Høland kommune. Hjemmehjelp tildeles i hovedsak hver tredje eller annenhver uke. I forhold til trygdeboliger og omsorgsboliger ser vi et behov for flere små tilrettelagte leiligheter i nærhet til sykehjemmene der hjemmetjenestene har kontorer. Ulvehaugen på Løken har 22 omsorgsleiligheter med bemanning dag og kveld. Fra 01.08.09 organiseres Riserveien 40 (Bolig for mennesker med nedsatt fysisk funksjonsevne) på Aurskog under Omsorg Aurskog. Her er det 4 boenheter, som er tilrettelagt, i tillegg er det personalbase for heldøgns tilsyn.

Nærliggende tjenester til hjemmetjenesteordningen er brukerstyrt personlig assistent (for mennesker med nedsatt fysisk funksjonsevne) og bistand i bolig (til for eksempel psykisk utviklingshemmede og mennesker med psykiske lidelser) og omsorgslønn. Et tett samarbeid mellom omsorgsdistriktene og enhet familie og levekår forsettes slik at brukere med likt behov mottar et likt tjenestetilbud. Flere brukere mottar tjenester fra flere enheter og kan derfor ha nytte av individuell plan.

Rehab - korttidsavdelingen ved Aurskog sykehjem har behov for treningsutstyr som vil styrke opptreningsmulighetene for pasientene. En del langtidsboere på sykehjem kan ha ressurser til opptrening for å opprettholde sin funksjonsevne. Det er behov for at dette følges opp tettere enn i dag. Behovet for f. eks ergo og fysioterapitjenester faller ikke bort selv om brukere får langtidsplass.

Det er et stort behov for et egnet lager for tekniske hjelpemidler på et permanent sted med mulighet for vask og desinfisering av utstyret og at dataprogrammet Profil taes i bruk for registrering av hjelpemidlene. Det bør være et todelt lager; et for hjelpemidler fra Hjelpemiddelsentralen og et for de kommunale hjelpemidlene til korttidsutlån. Dette lageret bør ligge sentralt i kommunen, da det er mange hundre innbyggere i året som har forbindelse med det.

#### 4.2.7.1 Vurdering av nåsituasjonen for omsorgsenhetene

TJENESTE	MÅLGRUPPE	ANTALL BRUKERE (TALLENE VIL VARIERE FRA ÅR TIL ÅR)	UDEKKET BEHOV
Hjemmehjelp/hjemmesykepleie, brukere over 67 år.	- Bevegelseshemmede - Synshemmede - Hørselshemmede - Skjulte funksjonshemm. (psykiatri, demente, andre)	Kun hjemmehjelp: 104 Kun hjemmesykepleie: 101 Begge deler: 119 Sum antall brukere: 324	-Et permanent hjelpemiddellager med mulighet for vask og desinfisering av hjelpemidler og bruk av data (profil) til registrering. - Behov for mer ressurser.
Hjemmehjelp/hjemmesykepleie, brukere under 67 år.	- Bevegelseshemmede - Synshemmede - Hørselshemmede - Skjulte funksjonshemm. (psykiatri, ADHD, andre)	Kun hjemmehjelp: 17 Kun hjemmesykepleie: 28 Begge deler: 12 Sum antall brukere: 57 (i 2005: 14 brukere)	Økonomiske utfordringer knyttet til et økende behov for hjemmesykepleie/personlig assistanse for yngre hjemmeboende brukere.
Sykehjem, Brukere over 67 år. (De fleste over 80 og 90 år.)	- Bevegelseshemmede - Personer med kognitiv svikt.	150 sykehjemsplasser	Ressurser til opptrening for å opprettholde funksjonsevne. Det er pr i dag tilnærmet ingen langtidsboere på sykehjem som mottar fysioterapibehandling. Ved rehab – korttidsavd er det tilknyttet egen fysioterapeut Se tiltak i eldreplanen.
Sykehjem, brukere under 67 år.	-Yngre mennesker med nedsatt funksjonsevne.	4	Ressurser til opptrening for å opprettholde funksjonsevne. Ved Hennes og Bjørkelangen sykehjem er det ingen fysioterapiressurser knyttet til korttidsbrukere. Se tiltak i eldreplanen.
Dagsenter	Personer med nedsatt funksjonsevne som trenger tilbudet for å opprettholde eller øke dagens funksjonsnivå og muliggjøre å kunne bo hjemme lenger.	-Ulvehaugen 10-15 plasser 4 dager i uka. -Aurskog 7-8 plasser 3 dager i uka.	På Aurskog er plassene fullt besatt og det er behov for flere plasser. Det kommer egen sak om dagtilbud for mennesker med demens sykdom.

Trygghetsalarm	Mennesker som er mye alene og har behov for å kunne tilkalle hjelp ved for eksempel fall og som da ikke kan bruke telefon.	Over 67 år: 108 Under 67 år: 22	
Bemannede (dag/kveld) omsorgsboliger underlagt Bj.langen hjemmetjeneste	Eldre mennesker som stort sett klarer seg selv, men trenger noe tilsyn/ og/eller trygghet.	Over 67 år: 20 Under 67 år: 2	Det er behov for små leiligheter m/fellesareal i nærhet til sykehjem/hjemmetjenester.

#### 4.2.7.2 Vurderte behov i planperioden

SATSINGSOMRÅDE	TILTAK	ANSVAR	KOSTNADER I PLANPERIODEN
Hjemmesykepleie/hjemme hjelp	Møte brukere med stort behov for hjemmesykepleie/personlig assistanse.	Omsorg	Eventuell døgnbemanning hos yngre hjemmeboende brukere. Kostnad settes til 500 000,-
Rehabilitering av brukere på rehab-/korttidsplass på Aurskog sykehjem.	Innkjøp av Vivosykel m/motor og hydrokollator i tillegg til vedlikehold av det gamle utstyret.	Omsorg	300 000,-
Hjelpemiddellager for kommunale og trygdeverkets hjelpemidler.	Et permanent hjelpemiddellager med mulighet for vask og desinfisering av hjelpemidlene og bruk av profil til registrering. Behov for årlig budsjett til innkjøp og reparasjon av hjelpemidler.	Aurskog-Høland kommune har valgt å legge tjenesten til Norasonde a/s	
Fysioterapiressurser til langtidsbeboere og korttidsbeboere ved Bjørkelangen, Hemnes og Aurskog sykehjem	Gi tilbud om fysioterapibehandling til de som trenger det. Opptrening og vedlikehold av egne ressurser, samt behandling	Omsorgsenhetene	1,5 årsverk fysioterapeut til fordeling på tre sykehjem. Kostnad 800 000,- pr år.

Viser for øvrig til behov/nye tiltak vedtatt i eldreplanen.

### 4.3 SEKTOR TEKNISK OG KULTUR'

Sektoren består av tekniske tjenester og kultur.

#### 4.3.1 Lover som styrer tiltak og tjenester til funksjonshemmede

Krav om tilrettelegging for de funksjonshemmede er nedfelt i plan- og bygningslov med tilhørende forskrift. Det er utarbeidet en veileder av statens byggeteknisk etat og Husbanken av 2004. Veilederen heter "Bygg for alle". Den bør være retningsgivende i prosjektering av nye bygg.

De fleste byggesaker blir også fremmet for det kommunale råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Bestemmelsene innehar også krav til å sørge for vedlikehold, og pålegg kan først og fremst rettes mot bygg som brukes mye av publikum, som offentlige kontorer, kollektivtrafikk, restauranter, hoteller, kinoer, teatre, idrettsanlegg og annen offentlig eller privat tjenesteyting.

Det settes krav til personlig og materiell sikkerhet, sikkerhet ved brann, sikkerhet i bruk og generelle krav til brukbarhet.

Det er krav til atkomst til bygning og krav til utearealer, med minimumsbredder, stigning og atkomstveier med tydelig merking/skilting. Manøvrerknapper, hendler, håndtak, kraner, brytere og kontakter e.l. som er vanlige for bygningens bruk skal være utformet, plassert og ha et betjeningskraft slik at de lett kan brukes av orienterings- og bevegelseshemmede.

Det er krav om heis i følgende bygninger: Boligbygning med både felles inngang til mer enn 12 boliger

og flere enn 4 etasjer, og arbeids- og publikumsbygninger med mer enn 3 etasjer.

Skilt, symbol og tekst som brukes for å legge til rette for orientering i bygning som viser rømningsveier og sikkerhetsutstyr, skal kunne leses og oppfattes under rømning når det er brann og/eller røykutvikling. Atkomsten for blinde og svaksynte unngås og tilrettelegges med ”rene” gangfelter uten fremspring og stolper, bruk av lydsignaler og tavler som man kan rettledes etter.

#### 4.3.2 Vurdering av nåsituasjonen for Teknisk tjenester – tallene i tabellen baserer seg på tall fra 2004.

BYGNING/ ANL.TYPE	MÅLGRUPPE	BYGG SOM HAR TILGJENGELIGHET		BYGG SOM IKKE HAR TILGJENGELIGHET	
Kommunale offentlige bygg, inkl. kirker	Alle innbyggere	Inne 21	Ute 23	Inne 16	Ute 14
		Tilgjengeligheten inne er for ca. 10 av byggene ikke helt tilfredsstillende		Parkeringsarealer er dårlig merket for funksjonshemmede, arealer tilnærmet store nok.	
Boligbygg Eies av kommunen	Funksjonshemmede	Inne 44	Ute 44	Inne 119	Ute 119
		Tilgjengeligheten inne er for ca. 10 av byggene ikke helt tilfredsstillende		Parkeringsarealer er store nok.	
Statlig og fylkeskommunale bygg	Alle innbyggere	Tilgjengeligheten er helt/delvis tilfredsstillende for nyere bygg		Tilgjengeligheten er hovedsakelig ikke tilfredsstillende for eldre bygg	
Idrettsanlegg Idrettshaller Dusj, lagshus Svømmehall	Alle innbyggere	Inne 3 (idrettshall)	Ute 3	Inne 5 (dusj / lagshus)	Ute 2 (svømmehall)
		0 (dusj/lagshus)	0	2 (svømmehall)	2
		1 (svømmehall)	1	Parkeringsarealer er store nok.	
Forretninger hoteller restauranter ervervsforr.	Alle innbyggere	Tilgjengeligheten er helt/delvis tilfredsstillende for nyere bygg		Tilgjengeligheten er hovedsakelig ikke tilfredsstillende for eldre bygg	
Bygg for lag og foreninger	Alle innbyggere	Tilgjengeligheten er helt/delvis tilfredsstillende for nyere bygg		Tilgjengeligheten er hovedsakelig ikke tilfredsstillende for eldre bygg	
Kollektiv-tilbud: holdeplasser	Alle innbyggere	Tilgjengeligheten og utforming er generelt ikke tilrettelagt for nevnte grupper, kun i svært få tilfeller			
Varmtvannsbad	- Bevegelseshemmede - Skjult funksjonshemm.	10 – 30 per uke i sesongen.		Behov også nord i kommunen	
Museer	Alle innbyggere	A-H bygdetun har servicebygg med tilfredsstillende tilgjengelighet		Urskog fort ikke god nok tilgjengelighet.	

Kommentarer til tabellen: Antall bygg med tilgjengelighet vil pr i dag være høyere, og antall bygg som ikke er tilgjengelige vil være lavere enn i 2004. Det foreligger pr i dag ingen samlet oversikt over dette.

#### Tilgjengelighet i kommunens offentlige bygg

Kommunens bygg er utstyrt med heiser, med unntak av noen skolebygninger. Når det gjelder f.eks. skolene, så vil det bli meget kostnadskrevenne dersom alle skolelokalene skal kunne benyttes av bevegelseshemmede, se tabell for teknisk i planperioden. Dersom det skal investeres i heisanlegg bør det skje over tid og etter behov. Om mulig kan det avsettes fondsmidler fra driftsregnskapet som kan benyttes til utbedringer, dersom en skole må tilrettelegges spesielt.

Syke- og aldershjem og de sist bygde boligene/leilighetene, er utført med terskelfrie løsninger, men de fleste av de andre byggene har terskler som er vanskelig å passere på grunn av terskelhøyder.

Årsaken til dette er at det i denne perioden ikke har vært produsert dørløsninger som har tilfredsstillt kravet til røyk- og varmpåkjening i branncellebegrensende konstruksjoner der hvor det kreves slike, noe som er nødvendig for hver bruksenhet. De siste års tilbygg og ombygginger har resultert i at tilgjengeligheten er ivaretatt. 43 av kommunens boligbygg er utført med livsløpstandard, både ute og inne. De resterende 119 kan ombygges/selges. Det er kun noen få bygg som er utført med døråpnere, og de færreste er tilrettelagt for blinde og svaksynte.

### Statlige og fylkeskommunale bygg

De fylkeskommunale skolene er delvis tilrettelagt. Tilrettelegging for adkomst til kirkene m.v. er i hovedsak tillagt Kirkelig fellesting.

### Tilgjengelighet til idrettsanlegg

Ved de 3 idrettshallene som er oppført i kommunen er adkomsten god, og svømmehallen på Hemnes har tilgang ved bruk av trappeheis. Adkomsten for eldre idretts- og lagshus er ikke tilfredsstillende, noe som lag og foreninger også må finne en løsning på, selv om det er kostnadskreven

### Varmtvannsbad

Som en del av Aurskog-Hølands folkebad gir kommunen gratis tilbud en gang per uke på Bjørkelangen, Hemnes og Aurskog. Bassengenes åpningstid er 1. september og ut mai. På Bjørkelangen er det bassengheis, og trappeheis inn i bygget. På Hemnes er det trappeheis og bassengheis.

### Museer

Aurskog-Høland Bygdetun har fått servicehus med tilfredsstillende tilgjengelighet. Gangstier på Aurskog-Høland bygdetun skal ha en standard slik at rullestolbrukere og bevegelseshemmede kan besøke tunet. Inne er det dessverre vanskelig å tilpasse dette 100 % da dette kommer i konflikt med verneinteressene. Det er også behov for noe bedre tilgjengelighet på Urskog Fort. Der er det handikoptolett, men ikke rampe.

#### 4.3.3 Tekniske tjenesters vurderte behov i planperioden

SATSINGSOMRÅDE	TILTAK	ANSVAR	KOSTNADER I PLANPERIODEN
<b>Kjøp av utstyr / investeringer:</b>			
Museum	- fysisk tilrettelegging	Driftsansvar tekniske tj	
Friluftsliv	- vedlikehold fiskebrygger/ tilrettelagte stier	Driftsansvar tekniske tj	
<b>Sum kjøp av utstyr / investering:</b>			

#### 4.3.4 ENHET KULTUR

Har deler av sin administrasjon i 2. etg på Bjørkelangen skole

Saksbehandler fritid, idrett og friluft har tilhørighet på Rådhuset (ikke kulturskolen). Dette vil gi bedre tilgjengelighet for alle brukere. Frivilligsentralen og bygdebokforfatteren holder til i Frivilligsentralens lokaler.

### Kulturskolen

Alle kommuner skal alene eller i samarbeid med andre kommuner ha et kulturskoletilbud til barn og unge og organisere dette i tilknytning til skoleverket og kulturlivet ellers (opplæringsloven § 13.6).

Kulturskolen holder til på Bjørkelangen skole i 2 etg., og har i dag et tilbud på sang, piano, gitar og blåseinstrumenter. Undervisning i dans og drama, er i tillegg ved alle skoler.

Kulturskolen vil være av stor betydning for mennesker med nedsatt funksjonsevne sin livskvalitet og bidra til en reell integrering i det lokale oppvekstmiljø. Dette er vanskelig å få til siden det ikke er lagt til rette for mennesker med nedsatt funksjonsevne, utover aktiviteter som er lagt til skolens gymsaler.

Årskontingenten fastsettes av kommunestyret hvert år. Lærerne har formell musikkfaglig utdanning fra musikkhøgskole og musikkonservatorium. De har spesialpedagogisk kompetanse innenfor førskole, grunnskole og dessuten instrumental pedagogikk.

### **Fritidsklubb**

Det er 4 fritidsklubber i Aurskog Høland, Aursmoen, Bjørkelangen, Løken og Hemnes.

Løken er i nye lokaler i Hølandshallen og denne er tilgjengelig for alle.

Aursmoen er ikke tilrettelagt for brukere med nedsatt funksjonsevne.

Bjørkelangen fritidsklubb ligger på Bjørkelangen skole og er tilrettelagt for mennesker med nedsatt funksjonsevne. En kveld i uka har vi "Mandagsklubben" som er for mennesker med bistandsbehov.

Hemnes fritidsklubb er tilrettelagt for mennesker med nedsatt funksjonsevne.

### **Bibliotek**

Her er det tilgjengelig for alle å komme inn. Ligger på Bjørkelangen Torg. For svaksynte og blinde lånere har biblioteket en variert samling med lydbøker på cd og kassett, enkelte barnebøker med punktskrift, og en egen hylle med Storskrift- og Lettesbøker, hvor enkelte titler er spesielt rettet mot psykisk utviklingshemmede. For å utfylle vår egen samling med materiale til brukergruppen, benyttes Fylkebiblioteket i Akershus som ressurscenter, med en bred samling tilgjengelig for fjernlån.

### **Folkebad**

Vi har 4 folkebad som er åpne en dag i uka fra 1. september og to dager i uka fra etter høstferien frem til påske og en dag i uka ut mai. Det er kun ved Bjørkelangen og Hemnes det er tilrettelagt for mennesker med nedsatt funksjonsevne.

### **Bygdekinoen**

Bygdekinoen er lagt til Bjørkelangen Torg. Her er det tilrettelagt for mennesker med nedsatt funksjonsevne.

### **Idretts – og kulturanlegg**

Enhet for kultur er saksbehandler til søknader om investeringsstøtte til idretts – og kulturanlegg (spillemidler). Her stilles det krav til tilgjengelighet ved alle nye søknader.

I samarbeid med idrettsrådet skal en satse på opprusting av eksisterende anlegg.

#### **4.4 STAB PLAN OG UTVIKLING OG INFO OG SERVICE**

##### **Tilrettelegging for kollektivtrafikken**

De nyeste gang/sykkelvegene og holdeplasser er godt tilrettelagt, mens de av eldre dato ikke har samme standard som de nye.

##### **Parkeringstillatelse**

Parkeringstillatelse gis bilfører eller passasjer som har særlig behov for parkeringslettelse knyttet til bosted, arbeid og annen aktivitet. Man får vanligvis tillatelse for 2 – 5 år.

Parkeringstillatelsen gir deg rett til å parkere på offentlig skiltet og reservert parkeringsplass uten at du betaler avgift, og uten at du behøver å følge den lengste fastsatte parkeringstiden (dersom det ikke er gitt melding om annet).

Søknad om parkeringstillatelse sendes kommunen sammen med legeattest og bilde.

##### **Byggeledelse**

Enhet plan og økonomi har ansvaret for byggeledelse på nybygg/rehabilitering av kommunale bygg. I større investeringsarbeider der arealer blir berørt, blir hensynet til tilrettelegging/tilgjengelighet for mennesker med nedsatt funksjonsevne ivaretatt.

##### **Ledsagerbevis**

Det er en ordning for funksjonshemmede som trenger ledsager på ulike aktiviteter. Ledsager kan få fri adgang dersom arrangøren står på godkjent liste. Ledsagerbevis er en ordning som er administrert fra servicekontoret, de har oversikt over godkjente aktiviteter.

## 5.0 HABILITERING/REHABILITERING

Nasjonale helsemyndigheter sier at det skal finnes plan for habilitering/rehabilitering i kommunene. I stedet for å lage en egen plan for habilitering/rehabilitering i vår kommune, har man valgt å integrere habilitering/rehabilitering som et eget kapittel i handlingsplanen for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Begrunnelsen for dette er at disse to planene på mange felt er sammenfallende.

Kommunen har et ansvar for rehabilitering. Dette innebærer ansvar for å prioritere ressurser, plassere ansvar og tilrettelegge for tverrfaglig og tverretatlig samarbeid innen kommunen

Kommunehelsetjenesten har fått et lovfestet ansvar for habilitering/rehabilitering, og loven plasserer rehabilitering som en likeverdig oppgave med kommunehelsetjenestens øvrige oppgaver.

### 5.1 OM BEGREPENE REHABILITERING OG HABILITERING

Flere begreper brukes innenfor områdene. De er dels synonyme, dels overlappende.

Rehabilitering brukes i flere sammenhenger. Den egentlige betydning av ordet er "å gjeninnsette verdighet". Den mest alminnelige fortolkning av ordet rehabilitering er at den enkelte gjennom en personlig og miljørettet prosess igjen blir habil, det vil si i stand til å løse de vanlige, praktiske oppgavene som vedkommende mestret tidligere.

Tilsvarende knyttes habilitering til mestring av nye funksjoner, og er mest relevant i forhold til medfødte og tidlig ervervede funksjonshemninger.

Det finnes flere definisjoner av habilitering og rehabilitering. En av disse er:

"Medisinsk habilitering/rehabilitering kan defineres som helsetjenestens planmessige arbeid for at den som er funksjonshemmet på grunn av sykdom, skade eller medfødt lyte skal gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevnen og/eller mestringsevnen med sikte på størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser."

**Mål for rehabilitering:** Gjenvinne tidligere funksjon og så langt som mulig bevare eksisterende funksjon. Ved kronisk, progredierende sykdom kan målet være å opprettholde funksjonsevnen eller å bremse en negativ utvikling.

**Mål for habilitering:** Utvikle en funksjon man ikke tidligere har behersket. Dette gjelder særlig personer med medfødt eller tidlig ervervet funksjonshemming.

Hovedansvar for å fastsette individuelle mål har brukeren selv med hjelp og veiledning av ulike fagpersoner. Det er brukerens behov som skal ligge til grunn for de tjenestene som skal ytes.

En del funksjonshemmede vil ha behov for habilitering/rehabiliteringstiltak hele livet. Organisering av helsetjenesten er noe forskjellig for barn og voksne. Denne inndelingen må ikke hindre et samarbeid på tvers av avdelinger, enheter o.l. Det er naturlig at man i habiliteringsarbeidet benytter kompetanse og ressurser fra rehabiliteringsområdet, og omvendt. Det må legges vekt på kontinuitet i tilbudet ved overgang fra barn til ungdom og fra ungdom til voksen.

I habiliterings-/rehabiliteringsprosessen er det viktig å se betydningen av samtlige faggruppers kompetanse i arbeidet med å føre mennesker tilbake til arbeidslivet, sosial rolle og god livskvalitet. Prosessen bør starte tidlig for å bedre brukernes motivasjon og mestring. Like viktig er det å komme tidligst mulig i gang med tiltak og tverrfaglig samarbeid. Habilitering/rehabilitering krever fleksible team. Teamarbeidere, avhengig av brukernes behov, kan være aktive i ulike faser av habiliteringen/rehabiliteringen.

## **5.2 INDIVIDUELL PLAN – EN RETTIGHET FOR DEG OG ET VERKTØY FOR SAMARBEID**

### **Har du ønske om og rett til individuell plan?**

Du som har behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosiale tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom du ønsker det. Retten er uavhengig av diagnose og alder og gjelder selv om du bare mottar tjenester fra ett forvaltningsnivå, for eksempel kommunen. Du trenger ikke å motta tjenester fra spesialisthelsetjenesten for å ha rett til å få utarbeidet en individuell plan.

### **Det skal være din plan**

Individuell plan skal inneholde en oversikt over dine mål, ressurser og behov for tjenester og du har rett til å delta i prosessen med å lage planen. Du kjenner situasjonen din best, mens fagfolk har oversikt over forskjellige løsninger og tiltak som finnes.

### **Et verktøy for samarbeid**

Planen skal være et verktøy for samarbeid mellom deg og tjenesteapparatet og mellom de ulike tjenesteyterne. Den skal styrke samhandlingen for at du skal få dekket dine behov for bistand. Det kan for eksempel være innenfor helsetjenester, sosialtjenester, tjenester fra Arbeids- og velferdsetaten (NAV), innen utdanning og/eller andre.

Individuell plan skal gi en oversikt over og beskrive de løsningene og tiltakene som gir deg et sammenhengende og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Ansvarsfordelingen mellom de instanser du mottar tjenester fra, skal komme tydelig fram. I dette samarbeidet kan også pårørende delta dersom du ønsker det.

Når barn har behov for omfattende og sammensatte tjenester, kan planen også inneholde behov for tjenester til familiemedlemmer, som for eksempel avlastning.

### **En tjenesteyter med hovedansvar**

En tjenesteyter, ofte kalt en koordinator for ansvarsgruppe, skal til enhver tid ha hovedansvaret for oppfølgingen av planen din. Koordinatorens hovedoppgave er å sikre god framdrift i planarbeidet, at du får den informasjonen du trenger, og at du i samsvar med prinsippet om brukermedvirkning har innflytelse i planarbeidet. Dine ønsker bør vektlegges når koordinatoren utpekes. Ansvarsgruppekoordinatorer kan utpekes fra alle kommunale tjenesteområder.

### **Initiativ og ansvar**

Initiativet til å få utarbeidet individuell plan kan komme fra deg eller pårørende, men hovedansvaret for å utarbeide planen ligger i tjenesteapparatet. Den delen av kommunens sosial- og helsetjeneste eller helseforetaket/spesialisthelsetjeneste som du henvender deg til, har plikt til å sørge for at planarbeidet settes i gang. Alle tjenesteytere du er i kontakt med innen sosial- og helsetjenesten, skal vite hvor du kan henvende deg for å få vurdert retten din til å få utarbeidet individuell plan. Når det er avklart om du har retten på din side, utpekes koordinatoren og planarbeidet kan begynne.

### **En overordnet plan**

Individuell plan er en overordnet plan. Andre planer, som for eksempel individuell opplæringsplan i skolen, eller behandlingsplaner, bør samordnes med den individuelle planen. Du skal bare ha én individuell plan.

## Vil du vite mer om individuell plan?

- Alle lover og forskrifter for sosial- og helsetjenestene, inkludert forskrift om individuell plan finner du på [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)
- Veilederen INDIVIDUELL PLAN 2007 – veilederen til forskrift om individuell plan og brosjyrer finnes på [www.shdir.no](http://www.shdir.no).
- Nærmere opplysninger får du ved å henvende deg til Servicekontoret, Omsorgsenhetene, Helsetjenestene, NAV og Levekår.
- Søknaad om Individuell plan skal til koordinator for mennesker med nedsatt funksjonsevne.

## 5.3 ORGANISERING AV HABILITERING/REHABILITERING

Kontaktperson for rehabilitering bør være Koordinator for psykiatri/rehabilitering. Denne stillingen er pr i dag ikke i kommunens organisering, men bør opprettes.

Kontaktperson innen habilitering bør være Koordinator for habilitering, -dagens koordinator for mennesker med nedsatt funksjonsevne.

En vellykket habilitering/rehabiliteringsprosess krever et nært og koordinert samarbeid mellom kommunen, spesialisthelsetjenesten og NAV.

Kontaktpersonene mottar henvendelsene, og vurderer behov for individuell plan i samarbeid med bruker.

### Kontaktpersoner

Koordinator psyk/rehab Koordinator for habilitering Rådhusveien 3, 1940 Bjørkelangen TLF.: 63 85 25 00
---

Mandat for kontaktpersonene:

- Koordinere faglig ansvar for den samlede hab/rehab-tjenesten i kommunen.
- Motta henvendelser fra egen kommune, statlige og fylkeskommunale instanser.
- Utnevne IP- koordinator i samarbeid med brukere.
- Koordinator blir oppnevnt i den enhet bruker får flest tjenester fra.
- Opplæring av koordinatorene i bruk av Individuell Plan.
- Registrere og rapportere behov for nye tiltak

Mandat for IP - koordinatorene:

- IP - Koordinator sørger for at den enkeltes totale livssituasjon blir kartlagt og i samråd med den enkelte bruker, utarbeide mål og tiltak i en plan
- Prioritere, iverksette og samordne alle nødvendige tiltak/ressursbruk på en hensiktsmessig måte i forhold til mål og individuell plan
- Ved behov opprette/avvikle ansvarsgrupper for enkeltklienter.
- Rapportere/oversende oppdaterte individuelle planer til kontaktpersoner.

Alle enheter/virksomheter må påregne å bli tildelt IP-koordinatorrollen.

## Ansvarsgrupper

En viktig del av jobben for koordinator er å få til en organisering rundt opprettelse/drift/opphør av ansvarsgrupper. Hensikten med ansvarsgrupper er å planlegge og samordne brukernes behov for bistand fra de ulike yrkesgrupper og fagfelt. Bruk av ansvarsgrupper er ikke lovpålagt, men en god arbeidsform for mennesker som har behov for omfattende og sammensatte tiltak.

## Utfordringer i forhold til dagens organisering

Området som omhandler mennesker med nedsatt funksjonsevne, har blitt stort og mangfoldig. Ansvarsområdet til dagens koordinator for funksjonshemmede er pr. i dag alt for stort til å kunne dekkes med en stilling. Dette området bør deles i to koordinatorstillinger, Koordinator for psyk./rehab og Koordinator for habilitering.

Størrelsen på ansvarsområdet bør sees på i forbindelse med omorganisering. For brukere og et faglig miljø bør en tenke at alt som kommer under definisjon ”å være/ inneha en funksjonsnedsettelse”, bør organiseres sammen under en leder.

## 5.4 NÅSITUASJON FOR HABILITERING/REHABILITERING

Det er pr. i dag mange enheter/faggrupper som jobber med habilitering/rehabilitering. Som f. eks boveiledertjenestene, voksenopplæringen, hjemmetjenesten, fysio/ergoterapitjenesten, dag/arbeidstilbudene og psykiatri. I kommunens 3 sykehjem er 25 % av plassene korttidsplasser og på Aurskog sykehjem er disse samlet i en egen korttids-og rehabiliteringsavdeling.

Slik situasjonen er pr i dag, fungerer Koordinator for mennesker med nedsatt funksjonsevne som kontaktperson for kommunen både for rehabilitering og habilitering. I forrige planperiode var dette delt mellom to stillinger. For å sikre kvalitativt gode tjenester innenfor områdene rehab/habilitering, bør det være en koordinator for hvert av områdene. Pr i dag er den overordnede koordinatorrollen så omfattende og arbeidskrevende at den ikke kan fylles av en person. Koordinator for mennesker med nedsatt funksjonsevne har pr i dag disse ansvarsområdene/oppgavene:

- Individuell plan (saksbehandling og oppnevning av gruppekoordinatorer).
- Saksbehandling for tjenestene støttekontakt, avlastning, brukerstyrt personlig assistent og omsorgslønn.
- Personaloppfølging av støttekontakter, avlastere, brukerstyrte personlige assistenter og mottagere av omsorgslønn. Totalt ca 100 personer.
- Deltakelse i ansvarsgrupper. Totalt ca 50.
- Veiledning og opplæring av støttekontakter, avlastere, foreldre/foresatte og andre.
- Rapportering og møtevirksomhet.

Fysioterapitjenesten har en sentral rolle i habilitering/rehabiliteringsprosessen. Slik situasjonen er i dag klarer ikke tjenesten å dekke opp etterspørselen med et kvalitativt tilbud. Derfor bør det komme en helhetlig vurdering av fysioterapitjenesten i kommunen. Lages en egen saksframstilling på det totale behovet, utredes i 2011.

## Rehabiliteringsplasser

Lov om helsetjenesten i kommunene § 1-3 sier bl.a. at kommunens helsetjeneste skal omfatte medisinsk (re)habilitering, fysioterapitjeneste, sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie.

Aurskog-Høland har i dag 5 øremerkede døgnplasser forbeholdt rehabilitering. Disse plassene ligger under korttidsavdelingen i 1. etasje i Aurskog sykehjem.. Pasienter som får en øremerket rehabiliteringsplass, får et bedre tilbud om fysioterapi, ergoterapi, vernepleie, sykepleie (utgjør totalt 4

årsverk) og trening på bakgrunn av egen motivasjon, vurdert opptreningspotensiale og evne til å gjennomføre trening. Plassene er opprettet på bakgrunn av at det er behov for rehabiliteringstilbud i kommunen.

Dette begrunnes med:

- Sykehusene sender pasientene svært tidlig hjem. Selv etter et rehabiliterings-/rekreasjonsopphold vil mange ha behov for ytterligere rehabilitering innen det er aktuelt å komme hjem
- Mange eldre som bor hjemme, trenger i perioder et kortidsopphold enten i form av døgnrehabilitering eller dagrehabilitering. Dette forhindrer/utsetter faste innleggelse på institusjon
- Mer komplekse sykdomsbilder på grunn av endret samfunnsstruktur.

## 5.5 VURDERTE BEHOV I PLANPERIODEN

SATSINGSOMRÅDE	TILTAK	ANSVAR	KOSTNADER I PLANPERIODEN
<b>Drift</b>			
Rehabilitering	Bassentrening ved Bjørkelangen skole	Levekår	
Rehab/hab	En ny koordinatorstilling	Levekår/Omsorg	550 000,-
<b>Sum drift</b>			<b>650 000,-</b>

## 6.0 SAMLET PRIORITERING AV SATSNINGSOMRÅDER OG TILTAK I PLANPERIODEN

### 6.1 INNLEDNING

I planperioden 2011-2014 er det gjennom denne planen synliggjort hvilke områder som bør prioriteres. Det kan komme behov som ikke er beskrevet i planen som må prioriteres.

Planen omtaler både kostnadskrevende tiltak og tiltak som medfører et bedre tilbud til brukerne uten at det er kostnadskrevende. På denne måten blir de samlede tiltak og tjenester for funksjonshemmede synliggjort i samme plan med ansvar på de ulike enhetene.

### 6.2 SATSNINGSOMRÅDER I PLANPERIODEN

Tabell 6.2.1 drift og tabell 6.2.2 investeringer, viser en prioritering av nye kostnadskrevende tiltak i planperioden. Ved behandling av kommuneplan, økonomiplan, handlingsplan og årsbudsjettet bør denne framstillingen danne grunnlag for de tiltak det er mulig å gjennomføre innenfor kommunens samlede økonomi. Uavhengig av planlegging ved hjelp av handlingsplaner, så vil det oppstå akutte/ikke planlagte tiltak som kan bli meget kostnadskrevende.

**Samarbeide** Arbeidsgruppa og styringsgruppa anbefaler at enhetene prioriterer utvikling av tverrfaglig samarbeid. Ved å utvikle et slikt samarbeid bør den enkelte tjenestebruker oppleve at ved å henvende seg til kommunen ett sted, vil det være mulig å få en vurdering av sin situasjon. Brukeren skal oppleve et samlet tjenestetilbud fra kommunen.

Alle funksjonshemmede og deres foresatte skal oppleve at tjenesten gjør hverdagen og fremtiden trygg og forutsigbar. I en normalsituasjon skal det være mulig å planlegge på kort og lang sikt enten det gjelder voksne funksjonshemmede eller foreldre/foresatte som skal planlegge for sine funksjonshemmede barn. I en slik planleggingsfase vil opprettelse av ansvarsgrupper, som kan iverksette ulike tiltak, være en arena hvor fremtidig planlegging kan skje.

**Brukermedvirkning** skal sikres som beskrevet i innledningen, se pkt 1.5, gjennom ivaretagelse av brukermidvirkning på alle tre nivåene (på individnivå, tjenestenivå med lag og foreninger, ol. og politisk nivå). Brukermedvirkning på individnivå skal sikre at bruker eller dennes representant er delaktig i utformingen av, for eksempel individuell plan hvor ønsker og behov tydelig fremkommer. Ut ifra ønsker og behov og faglige vurderinger, kan det utformes et tilbud innen gitte rammer.

Det kommunale rådet for funksjonshemmede er et godt eksempel på direkte brukermidvirkning mellom interesseorganisasjoner, politikere og faginstanser (se pkt. 2.5 i plan)

**6.2.1 Forslag til tiltak i planperioden som bør vurderes innarbeidet i enhetenes handlingsplaner/budsjett**

Prioritet	Satsingsområde	Tiltak	Ansvar	Gjennomført i planperioden 2005-2008	Tiltak 2012	Tiltak 2013	Tiltak 2014	Tiltak 2015
1	Bistand i bolig Se egen politisk sak.	Øke grunnbemanning i Boveiledertjenestene	Levekår	Nei, og det kommet nye brukere m/ bistandbehov	600 000,-	1 100 000,-	1 600 000,-	2 100 000,-
2	Støttekontakt / avlastning	Dekke nye behov og øke lønnen for eksisterende årsverk	Levekår	Nei	250 000,-	450 000,-	650 000,-	650 000,-
3	Arbeids og aktivitetstilbud	Kjøp av plasser ved eksisterende VTA-bedrifter	Levekår	Nei, denne er redusert	1 000 000,-	1 500 000,-	1 750 000,-	1 750 000,-
4	Personlig assistent	Kunne møte en etterspørsel etter personlig assistent	Levekår	Ja, Men det kommer nye brukere	300 000,-	600 000,-	900 000,-	1 200 000,-
5	Koordinator-Stilling	Dekke behov for koordinerende oppgaver inne rehabilitering	Levekår	Nytt tiltak	550 000,-	550 000,-	550 000,-	550 000,-
6	Utdanning/kompetanse	Skolere: - Støttekontakter - Avlastere	Levekår	Nei	25 000,-	50 000,-	75 000,-	100 000,-
7	Ergoterapi	Et nytt årsverk	Levekår	Nei		500 000,-	500 000,-	500 000,-
8	Assistent	Møte brukere med stort behov for hjemmesykepleie/personlig assistanse	Omsorg	Nytt tiltak	500 000,-	500 000,-	500 000,-	500 000,-
9	Fysioterapi	Fysioterapibehandling sykehjem til langtids og korttidsbeboere. 1,5 årsverk	Omsorg	Nytt tiltak	Utredes som egen politisk sak			
10	Fysioterapi	Utrede det totale behovet for fysioterapitjenesten i kommunen	Levekår	Nytt tiltak	Utredes som egen politisk sak			
<b>Sum kjøp i av inventar / utstyr</b>					<b>4 025 000,-</b>	<b>6 050 000,-</b>	<b>7 325 000,-</b>	<b>8 150 000,-</b>
<b>TILTAK SOM IKKE VIDEREFØRES</b>								
	SFO	Utvidet tilbud	Grunnskole	Ja				
	Voksenopplæring		Grunnskole					
	Grunnskole	Økning i rammetimetall for spesialundervisning	Grunnskole	400 000,-				

Tabellen viser forslag til økning i drift i planperioden.

**6.2.2 Forslag til kjøp av utstyr / investeringer i planperioden som bør innarbeides i enhetenes budsjett**

Prioritet	Satsingsområde	Tiltak	Ansvar	Gjennomført i planperioden 2005-2008	Tiltak 2011	Tiltak 2012	Tiltak 2013	Tiltak 2014/2015
	Botilbud	Bygge 10 boenheter for psykisk utviklingshemmede personer.	Levekår/Strategi og plan. Avsatt kr. 300.000,- til forprosjekt i 2011	Ja	Fremme sak om bygging av 10 nye boenheter og utrede behovet for ny avlastningsbolig	Forprosjekt Prosjektledelse og kjøp av tomt Kostnader ikke beregnet	Kostnader egen sak -Byggekostnader	Oppstart drift -Driftskostnader ikke kostnadsberegnet
	Transport	Innkjøp av ny minibuss ( 9 seter) For transport til psyk.utv.hem.	Levekår	Påregnes gjennomført i 2011. Ligger inne i økonomiplan.				
<b>TILTAK SOM IKKE VIDEREFØRES</b>								
	Botilbud	Bygge 4 leiligheter for personer med fysisk funksjonsnedsettelse i Aurskog	Levekår/Strategi og plan , er vedtatt, se øk.plan	Ja				
	Museum	Tilrettelegging	Teknisk drift	Ja				
	Friluftsliv	Vedlikehold av flytebrygger Tilrettelegging av turstier	Teknisk drift	Ja				
	Bjørkelangen Ungdomsskole	- Heiser	Teknisk drift	Ja				
	Dører med åpner for Bjørkelangen Ungdsk.	- Dører	Strategi og plan	Ja, Men ikke på alle dørene				
	Aursmoen Ungdomssk., nytt bygg	- Heis	Teknisk drift	Kommer ny heis i forbindelse med rehab. Av bygget (2009)				
	Aursmoen skole, gml bygg	- Heis	Teknisk drift	Kommer ny heis i forbindelse med rehab. Av bygget (2009)				
	Aursmoen Samfunns-Hus	- Trappeheis	Teknisk drift	Kommer ny heis i forbindelse med rehab. Av bygget (2009)				
	Rehabilitering	Investering i opptreningsbasseng	Omsorgsenheten	Ikke prioritert				
	Rehabilitering	Utstyr	Omsorgsenheten	Ja				
	Tilgjengelighet i kommunale bygg.	Forbedre skilting i Rådhuset	Teknisk drift	Ja, men det gjenstår noe				
	Bråte skole	Heis	Teknisk	Ja				
	Setskog skole	Handikap-toalett	Teknisk					

**6.2.3 Mål for Handlingsplan for mennesker med nedsatt funksjonsevne og tiltak og investeringer i planperioden.**

<b>Mål 1: Aurskog-Høland kommune bør utforme tilbud og tjenester slik at der likestiller alle innbyggerne og gir muligheter for opparbeide og opprettholde en selvstendig og sosial tilværelse.</b>				
<b>Strategi: Oppsatte tiltak innarbeides i Aurskog Høland Kommunes plandokumenter.</b>				
<b>Nye tiltak</b>	<b>Kostnader</b>	<b>Ansvarlig</b>	<b>Samarbeidspartnere</b>	<b>Målbare indikatorer</b>
Møte behov og etterspørsel etter BPA	Øke ramme med kr 800.000,- pr år i planperioden	Levekår og omsorg	Omsorg og 2.linjetj.	Dekke nye behov, anslagsvis 3 nye brukere pr år.
Utvide ergoterapitilbud med 1 årsverk	500 000,-	Levekår	Omsorg	Kortere ventelister, og bedre tilrettelegging for brukere.

<b>Mål 2:Handlingsplanen for mennesker med nedsatt funksjonsevne har som mål at kommunal og offentlig virksomhet skal være tilgjengelig for alle. Tiltak utformes slik at de bidrar til samordning og helhet.</b>				
<b>Strategi: Oppsatte tiltak innarbeides i Aurskog Høland Kommunes plandokumenter.</b>				
<b>Nye tiltak</b>	<b>Kostnader</b>	<b>Ansvarlig</b>	<b>Samarbeidspartnere</b>	<b>Målbare indikatorer</b>
Opprette en 100 % stilling som koordinator for rehabilitering for å dekke behov for koordinering av oppgaver.	550 000,-	Levekår	Omsorg	Økt brukertilfredshet. Økt samordning og helhetstenkning i tjenesteutøvelsen. Raskere saksbehandling.
Utrede det totale behovet for fysioterapitjenesten i kommunen	Utredes som egen politisk sak	Levekår	Omsorg og private fysioterapeuter.	Se fysioplan.

<b>Mål 3: Planen skal synliggjøre behov for kommunal innsats innenfor oppsatte områder.</b>				
<b>Strategi: Oppsatte tiltak innarbeides i Aurskog Høland Kommunes plandokumenter.</b>				
<b>Nye tiltak</b>	<b>Kostnader</b>	<b>Ansvarlig</b>	<b>Samarbeidspartnere</b>	<b>Målbare indikatorer</b>
Øke kompetansen hos støttekontakter og avlastere gjennom kurs og opplæring	Økning på kr 25 000,- pr år i planperioden.	Levekår	Frivillige lag og foreninger. Eksterne og interne kurs og foredragsholdere.	Økt brukertilfredshet.
Dekke nye behov og øke lønnen for eksisterende årsverk som støttekontakt og avlastere.	Økning på kr 200 000,- pr år i planperioden.	Levekår		Økt brukertilfredshet. Økt stabilitet blant ansatte. Bedre rekruttering av ansatte.
Bygge 10 boenheter for psykisk utviklingshemmede	Fremmes som egen sak.	Levekår og Strategi og plan		Bedre dekning av etterspørsel etter boliger.
Utskifting av minibuss for transport Boveiledertjenestene	Forventes gjennomført i 2011. Tall ligger inne i økonomiplan.	Levekår		Dekke brukernes behov for tilrettelagt transport på fritid.

<b>Mål 4:Satsningsområder skal videreføres i de ulike enheters plandokumenter.</b>				
<b>Strategi: Oppsatte tiltak innarbeides i Aurskog Høland Kommunes plandokumenter.</b>				
<b>Nye tiltak</b>	<b>Kostnader</b>	<b>Ansvarlig</b>	<b>Samarbeidspartnere</b>	<b>Målbare indikatorer</b>
Økt grunnbemanning i Boveiledertjenestene, er vedtatt i egen politisk sak	2 100 000,-	Levekår		Større mulighet til å gi individuelt tilpassede tjenester.
Kjøp av plasser ved eksisterende VTA bedrifter	1 750 000,-	Levekår		Flere varig uføre ut i arbeid og aktivitet på dagtid.

**Mål 5: Tiltak og tjenester til funksjonshemmede integreres i det generelle tjenestetilbudet til befolkningen i kommunen og skal i minst mulig grad opprettholdes som "særtjenester".**

**Strategi: Oppsatte tiltak innarbeides i Aurskog Høland Kommunes plandokumenter.**

<b>Nye tiltak</b>	<b>Kostnader</b>	<b>Ansvarlig</b>	<b>Samarbeidspartnere</b>	<b>Målbare indikatorer</b>
Organisere tjenestene på en måte som reduserer og hindrer diskriminering	0,-	Aurskog Høland Kommune	Politikere Administrasjon	Brukertilfredshet og økt integrering

**Kostnader er totale kostnader i planperioden. For detaljer se tabell 6.2.1 og 6.2.2.**

## **7.0 OPPSUMMERING**

I denne planen er det beskrevet de tiltak som er tilgjengelig for mennesker med nedsatt funksjonsevne i Aurskog-Høland kommune i 2011, dvs. en beskrivelse av nåsituasjon og hvem som faller inn under betegnelsen nedsatt funksjonsevne. Definisjonen som er lagt til grunn er basert på den handlingsplan som er utarbeidet av regjeringen. Videre synliggjør planen de tiltak og tjenester som bør prioriteres for å møte fremtidige behov, og planens målsettinger. Målene er ambisiøse, men skal personer med nedsatt funksjonsevne bli integrert i kommunen og dermed ha lik tilgjengelighet som andre innbyggere, så må en jobbe med å synliggjøre behov og sørge for at tiltakene blir en del av en helhetlig kommuneplan. Tiltakene i planperioden må primært søkes dekket ved omdisponeringer innenfor eksisterende driftsramme, og ved eventuelle økninger i statlige tilskudd.

Dersom det er endringer i behov hos brukerne, pga nye statlige føringer, må dette komme fram ved årlige evalueringer og fremkomme som nye tiltak i kommunens handlingsplan.