



ÅLESUND KOMMUNE

Re-/habiliteringsplan 2016-2020



“Hva er viktig for deg - hvordan kan vi bistå deg i å nå dine mål?”

KORTVERSJON

Vedtatt av Bystyret 03.03.2016

Innhold

1. Innledning.....	2
2. Hva er re-/habilitering?	2
3. Hva er viktig for deg – og hvordan kan vi bistå deg i å nå dine mål?	3
4. Re-/habiliteringspyramide.....	4
5. Endringer i tjenestene	4
6. Kommunale og sentrale føringer	4
7. Aktører i en re-/habiliteringsprosess	6
8. Brukerperspektiv	6
9. Kompetanse.....	6
10. Økonomi.....	7
11. Hovedmål	8
12. Handlingsplan	11

1. Innledning

Ålesund kommune har utarbeidet en re-/habiliteringsplan for å etablere en samlet oversikt over mange av de tjenester/virksomheter som er involvert i en rehabiliterings- og habiliteringsprosess, og for å lage en samlet strategi for å møte fremtidige utfordringer innen dette feltet. Planen skal sikre ivaretagelse av befolkningens behov for re-/habilitering på både kort og lang sikt. Planen er en fagplan til Kommuneplanen, og er beskrevet i Planstrategi 2012-2015. Bystyret vedtok planen i mars 2016 og dette dokumentet er en kortversjon av vedtatt plan.

Helse- og omsorgstjenestene står overfor store oppgaver fremover. Kommunen må påregne vekst i befolkningen, vekst i antall eldre som trenger tjenester, vekst i antall innbyggere med kompliserte sykdommer/funksjonsnedsettelse, og endring i forholdstallet mellom antall voksne i arbeidsstyrken og antall pensjonister/trygdede. Satsing på re-/habilitering er et sentralt virkemiddel for å møte fremtidige utfordringer, forutsatt at tjenesten organiseres og dimensjoneres riktig.

2. Hva er re-/habilitering?

I planen brukes betegnelsen **re-/habilitering** for å dekke både habilitering og rehabilitering. Habilitering og rehabilitering er i prinsippet det samme, forskjellene kommer til uttrykk i de utøvende tjenestene hvor det skilles på målgrupper. Bakgrunnen for et behov for **habilitering** kan være enten medfødte eller tidlig ervervet sykdom eller tilstand. Målgruppen kjennetegnes ved å ha langvarige behov som for noen varer livet ut. **Rehabiliteringsbegrepet** benyttes hovedsakelig om å gjenvinne tapte funksjoner som man en gang har hatt. Metodikken vil derfor være preget av re-læring av tidligere funksjoner og ferdigheter.

Begrepet re-/habilitering har tradisjonelt først og fremst vært knyttet til somatiske sykdommer. I helse- og omsorgstjenesteloven ble det i 2011 imidlertid presisert at habilitering og rehabilitering er «sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering». Eksempler på store pasientgrupper med et re-/habiliteringsbehov kan være:

- Personer med langvarige eller kroniske sykdommer, f.eks. kols, diabetes, hjerte- og karsykdom, kreft, og reumatiske lidelser.
- Personer med sosiale problemer, atferdsproblemer, psykiske lidelser og rusproblemer
- Eldre med sammensatt sykdomsbilde og funksjonstap
- Personer med muskel-skjelettplager som står i fare for å falle ut av arbeidslivet
- Barn med medfødte eller ervervede funksjonstap

- Personer med utviklingshemming.
- Personer som har gjennomgått hjerneslag
- Personer med nevrologiske lidelser eller hjerneskader
- Personer med syns- og/eller hørselstap
- Personer med brudd og andre skader

3. Hva er viktig for deg – og hvordan kan vi bistå deg i å nå dine mål?

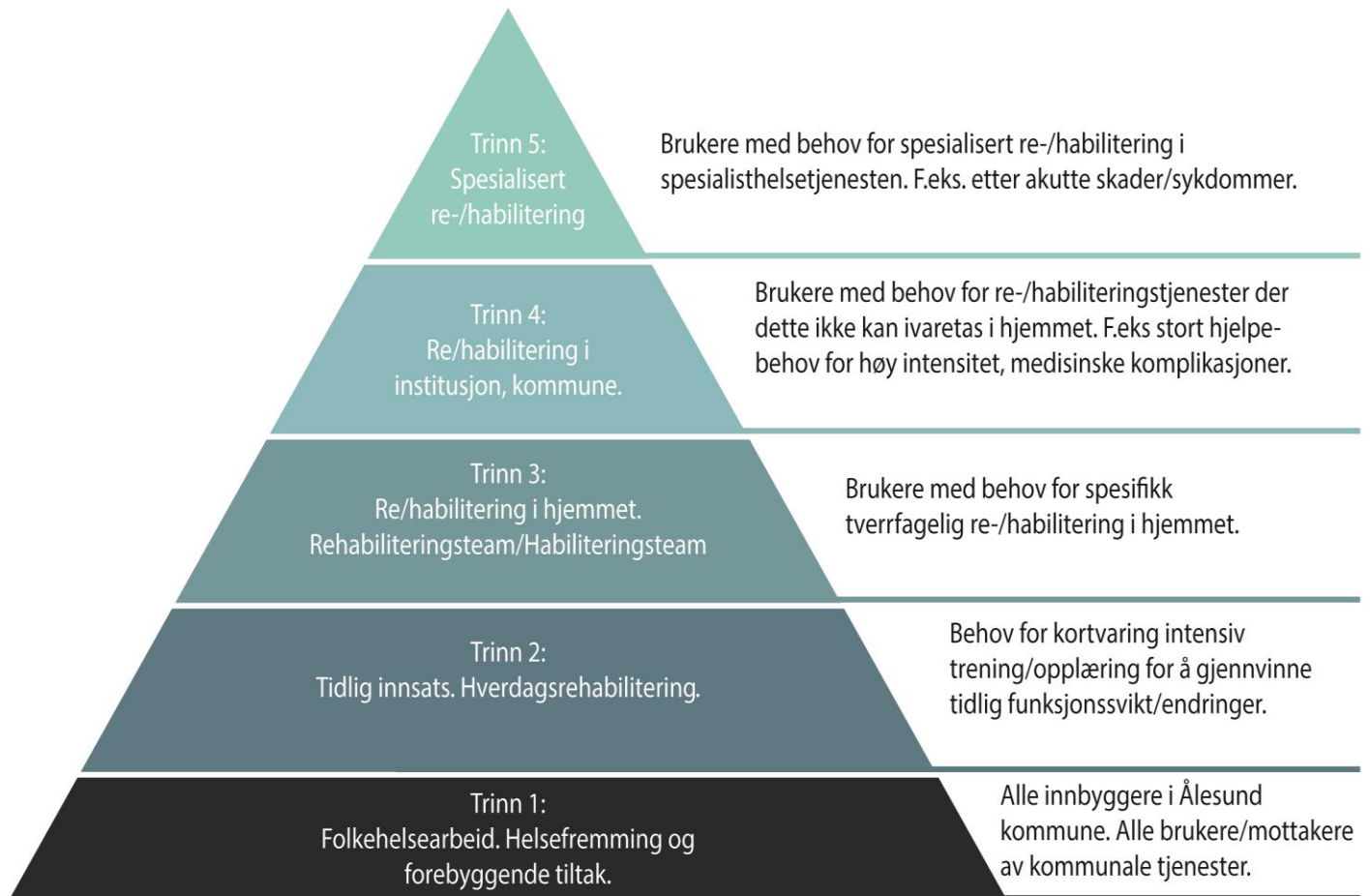
Grunnlaget for re-/habiliteringsarbeidet i kommunen skal være spørsmålet: «Hva er viktig for deg – og hvordan kan vi bistå deg i å nå dine mål?» Grunnlaget er basert på tre verdier: respekt for menneskeverdet, brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid.



Foto: Andreas Winther

4. Re-/habiliteringspyramide

Ulike re-/habiliteringstilbud kan fremstilles som en pyramide; med mange brukere og lite spesialiserte tilbud på det nederste trinnet, og stadig færre brukere og mer spesialisert høyere opp i pyramiden.



5. Endringer i tjenestene

Framtidens utfordringer innen re-/habilitering og i helse- og omsorgssektoren generelt, kan ikke møtes med å gjøre mer av det vi alltid har gjort. Ressursene må forvaltes slik at vi får mest mulig ut av dem. Dersom vi skal få mer ut av en begrenset ramme, må det arbeides mer med folkehelse og tiltak som understøtter befolkningens evne til å mestre egen hverdag enn det som blir gjort i dag. De kommunale tjenestene skal også legge til rette for, promotere og støtte opp under frivillig innsats blant annet ved å samarbeide med ideelle organisasjoner om rekruttering, organisering, koordinering, opplæring, motivasjon og veiledning. Satsing på re-/habilitering og folkehelse er sentrale virkemiddel til å møte framtidige utfordringer, forutsatt at tjenestene organiseres og dimensjoneres riktig.

6. Kommunale og sentrale føringer

Samhandlingsreformen signaliserer at kommunene bør ta et større ansvar for rehabilitering til store pasientgrupper som tidligere fikk sin rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. De pasienter som bør få sine rehabiliteringstilbud i tilknytning til hjemmet, eller som har behov

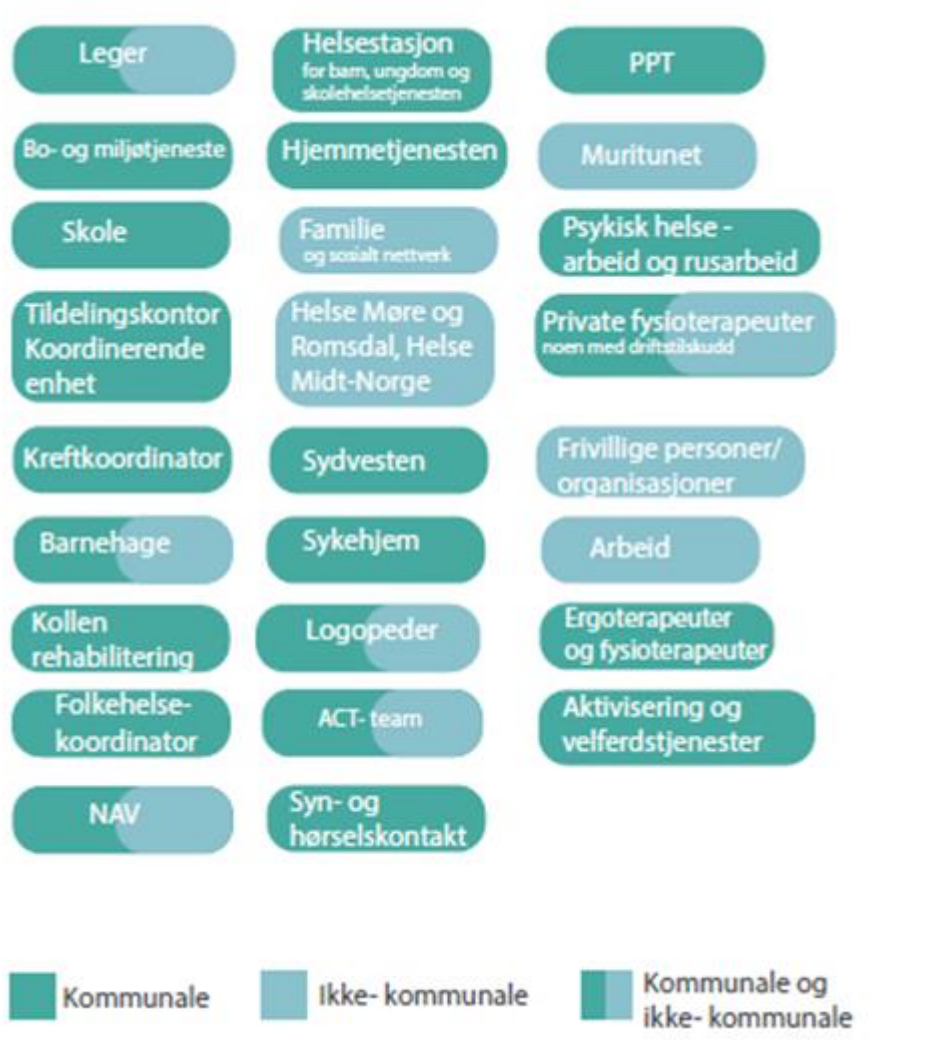
for tverrfaglig oppfølging over tid, skal få dette i kommunen. Mange opplever ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen som uklar. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder om dette, og Helse Midt-Norge og KS har utarbeidet en prosjektrapport om ansvarsdelingen.

Flere stortingsmeldinger de senere årene har fremhevet hvor viktig habilitering og rehabilitering er, og påpeker samtidig behovet for en dreining i tjenestene. Innovasjon og bruk av velferdsteknologi og hverdagsrehabilitering trekkes også frem som viktige virkemidler.

I Kommuneplan for Ålesund kommune 2008-2020 blir habilitering og rehabilitering beskrevet som sentralt i kommunens tjenestetilbud. Kommunen ønsker å legge til rette for at innbyggerne skal ha mulighet til å mestre egen hverdag og være ressurs i eget liv lengst mulig. Forebyggende tiltak i alle sektorer skal legge til rette for gode oppvekst- og levekår og gjøre det lettere å ta de sunne valgene. Det skal være god dialog mellom brukere, pårørende og tjenesteutøvere.

7. Aktører i en re-/habiliteringsprosess

Det er mange virksomheter og tjenester som arbeider med re-/habilitering, og kompleksiteten er stor.



Oversiktskartet er utarbeidet av arbeidsgruppa i samarbeid med team kommunikasjon i rådmannens stab.

Forklaring til oversiktskart: Oversikten inneholder kommunale tjenester (grønn farge), tjenester som ikke er kommunale, men som kan inngå i et re-/habiliteringsløp (lys blå farge). Videre er det med tjenester/virksomheter som er både private/statlige og kommunale (definert med to farger).

8. Brukerperspektiv

Pasienten/brukeren er den viktigste aktøren i all habilitering og rehabilitering. Brukerperspektivet legger til grunn at alle tiltak og tjenester i en habiliterings- og rehabiliteringsprosess skal ta utgangspunkt i pasient/brukers kunnskap, ressurser, behov og mål.

9. Kompetanse

Habilitering og rehabilitering er flere tjenester satt sammen til en helhet. Derfor er dette et krevende område. De ansatte må ha kompetanse på mange felt, må ha evne til å samarbeide

med bruker, pårørende, kollegaer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten, og med andre støttespillere i andre samfunnssektorer.

- Minimumskravet for kompetanse i enheter for rehabilitering og i rehabiliteringsteam/ oppsøkende rehabilitering, er tilgang på lege, fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, samt anvendelse av bruker- og pårørendekompetanse.
- Andre sentrale profesjoner som det bør være tilgang på - alt etter brukers behov - er vernepleiere, psykologer og logopeder med generell rehabiliteringskompetanse.
- Kommunene må også ha kompetanse innen psykisk helse, sosialfaglig- og spesialpedagogisk kompetanse, for eksempel innen hørsel og syn, samt tilgang på kompetanse fra andre sektorer i kommunen og andre lokale aktører som for eksempel NAV.
- Virksomheter som arbeider med re-/habilitering må inneha kompetanse innen motiverende intervju (MI) og ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).
- Styrking av kompetanse innen ledelse må være et prioritert område.
- Hverdagsmestring må innføres/implementeres i hjemmetjenesten og i institusjon, gjennom kompetanseløft, økt tverrfaglighet og kulturendring.
- For å sikre kvalitet og utvikling i tjenesten må det arbeides etter prinsippene i kunnskapsbasert praksis (forskningsbasert kompetanse/erfaringsbasert kompetanse/ brukerbasert kompetanse).
- Krav om kompetanse må innarbeides i kommunens overordnede kompetanseplan og i virksomhetenes egne planer.
- Økt bruk av velferdsteknologi i re-/habiliteringstjenestene. Dette kan bl.a. gjøres ved å utarbeide opplæringspakker innen velferdsteknologi og tjenesteutvikling til ansatte i helse -og velferdstjenesten.

10. Økonomi

Ålesund kommune er i en alvorlig økonomisk situasjon og er innmeldt i ROBEK. Dette betyr at kommunens akkumulerte underskudd må dekkes inn etter en forpliktende plan som må godkjennes av fylkesmannen. I tillegg må kommunen sørge for at den ordinære driften kommer i balanse – og for å oppnå balanse i økonomien må Ålesund kommune både redusere utgiftene og øke inntektene.

Ifølge KOSTRA-tall for 2014 koster en sykehjemsplass omtrent kr. 3 087 per døgn, mens en hjemmetjenestemottaker gjennomsnittlig koster kommunen kr. 670 per døgn. Dersom kommunen gjennom intensiv rehabilitering kan utsette behov for heldøgns omsorg og pleie i institusjon med eksempelvis ett år, er det et potensial for reduserte kostnader i størrelsesorden kr. 500 000 – 600 000 per person.

Kommunene kan ikke regne med at rammene fra staten øker tilsvarende den økningen som er nødvendig innen rehabiliteringsområdet. Skal kommunene få til en bærekraftig utvikling i helsetjenesten må en se på det tjenestespekteret en har i dag. En helse- og omsorgstjeneste som er tung på institusjonstjeneste og har liten satsing på tjenester som gjør det mulig for innbyggerne å bo hjemme også med omfattende helsebehov, må gjennom en tung prosess med nedtrapping av institusjonstjenesten.

Framtidens utfordringer innen helse- og omsorgssektoren kan ikke møtes med å gjøre mer av det vi har gjort lenge. Ressursene må forvaltes slik at vi får mest mulig ut av dem. Dersom vi skal få mer ut av en begrenset ramme, må det settes inn mer ressurser innen folkehelse og

tiltak som understøtter befolkningens evne til å mestre egen hverdag. Re-/habilitering blir derfor et sentralt virkemiddel til å møte framtidige utfordringer.

Forskningsmessig dokumentasjonen på effekten av rehabilitering er foreløpig begrenset og av varierende kvalitet. Interessen for dette området har økt sterkt siste årene, særlig i kommunene, noe som kan henge sammen med at kommunene er rammefinansiert og har en presset økonomi hvor det å få mest mulig ut av ressursene er påkrevet. Selv om forskningen er begrenset på dette området, er resultatene ganske entydige i den forskningen som finnes.



11. Hovedmål

Det er på bakgrunn av anbefalinger i planen utarbeidet 6 hovedmål for å møte dagens og fremtidige utfordringer innen rehabiliteringsfeltet. Alle hovedmålene har strategier for å kunne oppnå målene.

1. Aktiv brukermedvirkning (på individ, gruppenivå og kommune/systemnivå)

Strategi: Kommunen må arbeide for å sikre brukermedvirkning på *individnivå* ved å gi valgfrihet og innflytelse over egen helse og tjenestetilbud.

Dette kan gjøres ved mer bruk av kartleggingsverktøy, der ressurser og brukernes mål vektlegges (som f.eks. ICF), og innføring av elektroniske individuelle planer (EIP) for å sikre bedre kvalitet og mer aktive planer.

Det må arbeides systematisk med å skape en kulturendring i kommunen, for å sikre at ansatte alltid involverer brukeren i utviklingen av tjenesten. Brukerens behov skal være utgangspunktet.

Strategi: Kommunen må arbeide for å sikre brukermedvirkning på *gruppenivå* ved å tilby møter mellom pasienter/brukere i samme situasjon, god kontakt med interesseorganisasjoner og systematisk bruk av kartleggingsverktøy. Dette kan bl.a. gjøres ved at kommunen utvider

sitt tilbud innen læring- og mestring, f.eks. i samarbeid med Lærings- og mestringssenteret ved Ålesund sykehus, Ålesund frivilligsentral, ALV Møre og Romsdal m.fl.

Strategi: Kommunen må arbeide for å sikre brukermedvirkning på *systemnivå* gjennom ulike former for brukerorgan. Det bør legges til rette for at pasient- og brukerrepresentanter deltar i planlegging, utvikling og evaluering av rehabiliteringsvirksomheten. Brukerundersøkelser bør også brukes jevnlig.

2. Re-/habilitering og hverdagsmestring i alt vi gjør

Strategi: Grunnlaget for re-/habiliteringsarbeidet i kommunen skal være spørsmålet: «*Hva er viktig for deg – og hvordan kan vi bistå deg i å nå dine mål?*». Dette må innarbeides i alt vi gjør på alle nivå i organisasjonen.

Strategi: Vi må skape en kulturendring i kommunen som sikrer at det arbeides med hverdagsmestring der pasienten/brukeren er, bl.a. gjennom kompetanseløft og økt tverrfaglighet. Dette kan gjøres gjennom temadager/-samlinger for personalet og gjennom kurs og undervisning.

Strategi: Det må innføres aktiviteter og rehabilitering som fremmer egenmestring og økt funksjonsnivå på både korttidsplasser og langtidsplasser i sykehjem. Velferdsteknologi må tas i bruk der det kan understøtte rehabilitering.

Strategi: Det må utpekes ressurspersoner for re-/habilitering i aktuelle virksomheter.

3. Re-/habilitering i eller nærmest mulig i brukerens vante miljø

Strategi: Hverdagsrehabilitering må implementeres i hele hjemmetjenesten. Dette vil kunne gi en mer effektiv bruk av kommunens ressurser, helsegevinst for brukerne og er på sikt tidsbesparende for ansatte. Fysio- og ergoterapikompetansen i kommunen må derfor styrkes.

Strategi: For å gi brukerne et best mulig tilbud, bør oppsøkende re-/habiliteringsteam i brukers hjem benyttes mer enn i dag. Dette kan være kommunale re-/habiliteringsteam, men også team fra spesialisthelsetjenesten.

Strategi: Kommunen må utvikle nok kapasitet for aktivitet og arbeid for personer som må ha tilrettelegging, gjerne i samarbeid med næringslivet.

4. God kvalitet, basert på bred tverrfaglig kompetanse

Strategi: For å sikre god kvalitet i tjenestene og effektiv ressursutnyttelse, må vi sikre tilgang på bred tverrfaglig kompetanse, og kunnskapsbasert praksis må legges til grunn for alt re-/habiliteringsarbeid.

Strategi: Virksomheter som arbeider med re-/habilitering må inneha kompetanse innen motiverende intervju (MI) og kartleggingsverktøyet ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).

Strategi: Økt bruk av velferdsteknologi i re-/habiliteringstjenestene. Dette kan bl.a. gjøres ved å utarbeide opplæringspakker innen velferdsteknologi og tjenesteutvikling til ansatte i helse- og velferdstjenesten. Nye arbeidsmetoder må tas i bruk, som f. eks. videokommunikasjon, der en lege/fysioterapeut/ergoterapeut o.l. kan kommunisere direkte med bruker og/eller med en ansattgruppe.

Strategi: Ålesund kommune og spesialisthelsetjenesten bør samarbeide om prosjekter, hospitering, veiledning og opplæring.

Strategi: Ålesund kommune og utdanningsinstitusjoner (som Høgskoler, NTNU m.m.) bør samarbeide om prosjekter, kompetanseheving og forskning innen re-/habiliteringsfeltet.

5. Sømløse overganger og godt samarbeid mellom tjenester/nivå

Strategi: Alle virksomheter må prioritere arbeidet med å sikre godt koordinerte overganger og planlagte forløp mellom tjenestene, spesielt for barn og unge.

Strategi: Erfaringer fra prosjekter som «Livsløpsgarantien» må benyttes som utgangspunkt for arbeid knyttet til habilitering, men bør også være til inspirasjon ved all tjenesteyting.

Strategi: For å sikre gode og sømløse overganger mellom tjenester/nivå, må arbeidet med å rekruttere og utvikle dyktige koordinatorene prioriteres. Det er viktig å få rekruttert og lært opp koordinatorene fra andre enn helse- og omsorgstjenestene, f.eks. fra skole og barnehagesektoren.

Strategi: Det må være et tettere samarbeid og det bør etableres faste møtepunkter for flere av de tjenestene/virksomhetene som arbeider med re-/habilitering. Dette for at de skal få større kjennskap til hverandres fagfelt og et bedre samarbeid - noe som vil gi bedre kvalitet, og bedre koordinerte tjenester for brukeren.

Strategi: Kommunen må sikre at ansatte er gode til å samarbeide med flere aktører samtidig; bruker, pårørende, kollegaer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten, og med andre støttespillere i andre samfunnssektorer.

6. Effektiv og målretta bruk av samfunnets ressurser (bærekraftig utvikling og innovasjon)

Strategi: Forbyggende og helsefremmende tiltak må ha høy prioritet, både for å bedre livskvaliteten til den enkelte, men også for å unngå kostbar «reparasjon». Prioriteringer og tiltak må være tydelige og synlige i andre sektorplaner enn bare helsesektorens.

Strategi: Re-/habiliteringsarbeidet må skje gjennom prosesser som setter folk i stand til å ta vare på egen helse. Når økt mestringsevne er oppnådd, bør rehabiliterings- eller folkehelseiltak med lavere terskel settes inn (jamfør rehabiliteringspyramiden) for at funksjonsnivå skal vedlikeholdes.

Strategi: Kontinuerlig effektivisering og utnyttelse av de muligheter som ligger i å skape treffsikre tjenester. Dette arbeidet må gjøres gjennom å utvikle og ta i bruk nye omsorgsformer, ny teknologi, ny kunnskap, nye faglige metoder, og etablering av organisatoriske og fysiske rammer som fremmer rehabilitering og egenmestring.

Strategi: Få kunnskap om, lete frem og mobilisere de samlede omsorgsressursene, også frivillige. Flere kommunale virksomheter bør involvere frivillige i sine tjenester for å etablere/videreutvikle aktivitetstilbud o.l. Dette kan bidra til å øke livskvaliteten til brukerne og deres pårørende.

Strategi: Kommunen bør videreutvikle dagsentertilbudet ut ifra behov, og videreutvikle aktivitets- og avlastningstilbudet (både gjennom aktivitetsgrupper, i institusjon og i hjemmet).

Strategi: Arbeid med å koordinere, sikre fagutvikling og kompetanseheving innen fagfeltet re-/habilitering må være et prioritert område.

12. Handlingsplan

Ålesund kommune er i en alvorlig økonomisk situasjon og er innmeldt i ROBEEK, og handlingsplanen nedenfor gjenspeiler det. Handlingsplanen er utarbeidet for å lage tiltak som bidrar til at de hovedmål og strategier som nevnes ovenfor blir gjennomført. Handlingsplanen skal rulleres årlig i forbindelse med rullering av budsjett- og økonomiplan og handlingsdelen til Kommuneplanen.

Tiltak nr.	Tiltak (hele tusen)	2016	2017	2018	2019	Merkna d	Ansvar
1	Opprette Brukerutvalg for helse- og omsorgstjenestene i kommunen.	0	50	50	50	Er politisk vedtatt, men det er ikke bevilget midler.	Politisk avdeling/ Helse- og velferds- teamet i rådmann- ens stab/ Virksom- hetsledere
2	Spørsmålet « <i>Hva er viktig for deg- og hvordan kan vi bistå deg i å nå dine mål?</i> » skal være grunnlaget for alt re-/habiliteringsarbeid. Det må arbeides systematisk med kompetanseheving innen brukerkompetanse.	0	0	0	0		Helse- og velferds- teamet i rådmann- ens stab/ Alle.
3	Implementere Hverdagsrehabilitering i hele kommunen ved å tilføre årsverksressurser til Ergo-fysio-/syn- og hørselstjenesten. Til «motorteamet»: 1 årsverk ergoterapeut, 1 årsverk fysioterapeut.	1 118	1 102	1 102	1102	Vedtatt i øk. og budsjett- plan for 2016- 2019.	Virksom- hetsledere
4	Generell styrking av ergoterapi- og fysioterapitilbudet da kapasiteten per i dag er for lav.		650	1 300	1 930	Må inn- arbeides i budsjett og økonomi -plan	Helse- og velferds- teamet i rådmann- ens stab.
5	Kapasitet og organisering av	0	0	0	0		Rådmann-

	logopedtjenesten bør gjennomgå/evalueres.						en/ Teamene i rådmannens stab.
6	Bidra til «re-/habilitering i alt vi gjør» ved å øke teamlederfunksjonen ved Ergo-fysio-/syn- og hørselstjenesten fra 50 % til 100 %		300	300	300	Må innarbeides i budsjett og økonomi-plan	Helse- og velferds-teamet i rådmannens stab.
7	Det må sikres en rådgiverstilling i rådmannens stab, som har en helhetlig oversikt over re-/habiliteringsfeltet og som er pådriver for fagutvikling, og kompetanseheving innen fagfeltet.	0	0	0	0	Omdefinering av eksisterende stillinger.	Helse- og velferds-teamet i rådmannens stab.
8	Opplæring, undervisning og kursing av nøkkelpersonell, ledere og andre innen re-/habiliteringsfeltet. Lage undervisningsopplegg, arrangere konferanser o.l.	0	100	100	100	Kurs innen MI ¹ er i gang-satt.	Helse- og velferds-teamet i rådmannens stab i samarbeid m.fl.
9	Innkjøp av modul til bruk av elektronisk individuell plan (sikre god brukervedvirkning).		250	0	0		Helse- og velferds-teamet i rådmannens stab.
10	Utarbeide en kompetanseplan for re-/habiliteringsfeltet som blir en del av den overordna kompetanseplanen i kommunen.	0	0	0	0		Helse- og velferds-teamet i rådmannens stab.
11	Søke eksterne midler til prosjekt, kompetansehevende tiltak, konferanser o.l.	0	0	0	0		Helse- og velferds-teamet i rådmannens stab/ Alle.
12	Oppnevne ressurspersoner innen re-/habilitering i hver virksomhet i hjemmetjenesten og	0	0	0	0		Virksomhetsledere.

¹ Motiverende intervju.

	sykehjemmene.						
13	Implementere velferdsteknologi som en del av re-/habiliteringstjenestene i kommunen. Det anbefales at det oppnevnes ressurspersoner innen velferdsteknologi i virksomhetene og at det samarbeides med ALV M&R om utprøving og implementering av teknologi.					Det pågår utprøving av Velferdsteknologi-ens ABC.	Virksomhetsledere/ Helse- og velferds-teamet i rådmannens stab.
14	«Livsløpsgarantien» skal gjøres kjent og prinsippetknningen i denne «garantien» skal tas i bruk i hele kommunen.	0	0	0	0		Virksomhetsledere.
15	Styrke kompetansen om rehabilitering av personer med kreft/kreftoverlevende og som en del av dette videreføre stillingen som kreftkoordinator i fast stilling når prosjektsamarbeidet med Kreftforeningen er avsluttet.	230	501	652	753	Stilling som kreftkoordinator er vedtatt i øk. og budsjettplan for 2016-2019.	
16	Arbeide med tjenstedesign/ tjenesteutvikling, og andre innovative måter å gjennomgå tjenestetilbudene på. Dette for å skape treffsikre og brukervennlige tjenester.						Rådmann/ Alle.
17	Samarbeide med eksterne aktører som spesialisthelsetjenesten, Høgskoler, NTNU m.m. Dette for å utvikle tjenestetilbudet innen re-/habilitering (prosjekter, forskning, ambulante team, undervisning, hospitering m.m.)	0	0	0	0		Rådmann/ Helse- og velferds-teamet i rådmannens stab.
18	Flere kommunale virksomheter skal involvere	0	0	0	0		Helse- og velferds-

	frivillige i sine tjenester.						teamet i rådmannens stab/ Virksomhetsledere.
19	Sikre at mål, strategier og anbefalinger i denne planen blir innarbeidet i handlingsdelen av kommuneplanen og diskutert i aktuelle fagforum og ev. andre møteplasser.	0	0	0	0		Helse- og velferds-teamet i rådmannens stab.