

Kommunestyret den 24.06.03, saksnr. 0042/03

Saksordfører: Sissel Bjørøen.

Saksbehandlar: Helene Holand.

Vedtak:

1. Endret "Plan for habilitering og rehabilitering i Gol kommune" godkjennes som retningsgivende for denne delen av helsetjenesten.
2. Det etableres et koordinerende team for habilitering/rehabilitering som har disse medlemmene:
 - Kommunelege
 - Kommunefysioterapeut/ Kommuneergoterapeut
 - Psykiatrikoordinator
 - Konsulent for funksjonshemma
 - Fagkonsulet i omsorgsavdelinga

Reviderte retningslinjer for ansvarsgrupper godkjennes

Plan for habilitering og rehabilitering i Gol kommune.



Hemmeligheten i all hjelpekunst.....

*.....når det i sandhet skal lykkes en at føre et menneske et bestemt sted hen,
først og fremst må påse at finde ham der han er,
og begynde der.*

Dette er sandheten i all hjelpekunst.

*Enhver der kan det,
Han er selv i en inbilning,
Når han mener at kunne hjælpe andre.
For i sandhed at kunne hjælpe en anden
Må jeg kunne forstå mer end ham -
Men dog først og fremst forstå det, han forstår.
Når jeg ikke gør det,
Da hjælper min mer-forståelse ham slett ikke.*

Søren Kirkegaard

Innhald.

FORORD.	5
1. INNLEIING	6
2. BAKGRUNN	7
2.1 Lovgrunnlag	7
2.2 Definisjonar	7
2.3 Målgrupper.....	7
2.4 Brukarmedverknad.	7
3. OVERSIKT OVER EKSISTERANDE TENESTER OG TILTAK.	7
3.1 Kommunale tenester	7
3.1.1.Helseavdelinga.....	8
3.1.1.1 Legeteneste	8
3.1.1.2 Fysioterapiteneste	8
3.1.1.3 Ergoterapiteneste	8
3.1.1.4 Helsestasjon og skulehelseteneste	8
3.1.1.5 Psykisk helsevern	8
3.1.2 Omsorgsavdelinga	8
3.1.3 Sosialavdelinga	8
3.1.4 Opplæringsavdelinga	9
3.1.5 Kulturavdelinga.	10
3.2 Frivillige tenester	10
3.3 Statlege tenester	10
3.3.1 A-etat	10
3.3.2 Trygdeetaten	10
3.4 Sjukehus og poliklinikkar	10
3.5 Andre	11
4. ORGANISERING	11
4.1 Koordinerande eining.	11
4.2 Individuell koordinator.	11
5. SAMARBEID	12
6. KOMPETANSE.	12

7. TILTAK.	12
7.1 Etablere koordinerende eining for re-/habilitering.	12
7.2 Etablere faglege team for re-/habilitering.	13
7.3 Kompetanseheving innanfor fagfeltet.	13
8. DEFINISJONAR.	13
8.1 Individuell plan	13
8.2 Koordinerende eining.	13
8.3 Kontaktperson.	13
8.4 Ansvarsgruppe.	14
8.5 Ansvarsgruppemøte.	14
8.6 Samarbeidsmøte.	14
8.7 Tverrfagleg møte.	14
8. 8 Tiltaksmøte.	14
9. SLUTTORD.	14
10. EVALUERING AV PLANEN.	14
VEDLEGG	15

Forord.

Rehabilitering bygger på respekt for menneskeverdet og er uavhengig av graden av funksjonshemming og den enkelte si evne til å arbeide. Rehabilitering må ta utgangspunkt i mennesket sin rett til sjølv å bestemme over vitale livsforhold og til å formulere egne mål.

Mål for arbeidet med rehabilitering i Gol kommune:

- Å sikre at personar som har behov for habilitering og rehabilitering blir tilbydd og ytt tenester som kan bidra til stimulering av eiga læring, motivasjon, auka funksjons- og meistringsevne, likeverd og deltaking.
- Å sikre at tenestene blir ytt samordna, tverrfagleg og planmessig.
- Å sikre at tenestene blir ytt ut frå eit brukarperspektiv.

I denne planen legg arbeidsgruppa fram eit forslag til korleis arbeidet med habilitering og rehabilitering kan organiserast i Gol kommune. Forslaget bygger på dei ressursane vi har i dag og den måten dei kommunale tenestene er organiserte på.

1. Innleiing

Medisinsk rehabilitering har vore lovpålagt sidan Lov om helsetenesta i kommunane av 10.nov 1982 påla kommunane å organisere og drive medisinsk rehabilitering som ei av fire hovudoppgåver:

- Fremje helse og førebygge sjukdom, skade og lyte.
- Diagnostisere og behandle sjukdom, skade og lyte
- Medisinsk habilitering og rehabilitering.
- Pleie og omsorg.

Kommunen sitt ansvar for habilitering og rehabilitering er nærare omtala i Forskrift om habilitering og rehabilitering av 28.juni 2001:

- Kommunen skal ha generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen.
- Kommunen skal sørge for at alle som bur eller oppheld seg i kommunen blir tilbydd nødvendig utredning og oppfølging ved behov for habilitering og rehabilitering.
- Tenester som er ein del av kommunen sitt helsetilbod, skal integrerast i eit samla re-/habiliteringstilbod.
- Rehabilitering skal vera uavhengig av brukaren si buform.
- Pasientar med behov for langvarige og koordinerte tenester har rett til å få utarbeidd ein individuell plan. Jfr. Forskrift om individuelle planar av 8.juni 2001.

I samsvar med vedtak i UKL 10.10.01 vart denne plangruppa invitert til å vera med på arbeidet:

Kommunelege 1 Kitty Line Scheen
Kommunefysioterapeut Arnhild Ødegaard
Omsorgsleiar Helene Holand
Sosialkonsulent/koordinator for funksjonshemma Vlasta Sundmoen
Psykiatrikoordinator Helen Jensen
Vaksenopplæringa/ logopediteneste Hallvor Lilleslett
PPT Ole Tom Nord
Aetat
Trygdekontoret
Brukarrepresentant Anne Marie Rensel

Desse har teke aktivt del i planarbeidet:

Kommunelege 1 Kitty Line Scheen
Kommunefysioterapeut Arnhild Ødegaard
Kommuneergoterapeut Helene Holand
Koordinator for funksjonshemma Vlasta Sundmoen
Vaksenopplæringa Hallvor Lilleslett
Brukarrepresentant Anne Marie Rensel.

2. Bakgrunn.

2.1 Lovgrunnlag

- Lov om helsetenester i kommunen. (1982)
- Forskrift om rehabilitering og habilitering. (2001)
- Forskrift om individuelle planar (2001)
- Pasientrettighetsloven (2001)
- Helsepersonelloven (2001)
- Opplæringslova § 4a.1 og 4a.2 (2000)

2.2 Definisjonar

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gje nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet. (Forskrift om habilitering og rehabilitering)

Rehabilitering er arbeidet med å redusere konsekvensar av sjukdom eller skade som har oppstått etter normalutvikling. Rehabilitering kan omfatte tiltak som gir eller gjenopprettar funksjonar, eller som kompenserar for tapt eller manglande funksjon eller funksjonsevne. Rehabilitering omfattar ikkje akutt medisinsk behandling. (FN's standardreglar for like muligheter for menneske med funksjonshemming)

Habilitering er et målretta arbeid for å bygge opp og støtte funksjonar, samspel og livskvalitet hos menneske med tidleg erverva eller medfødde funksjonshemmingar." (Veileder i habilitering for barn og unge)

2.3 Målgrupper

Målgruppene for habilitering og rehabilitering er i utgangspunktet alle som har behov for assistanse til å nå eller halde vedlike sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle, psykiske og sosiale funksjonsnivå. Ein diagnose vil berre vera eit utgangspunkt for ein rehabiliteringsprosess der fokus vil vere på funksjonsnivå og -potensiale og ikkje på sjukdom og sjukdomsårsak. (st.meld. 21)

Desse situasjonane kan innebere behov for rehabilitering:

- funksjons*svikt* ved medfødde, kroniske sjukdommar og tilstandar.
- Funksjon*stap* ved sjukdom og skade som har oppstått seinare i livet.
- Funksjons*vedlikehald* for å unngå forverring av funksjonshemmingar.
- Funksjonsomstilling ved overgang til ny livsarena (td. frå skule til arbeid), eller ved endre krav i omgivnadane til den enkelte (t.d. i bu- eller arbeidssituasjonen) (st.meld.21)

2.4 Brukarmedverknad.

Habilitering og rehabilitering på individnivå forutset at brukar blir gitt høve til å delta aktivt i eigen prosess. Det er særleg viktig at brukar sjølv definerer og eig egne problem. Brukar må få innsikt nok i eigen situasjon til å definere sine egne mål for rehabiliteringsarbeidet. Tenesteytar må syte for overføring av informasjon og kunnskap til brukar slik at måla kan bli mest mulig realistiske. Det vil auke sjansen for å nå måla.

Det må takast omsyn til pårørande sin situasjon og deira behov. Dei har rett til å medverka dersom brukaren ikkje har samtykkekompetanse.

3. Oversikt over eksisterande tenester og tiltak.

3.1 Kommunale tenester

3.1.1.Helseavdelinga

3.1.1.1 Legeteneste

Det er to legekontor i Gol; Kommunelegekontoret og dr. Feet sitt kontor. Alle legane har fastlegeavtale. Alle innbyggjarar har rett til å ha ein fastlege. Fastlegen har ansvar for å følge opp alle medisinske utfordringar for pasientane på si liste. Det er fastlegen som kan henvise til andrelinje-tenesta. Vidare er det ofte nødvendig med legeerklæring i ulike trygdespørsmål (sjukemelding, trygdesaker, hjelpemidler m.m.) Dette er fastlegens oppgave. Når medisinsk oppfølging er ein del av tiltaka rundt ein pasient, er det naturleg at fastlegen deltar i ansvarsgruppe. Fastlegane samarbeider med alle etatar og tenesteområde i kommunen.

3.1.1.2 Fysioterapiteneste

Fysioterapi er forebyggjande og behandlande verksemd av sjukdommar og lidingar i muskel-skjelettsystemet. Målet for fysioterapitiltak er å betre funksjonsevne og livskvalitet gjennom trening, kroppslege læringsprosessar og tilrettelegging av omgivnader.

3.1.1.3 Ergoterapiteneste

Ergoterapi er eit tilbod til menneske som av ulike årsaker har vanskar med å utføre daglege aktivitetar. Tiltaka tar sikte på å fremje aktivitet, deltaking, tilhøyrighet og tilfredsheit i heim, skule, arbeid og fritid. Menneske sine ønske for eige liv, aktivitetsvanar, kroppslege og mentale føresetnader er grunnlaget for all ergoterapi. Ergoterapeuten vurderer også på kva måte omgivnader hemmar eller fremmar menneske sin aktivitet.

3.1.1.4 Helsestasjon og skulehelseteneste

Helsestasjon gir tilbod til alle born og familiar. Helsestasjon har ansvar for å undersøke og vurdere borna si utvikling både når det gjeld språk, motorikk og psykososiale tilhøve. Avvik frå det normale vil ofte bli oppdaga på Helsestasjonen. Helsestasjonen skal, i samarbeid med fastlegen, medverka til at desse borna blir undersøkt og utreda etter behov. Helsestasjonen har ikkje behandlingsansvar.

Skulehelsetenesta er ei vidareføring av det helsefremmande og forebyggjande arbeidet i helsestasjonen. Det er eit tilbod til alle born og unge enten gjennom kontakt med eleven individuelt eller i gruppe. Det er skulehelseteneste i barneskulen, ungdomsskulen og i vidaregåande skule. Skulehelsetenesta har ansvar for å medverka til tilrettelegging av skulesituasjonen rundt born og unge med spesielle behov. Skulehelsetenesta driv opplysningsarbeid og veiledning for lærarar.

3.1.1.5 Psykisk helsevern

Målgruppa for tenestetilbodet er menneske med psykiske vanskar og/eller deira pårørande.

Hovedoppgåva er koordinering av tenester og utvikling av tiltak for menneske med psykiske vanskar.

Psykisk helsevern er ei Kompetanseining som har ansvar for rettleiing av andre tilsette i hjelpeapparatet.

Målet for tenestetilbodet er å fremme evne til mestring av eige liv gjennom personleg vekst og mest mogeleg sjølvstendig tilvære.

3.1.2 Omsorgsavdelinga

Omsorgstenesta i Gol gjev tenester både i egen heim og institusjon.

Et overordna mål er "hjelp til sjølvhjelp". Tenestene er organiserte i to soner, sone øst og sone vest, og omfattar:

- heimesjukepleie, inkludert hjelp til å administrere medisinar
- praktisk bistand og opplæring som miljøarbeider-teneste og heimehjelp
- plass på sjukeheim
- avlasting
- omsorgslønn
- omsorgsbustader og trygdebustader
- matombringning
- tryggleiksalarm
- Vinn, kommunal del.

Kva for hjelp den einskilde skal få, blir avtalt mellom den det gjeld, dei pårørande og avdelinga. Tilbod om hjelp blir gitt på grunnlag av enkeltvedtak etter søknad.

3.1.3 Sosialavdelinga

- råd og veiledning i sosiale og økonomiske spørsmål

- støttekontakt og avlasting
- rusomsorg
- økonomisk stønad
- Barneverntenester
- Bustønad
- Transport for funksjonshemma.
- Oppfølging av flyktningar.

Tilbod om hjelp blir gitt på grunnlag av enkeltvedtak etter søknad.

3.1.4 Opplæringsavdelinga

- Spesialpedagogisk hjelp til born i førskulealder.
- Grunnskule. Alle elevar har rett til tilpassa opplæring.
- Vaksenopplæring

Spesialpedagogisk undervisningstilbod til menneske som treng særskilt tilrettelagt undervisning for å fungere betre i kvardagen. Grunnen kan vera afasi, dysleksi, lærevanskar, manglande grunnskuletilbod i ungdommen, sjukdom eller skade etter endt utdanning som gjer at ein treng opplæring. Undervisning i einetimar eller i små grupper. Undervisninga kan omfatte alt frå grunnleggande lese- og skriveopplæring til personleg økonomi og daglege aktivitetar.

Spesialpedagogisk hjelp blir gitt på grunnlag av enkeltvedtak etter sakkunnig uttale frå Pedagogisk-Psykologisk Teneste.

3.1.5 Kulturavdelinga.

- Ledsagerbevis for funksjonshemma som har behov for følge på reiser eller for å delta på idrettsaktivitetar, kulturarrangement eller liknande gjev ledsager fritt tilgjenge eller redusert pris.
- Dekking av utgifter til ledsager på ferie og fritidsturar.

Begge delar blir tildelt etter søknad til kulturkontoret.

3.2 Frivillige tenester

- Frivillige organisasjonar, Frivillighetssentralen, andre frivillige lag og organisasjonar (kulturkontoret har oversikt)
- Brukerorganisasjonar (SAFO, FFO)

3.3 Statlege tenester

3.3.1 A-etat

- Yrkesmessig attføring
- Arbeid med bistand.
Arbeid med bistand blir gitt til den som treng hjelp til å skaffe seg og behalde ein jobb. Vilåret for å komme inn under ordninga er at ein allereide har stønad, t.d. yrkesmessig attføring, uførepensjon eller rehabiliteringspengar.
- Arbeidspraksis.

3.3.2 Trygdeetaten

- Hjelpemiddelsentralen i Buskerud.
- Hjelpemiddelsentralen skal bidra til at funksjonshemma får løyst dei praktiske vanskane dei har i heimen, i arbeid og i fritid. Verkemiddel til dette er tekniske hjelpemiddel, ergonomiske tiltak og tolketeneste. Gol Kommune har samarbeidsavtale med Hjelpemiddelsentralen i Buskerud. Kommunefysioterapeuten er kommunen sin kontaktperson for Hjelpemiddelsentralen.
- Sjukepengar.
Blir gitt ved sjukemelding i inntil 52 veker.
- Rehabiliteringspengar.
Kan utbetalast når retten til sjukepengar er brukt opp dersom ein framleis er under aktiv behandling for å betre arbeidsevna. Blir vanlegvis ikkje gitt meir enn 52 veker.
- Yrkesretta attføring.
Dersom ein på grunn av sjukdom, skade eller lyte har fått varig nedsett evne til å utføre inntektsgjevande arbeid, eller har fått vesentlig innskrenket mogelegheiter til å velge yrke eller arbeidsplass, kan ein få tilbod om tiltak slik at ein kan få eller behalde høveleg arbeid. Yrkesretta attføring er eit samarbeid mellom trygdeetat og Aetat.
- uføretrygd
- grunn- og hjelpestønad

3.4 Sjukehus og poliklinikkar

- BSS, Buskerud sentralsjukehus
- Ringerike sjukehus
- Hallingdal sjukestugu
- Team for habilitering
- Team for rehabilitering

3.5 Andre

- Opptreningsinstitusjonar
- Institusjonar innan rusomsorg /rusmiddelomsorg

4. Organisering

4.1 Koordinerande eining.

I følge forskrift om habilitering og rehabilitering skal det finnast ei koordinerande eining for habiliterings- og rehabiliteringsverksemda i kommunen.

I denne planen foreslår sektoren at det etableres ei koordinerande eining for habilitering og rehabilitering i Gol kommune. Eininga skal og være ei ressursbase der andre tilsette kan få hjelp, råd og rettleiing. Eininga skal sørge for at det tverrfaglege arbeidet kjem i gang, og at dei som treng det får ein individuell koordinator.

Eininga har denne samanstillinga:

- kommunelege
- kommunefysioterapeut
- kommuneergoterapeut
- sosialkonsulent/koordinator for funksjonshemma
- psykiatrikoordinator

4.2 Individuell koordinator.

Individuell koordinator skal være bindeledd mellom bruker og tenesteapparatet. Pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helsetenester har rett til å få utarbeidet individuell plan. Pasienten skal ha en tenesteyter som har ansvar for oppfølging. Denne tenesteyteren kaller vi individuell koordinator. Pasienten eller brukeren har rett til å påvirke valg av individuell koordinator. Kvar koordinator er tilsett vil variere ut frå behova til brukaren behov. Koordinator kan komme frå PP-tjenesten, helsetenestene, omsorgstenestene, Aetat, sosialtjenestene, barnehage, skole eller andre. Bruker i samarbeid med individuell koordinator vurderer om det er behov for å opprette ei ansvarsgruppe.

5. Samarbeid

Samordna og tverrfaglege tenester krev samarbeid på tvers av faglege og administrative skilleliner. Dette gjeld både i utarbeiding av individuell plan og i den konkrete tenesteytinga. Tverrfagleg samarbeid er ein føresetnad for å nå målet om at tenestene skal vera samordna, tverrfaglege og planmessige. Dette krev ein annan type kompetanse hjå personalet enn det tradisjonelle fleirfaglege samarbeidet.

Det er viktig å legge til rette for vidareutvikling av samarbeidet mellom 1. og 2.linetenesta. Tydeleg ansvars plassering for saker som gjeld habilitering og rehabilitering i kommunen vil vera eit viktig bidrag for å sikre informasjonsoverføring mellom dei to nivåa.

6. Kompetanse.

Det er viktig at helsepersonell innan habilitering og rehabilitering får oppdatert kompetansen sin. Kommunen må sørge for at personalet blir gitt opplæring som er nødvendig for at dei skal yte forsvarleg teneste. Utvikling av re-/habiliteringsfeltet vil kunne gjera etter- og vidareutdanning påkrevd. Personellet i kommunen må få tilført nødvendig kompetanse for å realisera målsettinga som presisert i kapittel 1 i dette dokumentet.

I tillegg til fagspesifikk kompetanseutvikling vil det i re-/habiliteringsverksemd vera behov for kompetanseutvikling som er felles for ulike tenesteytarar. Dette gjeld m.a. på områda: individuelt planarbeid, brukarmedverknad, tverrfagleg samarbeid.

Det kan vera aktuelt med samarbeid på interkommunalt eller regionalt nivå for å legge til rette for kompetanseutvikling på dette fagfeltet.

7. Tiltak.

7.1 Etablere koordinerende eining for re-/habilitering.

Med slik samansetning:

Kommunelege

Kommunefysioterapeut

Kommuneergoterapeut

Sosialkonsulent/koordinator for funksjonshemma

Psykiatrikoordinator

Ressursbehov: omdisponering av noverande stillingar

Tidspunkt: 01.09.2003

Ansvar: Avdelingsleiar helse.

7.2 Etablere faglege team for re-/habilitering.

7.3 Kompetanseheving innanfor fagfeltet.

- Dagskonferanse i samband med iverksetting av planen.
Målgruppe: alle yrkesgrupper i kommunen som arbeider innanfor fagfeltet, personale i post/arkiv/resepsjon og brukarrepresentantar.
Ressursbehov: 10 000 kr.
- Skolering av medlemmer i teama og kontaktpersonar i ansvarsgrupper.
Ressursbehov: 50 000 kr.
- Årlege dagskonferansar (heil eller halv dag)
Ressursbehov: innanfor ordinært budsjett. Evt. i samarbeid med re-/habiliteringstenesta i Helse Sør.
- Fagleg veiledning for medlemmene i teama.
Ressursbehov: 50 000 kr.

8. Definisjonar.

8.1 Individuell plan

Alle personar som har behov for langvarige og samansette tenester har rett til å få ein individuell plan. Den individuelle planen skal omfatte alle tenestemråde og forvaltningsnivå og bør omfatte alle tenester. Planen skal konkretisere behovet for tenester som den enkelte har og korleis behova skal dekkast. Den individuelle planen skal beskrive korleis tenestetilbodet skal tilpassast den enkelte sitt behov. Personen som det blir utarbeidd plan for, må ha ei sentral rolle i planarbeidet.

Retten til å få utarbeidet en individuell plan går fram av lov om pasientrettigheter (§2-5), Spesialisthelsetjenesteloven (§2-5), lov om psykisk helsevern (§4-1). Det blir arbeid med å lovfeste retten i lov om helsetenesten i kommunene og eventuelt lov om opplæring.

Ein grunnstruktur som planen kan disponerast etter kan sjå slik ut:

1. Situasjonsbeskrivelse
2. Ønske og mål
3. Tiltak og tenester
4. Koordinering
5. Status og evaluering

Den individuelle planen skal vera enkel og oversiktleg og kan difor ikke omfatte detaljar. Det kan vera nødvendig å utforma eigne planar for ulike tenestemråde..

Ein individuell plan gjev ikkje større rett til helsehjelp enn det som følger av regelverket elles.

8.2 Koordinerande eining.

Koordinerande eining får alle nye henvendinger ved behov for re-/habilitering. Eininga skal mellom anna:

- Innhente nødvendige opplysninger
- Ha ansvar for at den det gjeld får ein kontaktperson
- Etter fullmakt frå brukeren orientere aktuelle instansar og fageiningar om brukeren og behov for tenester frå dei.

8.3 Kontaktperson.

Alle brukarar skal ha sin kontaktperson som skal fungere som eit bindeledd mellom brukaren og tenesteapparatet. I følge Veileder for individuell plan (2001) bør brukaren sjølv kunne påverke valet av kontaktperson. Kontaktpersonen skal mellom anna:

Være bindeledd mellom den det gjeld og hjelpeapparatet

Leie arbeidet med å få utarbeida individuell plan.

Kontaktpersonen skal mellom anna:

- Ha ansvar for at det blir laga ein individuell plan der det er aktuelt

- Sammen med bruker vurdere om det skal setjast ned ei ansvarsgruppe.

8.4 Ansvarsgruppe.

Ei ansvarsgruppe er sett saman av dei fagpersonane som har mest kontakt med brukaren, i tillegg til brukaren sjølv og evt. pårørande. Formålet med gruppa sitt arbeid vil vere å samordne tiltaka frå ulike yrkesgrupper, fagfelt og etatar, oppnå smidige overgangar mellom livsfasar og rett rekkefølge i tid av dei tiltaka som blir sette inn. I utgangspunktet bør ansvarsgrupper vere mellombels og så små som mogeleg. For å unngå at brukaren skal få for mange personar å halda seg til, bør mindre viktige bidragsytarar innkallast ved behov.

(St.meld. 21- 2000)

Gol Kommune har utarbeidd retningsliner for arbeidet i ansvarsgrupper.

8.5 Ansvarsgruppemøte.

Møte mellom brukar/føresette (eller ein representant for brukar) og fagpersonar som er med i gruppa.

Ansvarsgruppemøte må haldast 1-2 gonger i året.

Koordinator innkallar til møte. Det er møteplikt i ansvarsgruppa.

8.6 Samarbeidsmøte.

Møte mellom brukaren og nokre (evt. alle) av personane i ansvarsgruppa. Ulike fagpersonar kan i samarbeid med brukar kalla inn til møte. Behov for møte kan også meldast til kontaktperson som i samarbeid med brukaren/ føresette kallar inn til møte.

8.7 Tverrfagleg møte.

Møte mellom fagpersonane som samarbeider.

Ulike fagpersonar kan kalle inn til møte.

8.8 Tiltaksmøte.

Tverrfagleg møte i psykisk helsevern. Kommunelege, omsorgsavd., sosialavd., A-etat og trygdeetaten deltar.

Møtet tar opp overordna og prisippielle spørsmål, samarbeidsrutiner m.m.

9. Sluttord.

I tillegg til dei tiltak som er foreslått i denne planen, treng vi auka bevisstgjerung for å ikkje skape hindringar som fører til unødvendige funksjonshemmingar. Slike hindringar kan vera praktiske og fysiske hindringar, formelle og byråkratiske hindringar og normative og haldningsmessige hindringar. Vi har alle eit ansvar for å planlegge samfunnet vårt slik at vi ikkje skaper nye funksjonshemmande barrierer. Universell utforming – ein "for alle"- strategi må innførast som ein overordna strategi for alt planarbeid i Gol kommune.

10. Evaluering av planen.

Evaluering av planen skal gjerast etter 3 år; dvs. i løpet av 1.halvår 2006.

Vedlegg

Revidert april 2003

Retningslinjer for ansvarsgrupper i Gol kommune.

1. Kva er ei ansvarsgruppe?

Personar som har behov for langvarige, samansette og koordinerte tenester har rett til å få utarbeidd ein individuell plan (forskrift om individuell plan). Kommunen skal ha ei koordinerande eining for habilitering og rehabilitering (forskrift om habilitering og rehabilitering). Brukaren har ei sentral rolle både i å utarbeide ein individuell plan og i habilitering og rehabilitering. Dette arbeidet krev at ulike instansar samarbeider. For å samordne og koordinere arbeidet kan det være praktisk å sette ned ei ansvarsgruppe rundt brukaren. Pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helsetenester har rett til å få utarbeidet individuell plan. Pasienten skal ha en tenesteyter som har ansvar for oppfølging.

Denne ansvarsgruppa skal:

- Sikre at den det gjeld og dei pårørande får nødvendige tenester.
- Sikre at tenester som blir gitt frå fleire avdelingar og sektorar i kommunen er samordna.
- Bestå av faste medlemmer som representerer dei avdelingane, sektorane og forvaltningsnivå som yter tenester.
- Ikkje være tillagt formelt ansvar som gruppe, men dei enkelte medlemmene har forpliktande delansvar innanfor sitt ansvars-/myndeområde.
- Være individuelt samansett ut frå en enkelte sitt behov for tenester.
- Bestå så lenge brukaren sjølv og/ eller dei pårørande treng ho.

2. Formål.

- Ansvarsgruppe blir oppretta når det er behov for å samordne dei enkelte tiltaka retta mot ein brukar frå ulike yrkesgrupper og fagfelt. Bruk av ansvarsgruppe er ikkje pålagt ved lov, men ei god arbeidsform som blir anbefalt.
- Ansvarsgruppa skal sikre medverking frå brukaren ved at den det gjeld og/ eller dei pårørande deltek.
- Ansvarsgruppa skal sikre det tverretatlege og tverrfaglege samarbeidet.
- Ansvarsgruppa skal sikre langsiktig planlegging/ tilrettelegging og overordna oppfølging.
- Ansvarsgruppa vil ofte vera samarbeidsgruppe når det blir utarbeidd ein individuell plan.

3. Når er det behov for å opprette ei ansvarsgruppe?

Det er brukaren sjølv som avgjer om det skal setjast ned ei ansvarsgruppe. Brukaren har rett til å få ein individuell koordinator uavhengig av omn det bli sett nei ei ansvarsgruppe.

Det kan være hensiktsmessig ha ei ansvarsgruppe når:

- personer har behov for langvarige, samansette og koordinerte tenester.
- fleire avdelingar, sektorar og forvaltningsnivå yter tenester.
- det er viktig å planleggje målretta på kort og lengre sikt.

4. Ansvarsgruppa sine oppgåver.

- Å sørge for at det blir gjort nødvendige utgreingar/ kartlegging av ressursar og begrensingar hos personen og hans/hennar miljø.
- Å utarbeide individuell plan (j.fr. forskrift om individuelle planer).
- Å sikre at det blir sett mål (individuell plan), og at tiltak blir gjennomførte.
- Å legge behov for auka ressursar / endra organisering fram for riktig instans.
- Å evaluere måla og tiltaka (i den individuelle planen).
- Å evaluere samansetninga og arbeidsmåtene i ansvarsgruppa.
- Å bidra til at personen/ familien får kjennskap til rettane sine.

5. Medlemmer i ansvarsgruppa.

- Den det gjeld og/eller dei pårørande er alltid medlemmer i ei ansvarsgruppe.
- Brukaren kan avgjera kva for andre personar/instansar som skal sitte i gruppa.
- Representantar frå dei avdelingane, sektorane og forvaltningsnivåa som yter tenester bør være medlemmer i gruppa.
- Faste medlemmer i gruppa bør ha eit visst mynde til å kunne fatte vedtak og fremme saker vidare.
- Det bør være så få medlemmer som råd, men så mange som absolutt nødvendig.
- Personar/ instansar som ikkje er innkalla til møte, bør ikkje komma utan at det er avtalt på førehand både med brukaren sjølv og/eller dei pårørande og kontaktpersonen.

6. Koordinerande eining.

Kommunen er pålagt å ha ei koordinerande eining for habilitering og rehabilitering I Gol kommune har vi ei koordinerande eining som har desse medlemmene:

Koordinator har blant anna ansvar for:

- å kalle inn til første møte i ansvarsgruppa.
- å leia møtet og sjå til at det blir skrive referat.
- at brukaren får ein kontaktperson.
- at det blir laga individuell plan når det er aktuelt.
- å sikre kontinuitet i ansvarsgruppa i overgangsfasar, for eksempel mellom helsestasjon/ barnehage, barnehage/skule, skule/ arbeid, osv.
- evaluering av ansvarsgruppa sin funksjon.

Eininga har denne samanstillinga:

- kommunelege
- kommunefysioterapeut
- kommuneergoterapeut
- sosialkonsulent/koordinator for funksjonshemma
- psykiatrikoordinator

7. Kontaktperson.

Forskrift om individuell plan tilrår at brukaren har ein person i hjelpeapparatet å forhalde seg til. Denne personen kallar vi kontaktperson. Den som skal ha individuell plan, bør kunne påverke valet av kontaktperson.

- Den det gjeld skal ha ein kontaktperson. Om det ikkje er gjort før, bør denne peikast ut i første møte i ansvarsgruppa.

- Kontaktpersonen bør ha oversikt over tenesteapparatet.
- Kontaktpersonen skal være bindeleddet mellom brukaren og hjelpeapparatet.
- Ofte vil det være naturleg at kontaktpersonen leiar arbeidet med å utarbeide individuell plan.

8. Arbeidsform.

- Det blir tilrådd å ha minst 1 eller 2 møte i ansvarsgruppa i året.
- Møta bør avgrensast i tid til 1 1/2 time.
- Det bør bli innkalla til ekstraordinære møte dersom ein av partane ønskjer det.
- Tallet på faste medlemmer bør ikkje overstige 5-6 personer.
- Det er obligatorisk å delta i møtet.
- Innkalling må sendast i god tid, minst 1 måned i på førehand.

9. Teieplikt.

Lov om helsepersonell §§ 21. – 29 regulerer teieplikta og opplysningsretten til helsepersonell. Etter forvaltningslova § 13 har alle som utfører teneste eller arbeider for et forvaltningsorgan teieplikt bl.a. om nokon sine personlege forhold.

- Den som opplysningane gjeld har rett til å få opplysningar.
- Den opplysningane gjeld kan gje samtykke til at dei som samarbeider kan utveksle nødvendige opplysningar.
- Samtykke skal være informert; eit gyldig samtykke forutset at brukaren sjølv og/ eller dei pårørande forstår kva dei gir samtykke til.
- Opplysningane kan berre bli gitt så langt som det er nødvendig for å sikre eit bra heilskapleg tilbod for brukeren.
- Det skal ikkje formidlast opplysningar ut over det som i den enkelte relasjon er nødvendig og forsvarleg i arbeidet rundt brukaren.
- Dei som arbeider rundt personar med behov for hjelp har ingen rett til å vite alt om dei. Avgrensa utveksling av informasjon er ikkje til hinder for eit forsvarleg tilbod.

10. Arbeidsfordeling.

- Kontaktpersonen og brukaren må avklare ynskje og behov i god tid før møta.
- Medlemmene må ta kontakt med kontaktpersonen i god tid før møta dersom dei ynskjer saker tatt opp.
- Kontaktpersonen må ha jamnleg kontakt med brukaren/pårørande for å sjå til at dei opplever at deira behov blir ivareteke og at vedtak blir fylgt opp.
- Medlemmene arbeider med sine definerte oppgåver.

I tillegg til møta i ansvarsgruppa er det viktig at brukaren og kontaktpersonen har jamnleg kontakt. Dei involverte fagpersonane kan også ha tverrfaglege møte. Mindre grupper kan ha arbeidsmøte der evt. også brukaren er med.