



Plan for helhetlig rehabilitering i Gol kommune 2012 -2016

Kommunedelplan

Vedtatt i kommunestyret 11.09.2012 (sak 57/12)



Innhold

FORORD.....	1
1.0 INNLEDNING.....	3
2.0 BAKGRUNN.....	4
• 2.1 Nasjonale krav og føringer	4
• 2.2 Kommunens verdigrunnlag.....	4
• 2.3 Forankring i Kommuneplan	5
• 2.4 Habilitering og rehabilitering.....	5
3.0 BEGREPSFORKLARINGER	6
• 3.1 Målgrupper	6
• 3.2 Brukermedvirkning på individnivå.....	7
• 3.3 Brukermedvirkning på systemnivå	7
• 3.4 Koordinerende enhet (KE).....	7
• 3.5 Individuell plan (IP)	8
3.5.1 En rettighet.....	8
3.5.2 Et verktøy og en arbeidsmetode	8
3.5.3 En prosess som innebærer samarbeid og samhandling	9
3.5.4 Formålet med Individuell plan.....	9
• 3.6 Koordinator.....	9
• 3.7 Kompetanse.....	10
• 3.8 Samhandlingsreformen.....	10
• 3.9 Ansvarsgruppe	11
• 3.10 Satsningsområder.....	11
4.0 SATSNINGSOMRÅDER OG TILTAK I GOL KOMMUNE	12
• 4.1 Koordinerende enhet - organisering	12
• 4.3 Individuell plan (IP)	14
4.3.1 Ansvar for individuell plan på systemnivå	14
4.3.2 Ansvar for individuell plan på individnivå	14
4.3.3 Individuell plan – satsningsområder	14
5.0 FRAMDRIFT OG EVALUERING	16

FORORD

Gol kommunes *Plan for habilitering og rehabilitering* og *Del av Plan for habilitering og rehabilitering* er revidert og ny *Plan for helhetlig rehabilitering i Gol kommune* gjøres gjeldende for perioden 2012- 2016.

Det ble i kommunestyret 21.06.2011 opprettet en plangruppe med disse medlemmene:

- Vlasta Sundmoen, konsulent for funksjonshemmede/ leder for SFO v/Gol skule fra 01.01.2012
- Berit Rustberggard, avdelingsleder for Hjemmebaserte tjenester
- Arnhild Ødegaard, kommunefysioterapeut
- Aud Torill Sæbø, avdelingsleder for Helseavdelingen
- Hallvor Lilleslett, rektor på Voksenopplæringen fram til 5.03.12/ varaordfører
- Helge Brenno, leder for Rådet for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne
- Anne Gerd Jorde, politisk oppnevnt, UKL medlem fram til oktober 2011

Mandat for plangruppe:

"Gjeldende Plan for habilitering og rehabilitering i Gol kommune og Del av Plan for habilitering og rehabilitering blir gjennomgått og evaluert. Forslag til ny plan blir utarbeidet i løpet av 2011. Planen skal ta utgangspunkt i målene med samhandlingsreformen:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsetjenesten gjennom satsing på helsefremming og forebygging
- Dempet vekst i bruk av sykehustjenester
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere.

Planen skal ha status som kommunedelplan.

Fristen for å levere en ny revidert utgave av planen ble utsatt til juni 2012.

Følgende har fått planen til høring:

- Helseavdelingen
- Omsorgsavdelingene – Hjemmebaserte tjenester og Institusjonstjenesten
- Gol barnehage
- Gol skole/Herad skole/ Gol ungdomsskole
- Gol videregående skole
- Skolefaglig rådgiver
- Voksenopplæringen
- Rådet for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne
- PPT og OT i nedre Hallingdal IKS
- Hallingdal barneverntjeneste
- NAV

1.0 INNLEDNING

Dette er en *Plan for helhetlig rehabilitering i Gol kommune 2012-2016*. Ordet *helhetlig* er tatt med for å understreke at dette er en plan som beskriver noe mer enn bare *medisinsk rehabilitering* som mange fortsatt forbinder rehabiliteringsbegrepet med. *Helhetlig rehabilitering* omfatter både medisinsk rehabilitering, sosial rehabilitering, psykososialrehabilitering og attføring, og handler både om å bedre personens funksjonsevne, om å fjerne barrierer for selvstendighet og deltakelse i omgivelsene, bl.a. gjennom tilrettelegging og tekniske tiltak, og om praktisk/økonomisk hjelp. Rehabilitering dreier seg ikke om én enkelt tjeneste eller ett tiltak, men om flere tjenester og tiltak satt i system, og om samarbeidet mellom yrkesutøvere og personer som trenger sammensatt, planlagt og koordinert bistand for å nå sine mål. Mange av de tiltak og tjenester som kan bli aktuelle i en rehabiliteringsprosess går på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer ved at de kan involvere forhold knyttet til arbeid, utdanning, bolig og nærmiljø, fritid, økonomi, transport m.m.

I denne planperioden foreslår plangruppa å satse på:

1. *Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere.*

Etablering av *Koordinerende enhet* og arbeid med *Individuell plan* er derfor to hovedprioriterte områder i denne planperioden.

Hovedutfordringen blir å få dette til å bli et felles ansvar i kommunen uavhengig av hvilket tjenesteområde man er tilknyttet. Det er et ansvar som må gå på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer og som er et forpliktende ansvar som gjelder alle ansatte i Gol kommune uavhengig av lovverk.

2. *Kartlegge behovet for kompetanse og ressurser som trenges for helsefremmende og forebyggende tiltak.* Dette må komme fram ved rullering av planen.

2.0 BAKGRUNN

2.1 Nasjonale krav og føringer

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 01.01.2012
- Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne av 20. juni 2008
- Lov om råd eller anna representasjonsordning i kommuner og fylkeskommuner for menneske med nedsatt funksjonsevne av 17. juni 2005
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 01.01.2012
- Rundskriv IS-1/2010 – Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2010
- Stortingsmelding nr. 47 (2008-09) "Samhandlingsreformen"
- Stortingsmelding 21 (1998 – 99) "Ansvar og meistring"
- Stortingsmelding nr. 25 (2005-06) "Mestring, muligheter og mening"
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011
- Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005 –2015

2.2 Kommunens verdigrunnlag

Plan for helhetlig rehabilitering er forankret i kommunens visjon:

«Samarbeid formar framtida».

I verdigrunnlaget heter det: "Menneska i samfunnet vårt lever ikkje isolert frå kvarandre. Vi er alle saman avhengige av kvarandre i familie, arbeid, sosiale tilhøve og intellektuelt sett. I konstruktiv samhandling oppstår nye idéar og handlingsmønster. Det moderne, komplekse samfunnet blir vidareutvikla gjennom samarbeid mellom einskildindivid, i organisasjonar og med det offentlege. Samarbeid på alle plan må være tufta på felles grunnidé, målsetjing og oppgåveløysing. Anten det gjeld samarbeid om tilhøve for einskildindivid eller fellesoppgåver, må samarbeidet skje innan rammene av lovverket, forståing for forskjellige synspunkt og oppslutnad om resultatet".

2.3 Forankring i Kommuneplan

Noen av delmålene i Kommuneplan for Gol 2008 -2020 (Samfunnsdelen) er:

- *Det skal takast omsyn til helse i all planlegging.*
- *Kommunen skal gje tenestetilbod som brukaren i størst mogleg grad kjenner til, som skaper tryggleik, og der brukaren er aktivt medverkande.*

2.4 Habilitering og rehabilitering

Forskrift om habilitering og rehabilitering har følgende definisjon av habilitering og rehabilitering:

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Dette er en videreføring av definisjonen i Stortingsmelding nr. 21 (1998) *Ansvar og meistring*.

FNs standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemming defineres rehabilitering slik:

«Begrepet «rehabilitering» brukes for den prosess som tar sikte på å sette funksjonshemmede i stand til å nå og bevare sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle, psykiske og/eller sosiale funksjonsnivå, og på den måten gi dem mulighet til å endre sitt liv og oppnå større uavhengighet. Rehabilitering kan omfatte tiltak som gir eller gjenoppretter funksjoner, eller som kompenserer for en tapt eller manglende funksjon eller en redusert funksjonsevne. Rehabiliteringsprosessen omfatter ikke akutt medisinsk behandling. Den omfatter en rekke tiltak og aktiviteter, fra mer grunnleggende og generell rehabilitering til målrettede aktiviteter, for eksempel yrkesmessig attføring.»

I Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-11) er følgende elementer sentrale i habiliterings - og rehabiliteringsprosesser:

- «En rehabiliteringsprosess må planlegges og gjennomføres ut fra brukerens individuelle behov. Selv om bistand fra helsepersonell og andre yrkesgrupper er nødvendig, er den beste rehabilitering i prinsippet den brukeren selv står for.
- Planlagt og systematisk samarbeid mellom flere instanser og aktører, med et klart mål. Prosessene er tidsavgrenset. For mange pågår imidlertid en habiliterings- eller rehabiliteringsprosesser i perioder over lang tid, og for noen i perioder så lenge de lever.»

3.0 BEGREPSFORKLARINGER

3.1 Målgrupper

Målgruppene for habilitering og rehabilitering er i utgangspunktet alle som har behov for assistanse til å nå eller holde vedlike sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle, psykiske og sosiale funksjonsnivå. En diagnose vil bare være et utgangspunkt for en rehabiliteringsprosess der fokus vil være på funksjonsnivå og -potensiale og ikke på sykdom og sykdomsårsak (St.meld. 21).

En forenklet inndeling av brukere av habiliterings- og rehabiliteringstjenester er:

- Personer med medfødt eller tidlig ervervet tilstand som medfører varig funksjonsnedsettelse. Eks. autisme, cerebral parese, Downs syndrom.
- Personer med akutt oppstått sykdom eller skade med langvarig eller varig funksjonsnedsettelse. Eks. multitraume, ryggmargsskader, brannskader, hjerneslag, amputasjoner.
- Personer med medfødte og kroniske tilstander med varierende eller tiltakende funksjonsnedsettelse. Eks. lungesykdommer, MS, nevrologiske og revmatiske sykdommer.
- Personer med akutte sykdommer og skader som kan behandles og rehabiliteres slik at tidligere funksjonsnivå gjenvinnes. Eks. hofteproteseopererte pga. slitasjegikt, enkelte hjerteopererte og personer med visse former for kreft.

For de fleste brukere vil tyngdepunktet av tjenester ligge i kommunen. Dette gjelder blant annet for mennesker med kroniske sykdommer, utviklingshemmede, eldre og personer med psykiske lidelser og rusproblemer (Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-11)).

3.2 Brukermedvirkning på individnivå

Habilitering og rehabilitering på individnivå forutsetter at bruker blir gitt mulighet til å delta aktivt i egen rehabiliteringsprosess. Det er særlig viktig at bruker selv definerer og eier egne problemer. Bruker må få innsikt nok i egen situasjon til å definere sine egne mål for rehabiliteringsarbeidet. Tjenesteyter må sørge for overføring av informasjon og kunnskap til bruker slik at målene kan bli mest mulig realistiske. Det vil øke sjansen for å nå målene.

Det må tas hensyn til pårørende sin situasjon og deres behov. De har rett til å medvirke dersom brukeren ikke har samtykkekompetanse.

3.3 Brukermedvirkning på systemnivå

Brukermedvirkning på systemnivå innebærer at brukerne inngår i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet og deltar aktivt i planleggings- og beslutningsprosesser. Brukere og representanter fra brukerorganisasjoner velges inn i ulike utvalg og råd hvor de bidrar med sin kunnskap og erfaring til fagfolk, administrasjon og politikere i planlegging, utforming og drift av et bedre tjenestetilbud. Kommunene er pålagt å ha råd eller annen representasjonsordning for mennesker med nedsatt funksjonsevne for å sikre bred og tilgjengelig medvirkning i saker som særlig angår målgruppen.

I Gol kommune er det opprettet Rådet for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne.

3.4 Koordinerende enhet (KE)

Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3.

Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten blant annet skal:

- a) motta meldinger om behov for individuell plan
 - b) sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan.
- (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, § 6).

3.5 Individuell plan (IP)

3.5.1 En rettighet

Alle som har behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom personen selv ønsker det. Forskrift om individuell plan er hjemlet i den nye helse- og omsorgstjenesteloven loven. Retten til individuell plan er for øvrig også hjemlet i NAV-loven og barnevernloven.

Individuell plan er "tjenestemottakerens plan". Det innebærer at det er tjenestemottakerens mål som skal være utgangspunktet for prosessen. Denne har rett til og oppfordres til å delta aktivt i å beskrive behov for tjenester, ønsker og mål som er viktig for vedkommende selv i hverdagen og fremtiden.

3.5.2 Et verktøy og en arbeidsmetode

Planen skal være et verktøy og en metode for samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne. Det skal til enhver tid være én tjenesteyter som har hovedansvaret for kontakt med brukeren og koordinering mellom dem som yter tjenester til brukeren. Initiativet til å få laget en individuell plan kan komme fra brukeren selv eller pårørende, men hovedansvaret for å utarbeide individuelle planer ligger i tjenesteapparatet.

3.5.3 En prosess som innebærer samarbeid og samhandling

Fra 01.01.2012 er det *kommunen* som har ansvar for å sørge for at individuell plan blir utarbeidet og planarbeidet koordinert, også når behovet oppstår mens personen er i spesialisthelsetjenesten. Tidligere lå ansvaret hos den instansen brukeren henvendte seg til. Har tjenestemottaker behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater har disse også en plikt til å samarbeide.

3.5.4 Formålet med Individuell plan

- Den skal bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det skal sikres at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren.
- Tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester skal avklares. Videre skal det foretas en vurdering og tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakers bistandsbehov skal koordineres.
- Den skal styrke samhandlingen mellom tjenesteytere og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

(Helsedirektoratets sine nettsider: www.helsedirektoratet.no)

3.6 Koordinator

Den individuelle planen skal blant annet sikre at det til enhver tid er «en tjenesteyter» som har hovedansvaret for oppfølgingen av «tjenestemottakeren». I veileder til forskrift om individuell plan (Veileder IS-1253, utgitt av Sosial – og helsedirektoratet i 2007) fremgår det at denne tjenesteyteren i praksis ofte kalles koordinator. Det anses som en svært viktig del av ordningen med individuell plan at tjenestemottakeren og eventuelt de pårørende får en bestemt person i tjenesteapparatet å forholde seg til. Ny forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 01.01.2012 tydeliggjør koordinatorrollen:

«For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator. Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan.»

Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker og sikre at vedkommende får tilbud om individuell plan hvis vilkårene i første ledd er oppfylt. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan».

3.7 Kompetanse

Kompetanse om helhetlig rehabilitering er fortsatt svak i kommunene og Gol kommune er intet unntak. Det er utfordrende å skape en felles oppfatning i hele organisasjonen om hva helhetlig rehabilitering innebærer. Som det er nevnt i innledningen forbinder mange rehabiliteringsbegrepet med *medisinsk rehabilitering*, rehabilitering er fortsatt for mange et *helsebegrep* som andre instanser ikke gjenkjenner sin innsats i. Kompetanseheving innen rehabilitering som et eget fagfelt er derfor høyst nødvendig og det må avsettes tid og ressurser til å drive dette arbeidet. Det er naturlig å legge denne oppgaven til koordinerende enhet i kommunen.

3.8 Samhandlingsreformen

Mye har blitt gjort siden rehabilitering ble satt på dagsorden gjennom St. meld. 21 *Ansvar og meistring*. Det viser seg imidlertid svært utfordrende å oppnå tilstrekkelig koordinering og samhandling, til tross for at det ligger sterke føringer på dette i forskriftene om koordinerende enhet og individuell plan. Dette er en del av bakgrunnen for at myndighetene har sett det nødvendig å lage en samhandlingsreform, beskrevet i *St. meld. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen*. Her legger regjeringen nye føringer for samhandling i helse- og omsorgssektoren, med følgende definisjon av samhandling: ”*Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte*”. En av hovedutfordringene som pekes på i samhandlingsreformen, er knyttet til koordinering av tjenester, hvor det settes søkelys på at brukeres behov for koordinerte tjenester ikke bevares godt nok, og at mange opplever fragmenterte tjenester. Det legges særlig vekt på at det er behov for bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Koordinerende enheter både i kommunene og spesialisthelsetjenesten er tiltak som har til formål å redusere

omfanget av denne utfordringen.

3.9 Ansvarsgruppe

I tradisjonelt rehabiliteringsarbeid har ansvarsgrupper ofte en sentral plass. Ansvarsgrupper er imidlertid ikke en obligatorisk del av IP- ordningen. Til tross for dette viser det seg at det ofte etableres ansvarsgrupper som ivaretar oppgaver knyttet til arbeid med IP i mange kommuner. Fordelene med å bruke ansvarsgrupper er at samhandlingen mellom tjenestemottakere og tjenesteytere kan styrkes. Ansvarsgrupper kan også bidra til å sikre tverrfaglig samarbeid, informasjonsflyt og koordinere tjenester. Det er etablert flere ansvarsgrupper i Gol kommune og ansatte i flere avdelinger har gjennom flere år opparbeidet god erfaring og kompetanse på dette området.

3.10 Satsningsområder

”Rehabilitering har ikke den posisjon og prestisje i helse - og omsorgstjenesten som de overordnede helse - og velferdspolitiske målene tilsier. Det overordnede målet for rehabiliteringsstrategien er å endre dette. Endringsarbeidet krever tiltak og innsats på mange områder og langsiktig utviklingsarbeid.”

(Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 -2011)

Ett av satsningsområdene i strategien:

”Individuell plan og koordinerende enheter er tiltak som er innført for å styrke rehabiliteringstjenestene, men som i dag ikke fungerer etter intensjonen.”

Tiltak:

«Koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering skal etableres i tråd med Forskrift om habilitering og rehabilitering av 2001, § 8».

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005 -2015 definerer tjenester av god kvalitet som

- virkningsfulle
- trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte

- tilgjengelige og rettferdig fordelt

4.0 SATSNINGSOMRÅDER OG TILTAK I GOL KOMMUNE

4.1 Koordinerende enhet - organisering

Med bakgrunn i den erfaringen som er gjort i Gol kommune når det gjelder organisering av koordinerende enhet (KE) og de føringene som foreligger i forbindelse med Samhandlingsreformen blir KE i Gol kommune organisert på følgende måte fra september 2012.

1. Det opprettes et tverrfaglig koordinerende team med følgende medlemmer:

- Leder for koordinerende enhet
- Kommunefysioterapeut
- Helsesøster
- Psykiatrikoordinator
- Områdeleder for hjemmebaserte tjenester
- Representant fra barnehage og skolesektor



2. Samtlige skal få definert denne oppgaven i sine stillingsbeskrivelser.

3. Det skal til enhver tid finnes en leder for koordinerende enhet i 50 % stilling.

4. KE skal organiseres under Helseavdelingen. Avdelingsleder for Helseavdelingen har et overordnet ansvar for KE.

4.2 Koordinerende enhet - oppgaver

- Har god oversikt over rehabiliteringstilbud i kommunen. Med dette menes å ha kunnskap om hvilke tjenester kommunen tilbyr, hvem som kan kontaktes vedrørende ulike tjenestene, hva tjenestene innebærer slik at man kan identifisere hvilke tjenester som kan dekke en brukers behov.
- Har oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen
- Bidrar til brukermedvirkning på individnivå, først og fremst i arbeidet med individuell plan
- Har systemansvar for individuell plan (IP):
 - lage rutiner og prosedyrer for arbeidet med individuell plan i kommunen
 - ha oversikt over antall planer
 - motta meldinger om behov for individuell plan
 - ha ansvaret for opplæring av ansatte
- Har ansvaret for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene
- Er pådriver for tverrfaglig samarbeid
- Har god oversikt over rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten
- Er knutepunkt for samarbeid på tvers av nivåer, også spesialisthelsetjenesten
- Er tydelig adresse i kommunen for habilitering og rehabilitering
- Er synlig og lett tilgjengelig for brukere/pårørende, interne og eksterne samarbeidspartnere
- Initierer og følger opp kompetanseutvikling tverrfaglig og tverretattlig
 - planlegge opplæringstiltak så alle tjenesteytere og samarbeidspartnere i kommunen får informasjon om koordinerende enhet og vet når det er aktuelt å henvise brukere eller formidle behov dit
 - tjenesteytere må få god kjennskap til rehabiliteringsbegrepet og sentrale begreper og verdier innen rehabilitering
- Etablerer gode informasjons- og samarbeidsrutiner overfor brukere og interne og eksterne samarbeidspartnere
- Samarbeider med Rådet for eldre og funksjonshemmede
- Utarbeider internkontrollrutiner - prosedyrebeskrivelser og evt. andre dokumenter som synliggjør ansvarsområder til KE og rutiner for arbeidet

4.3 Individuell plan (IP)

4.3.1 Ansvar for individuell plan på systemnivå

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har det overordnede ansvaret for individuell plan. Dersom en pasient eller bruker har behov for langvarige og koordinerte tjenester skal KE sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres.

Når det blir meldt behov for å utarbeide individuell plan skal KE i samarbeid med bruker og den aktuelle avdelingen v/ avdelingsleder oppnevne en *koordinator*.

Tjenestemottaker skal ha medvirkning ved valg av koordinator.

Personell fra alle avdelinger som det er naturlig å samarbeide med kan ha denne oppgaven.

4.3.2 Ansvar for individuell plan på individnivå

Koordinator har ansvar for å oppfylle retten til å få utarbeidd en individuell plan.

Koordinator skal sikre samordning og framdrift i arbeidet rundt brukeren og sørge for at det opprettes en ansvarsgruppe dersom brukeren ønsker det.

4.3.3 Individuell plan – satsningsområder

Det er i vinter 2012 vedtatt å ta i bruk en webbasert versjon av Individuell plan-SamPro i alle kommunene i Hallingdal. SamPro er et webbasert samarbeids- og koordineringsverktøy som dekker de lovpålagte kravene til Individuell plan.

Løsningen setter brukeren i fokus og blir i praksis en viktig del av opplegget i en behandling eller rekonvalesens. Vismas webløsning er utviklet med utgangspunkt i «Forskrift om individuelle planer». I tillegg til å tilfredsstille alle krav tilfører den en helt ny dimensjon i arbeidet med planen. Fra å være papirbasert og statisk blir Individuell plan et dynamisk og levende hjelpemiddel som utnytter de mulighetene et nettbasert verktøy gir. For kommunale etater og tjenester innebærer SamPro en mulighet til å holde seg oppdatert om status, og om hvilke tiltak som gjennomføres i egen og andres regi. Den gjensidige informasjonsutvekslingen og koordineringen representerer også et betydelig effektiviseringspotensial og mulighet til kostnadsreduksjoner for kommunen. Opplæring av systemansvarlige for SamPro (IP) starter i mai 2012. Det tas sikte på at alle aktuelle avdelingene i kommunen skal ta det nye verktøyet i bruk fra høsten 2012.



5.0 FRAMDRIFT OG EVALUERING

Plan for helhetlig rehabilitering i Gol kommune skal være et levende verktøy i rehabiliteringsarbeid i Gol kommune. For at planen skal være "levende" må dens innhold være formidlet til og forstått av alle ansatte som skal bruke den. Rådmannen er ansvarlig for iverksetting av denne planen etter at den er politisk vedtatt.

Planen skal rulleres om 4 år, dvs. i 2016. Men den må også evalueres underveis slik at man har mulighet til å foreta endringer og justere kursen.