

Informasjon om ansvarsgruppe og individuell plan

Ansvarsgruppe

En ansvarsgruppe er en gruppe som består av de fagpersonene som har det faglige ansvaret for og mest behandlingskontakt med brukeren, i tillegg til brukeren selv og eventuelt pårørende. Når det gjelder barn vil pårørende naturlig nok, spille en større rolle enn når det gjelder voksne.

Deltagerne i ansvarsgruppen er likeverdige samarbeidspartnere, men en av dem må fungere som brukerens kontaktperson, lede ansvarsgruppemøtene og koordinere hjelpetilbudene. Disse ulike funksjonene kan evt. deles mellom medlemmene i ansvarsgruppen.

Hensikten med å opprette en ansvarsgruppe er å samordne enkelttiltakene fra ulike yrkesgrupper og fagfelt rettet mot brukeren. Bruk av ansvarsgrupper er ikke lovpålagt, men er en arbeidsform som anbefales, og som vi har god erfaring med. Man kan gjerne bruke ansvarsgruppemøtene til å utarbeide den individuelle rehabiliteringsplanen. Eller bruke ansvarsgruppen for å fordele oppgavene og sørge for en effektiv oppfølging av planen, når en individuell rehabiliteringsplan blir tatt i bruk.

En ansvarsgruppe er en samarbeidsarena for mennesker med behov for omfattende tverrfaglige tiltak over tid. Det er den enkelte brukers behov som avgjør hvem som skal delta. Det bør være en viss kontinuitet i gruppen slik at brukeren har kontakt med de samme fagpersonene over tid. Gruppen bør ikke ha for mange deltakere, tre til fem personer fungerer erfaringsmessig best. Sammensetningen av en ansvarsgruppe kan endres når nye behov oppstår.

Kontaktperson

Noen brukere ønsker bare å ha en kontaktperson og ikke en ansvarsgruppe. For de med sammensatte problemstillinger er det hensiktsmessig å tilby å etablere både ansvarsgruppe og kontaktperson. Oppgaven som kontaktperson består i å være et kontaktledd mellom brukeren og behandlingsapparatet, det vil si de ulike etater og instanser i og utenfor helsetjenesten. Kontaktpersonen må utvelges i samråd med brukeren, og vedkommende bør ha oversikt over de samlede tjenester som brukeren mottar. Kontaktpersonen bør ha lederrollen i en eventuell ansvarsgruppe, ha kunnskap om hvordan man lager individuelle planer og om likemannsarbeid i brukerorganisasjonene.

Kontaktpersoner vil trenge veiledning for å fylle sin funksjon. Koordinator for rehabilitering eller en annen egnet fagperson bør sørge for veiledning av kommunens kontaktpersoner og ansvarsgrupper.

Individuell re-/habiliteringsplan

En individuell re-/habiliteringsplan er et skriftlig dokument som beskriver den enkeltes re-/habiliteringsprosess med kartleggingsresultater, hovedmål, delmål for arbeidet og tiltak for å nå målene. Planen bør angi på hvilket nivå tiltakene bør utføres og av hvem. Den som er ansvarlig for de ulike tiltakene, bør oppføres med navn. Evalueringsdatoer bør fastsettes.

Gode individuelle planer kan føre til betydelige besparelser over tid. Det å utarbeide en plan i forkant må sees på som en investering for å unngå problemer i etterkant. Gjennom samordning av tjenestetilbudet unngås misforståelser og dobbeltarbeid. En samordning av

tjenestene vil føre til innsparinger fordi de samlede tjenestene vil bli bedre og mer effektivt utnyttet. Endelig vil individuelle planer bidra til å sikre kvalitet i tjenesten, og det må derfor antas at omfanget av direkte feilbehandlinger eller akutte helseproblemer som følge av et dårlig koordinert tilbud kan unngås.

Lovkrav med kommentarer

Forskrift om individuelle planer etter helselovgivningen trådte i kraft 1.juli 2001. Brukerne har rett til å få en egen plan (jfr. Lov om pasientrettigheter) og helsepersonell har plikt til å utarbeide denne i samarbeid med pasienten og andre involverte (jfr. Lov om helsepersonell, Lov om spesialisthelsetjenesten, Lov om helsetjenester i kommunene samt Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern) Alle nevnte lover ble endret/kom ut i ny drakt i 2000.

Det skal utarbeides individuell plan for brukere med behov for langvarig og koordinert tilbud. Det er spesielt tenkt på kronisk syke, psykisk utviklingshemmede, fysisk funksjonshemmede og psykiatriske langtidspasienter som trenger tjenester fra flere deler av helsevesenet. Hvilke brukere dette vil gjelde må spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten selv vurdere. Loven pålegger helsetjenesten å samarbeide med andre tjenesteytere (både innad i kommunen og utad) når det er nødvendig for å få en forsvarlig plan. Det er en forutsetning at brukeren selv deltar under planarbeidet, slik at han/hun får et aktivt forhold til planens innhold.

De tiltak planen inneholder kan ikke nødvendigvis kreves gjennomført med mindre de er å anse som nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetjensteloven §2-1 eller som en rettighet etter annet lovverk, og som det gis enkeltvedtak på. Men en individuell plan er ikke i seg selv et enkeltvedtak i juridisk forstand og kan dermed ikke påklages.

Mal for individuell plan

Kommunene anbefales å utvikle en generell mal for arbeidet med individuelle re-/habiliteringsplaner. En generell mal kan utvikles for å ivareta ulike re-/habiliteringsbehov for mennesker med ulike diagnoser og problemstillinger. Alt nødvendig re-/habiliteringsarbeid bør fremkomme gjennom malen som for eksempel kartlegging, opprettelse av ansvarsgruppe, bestemmelse av mål og tiltak, samt ansvarsfordeling mellom fagpersonellet.

Rehabiliteringsteamet i Vega kommune visste at en forskrift om individuelle planer ville komme i 2001. Vi har derfor sett nytten av å utarbeide et kartleggingsverktøy ("funksjons-skjema") som vi allerede har tatt i bruk. I forbindelse med å få på plass kvalitetssikringsrutiner for re-/habiliteringstjenesten bør annet verktøy, som tilhører individuelle planer, videreutvikles.

Planens innhold

Det kan være nyttig å gå gjennom pasientens livssituasjon sett i lys av ICDH-begrepene for å få en oversikt over hvilket nivå utfallene er eller forventes å komme. Slik kan det være enklere å avgjøre hvor i helsetjenesten brukeren bør få hjelp til sin rehabiliteringsprosess, og hvilke oppgaver spesialisthelsetjenesten henholdsvis kommunehelsetjenesten bør ivareta.

Følgende bør gjennomgås når det skal utarbeides en individuell plan (inkl. i funksjonsskjemaet):

- motorikk og kognisjon, nevrologiske utfall
- selvstendighet i daglige aktiviteter
- emosjonelle forhold
- andre sykdommer og skader som kan innvirke på tilstanden
- forventet prognose
- brukerens sosiale situasjon og rollefunksjoner i forhold til arbeid, partner, barn og bosituasjon
- miljøfaktorer

Med kunnskap om nevnte faktorer kan utfordringene for pasient og personell struktureres og ivaretas med en gjennomtenkt oppgavefordeling. Det vil også gjøre det enklere for fagpersonell å gi realistisk informasjon.

Sjekkliste

En mal for individuelle re-/habiliteringsplaner bør omfatte en sjekkliste over basistiltak som bør finnes i planen. En sjekkliste vil gjøre det mulig for kommunen å bedømme om en individuell plan holder mål, og vil lette arbeidet med kvalitetssikring av den enkeltes rehabiliteringsprosess. En sjekkliste vil også være til hjelp når man vil måle effekten av iverksatte tiltak. Et eksempel på sjekkliste for rehabilitering ligger som vedlegg nr.3. Sjekkliste for individuell habiliteringsplan vil ha en del felles med denne sjekklisten, men andre punkt må tilføyes.

Individuell rehabiliteringsplan sett i forhold til individuell omsorgsplan

Når det gjelder rehabilitering av mennesker med progredierende sykdom (for eksempel nevrologiske sykdommer, uhelbredelige kreftsykdommer, slagamma med store utfall m.m.) er det viktig at malen særlig ivaretar repeterende behov på grunn av gjentatte forverringer. I motsetning til mange andre brukergrupper med behov for rehabilitering, vil de med progredierende sykdom etter hvert få økende behov for tiltak og hjelpere. Planen må følgelig bidra til å legge forholdene til rette både for brukeren som må stimuleres til å holde motet oppe, og for fagpersonellet, som må hjelpes til å unngå å bli utbrente i forhold til varigheten av innsatsen og mengden av behov.

På et tidspunkt i rehabiliteringsprosessen, for de med progredierende sykdom, må det utarbeides en individuell omsorgsplan. Aktiv rehabilitering går etter hvert mer over til en vedlikeholdsprosess og man utarbeider i stedet en individuell omsorgsplan. En omsorgsplan inneholder gjerne islett av rehabilitering, men man kaller det gjerne "vedlikehold". Hensikten med vedlikeholdstreningen er å opprettholde funksjonene lengst mulig, til tross for negativ sykdomsutvikling og/eller generell alderdoms svekkelse.

En plan skal uansett være brukerens plan. Det er først og fremst brukeren som skal gjennomføre den og det er da viktig at han/hun har et eierforhold til den. Men en individuell plan skal også være en plan for fagpersonellet for hvordan arbeidet skal utøves.

Vega kommune

Hege Nikolaisen