

HØRINGSUTKAST

TEMAPLAN FOR HABILITERING OG REHABILITERING 2022 - 2025



INNHOOLD

1 Innledning	3
1.1 Planens formål og virkeområde	3
1.2 Planprosessen	3
2.1 Definisjoner og begrep	4
1.3 Ansvar og oppfølging.....	5
2 Definisjoner og begrep	6
3 Styringsdokumenter	8
3.1 Sentrale føringer	8
3.2 Lokale føringer	8
3.3 Lovverk	9
4 Situasjonsbeskrivelse	11
4.1 Nasjonalt utfordringsbilde	11
4.2 Lokalt utfordringsbilde	11
5 Habiliterings- og rehabiliteringstilbud inkl. utfordringer	13
5.1 Tilbud i kommunen	13
5.1.1 Forvaltningskontoret/Koordinerende enhet	13
5.1.2 Sykehjem.....	13
5.1.3 Hjemmetjenesten.....	14
5.1.4 Rehabiliteringstjenesten	14
5.1.5 Medisinsk treningsklinikk/friskliv med diabetessykepleier	15
5.1.6 Psykisk helsetjeneste.....	15
5.1.7 Legekantor med kreftsykepleier	16
5.1.8 TNF - tjenester for mennesker med nedsatt funksjonsevne/ praktisk bistand og opplæring	17
5.1.9 Oppfølgingstjenesten	17
5.1.10 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten inkl. Familieteam	18
5.1.11 Barneverntjenesten	19
5.1.12 PPT med logoped.....	20
5.2 Samhandling	20
6 Handlingsplan 2022-2025	21
7 Høringsinnspill	25
Referanseliste	25

1 INNLEDNING

Habilitering og rehabilitering er to sentrale satsningsområder innen helsefeltet for å imøtekomme de behovene man står overfor, særlig i kommunene. Bakteppet er blant annet at vi blir flere eldre, flere lever lengre med ulike sykdommer og flere har behov for oppfølging i et lengre tidsperspektiv.

For at helse- og omsorgstjenestene i framtida skal være bærekraftige, beskriver nasjonale føringer at det må skje store endringer i organiseringen av tjenestene. Oppgaver skal flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunene der brukerne bor og oppholder seg. Ressursene skal i større grad brukes på forebygging og behandling, fremfor reparasjon. Det må videre legges til rette for å sikre mobilisering av ressurser hos den enkelte, og å sette brukere og pasienter i stand til mestring og selvstendighet. For å lykkes med dette må man jobbe helhetlig, strukturert og planmessig på tvers av tjenester og enheter i kommunen som har med habilitering og rehabilitering å gjøre.

Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-19) har lagt til rette for en satsning blant annet gjennom bevilgninger av tilskuddsmidler til arbeidet. I 2019 søkte og fikk Hitra kommune midler, under forutsetning av at det utarbeides en plan for habilitering og rehabilitering. Denne planen er en temaplan under kommunens Helse – og velferdsstrategi 2022-2031 som vedtas høsten 2021.

1.1 Planens formål og virkeområde

Planens formål er at den skal bidra til en helhetstenking rundt Hitra kommunes habiliterings- og rehabiliteringsarbeid. Planen skal beskrive dagens organisering og tjenestebilde, og løfte frem utfordringer både nå og i tida fremover. Fagfeltet habilitering og rehabilitering utøves i mange ulike tjenester i Hitra kommune. Målet er at dette skal være en tverrfaglig fagplan - det vil si at den skal bidra til at tjenestene har oversikt over hverandres tilbud, organisering og satsninger og sørge for at habiliterings-/rehabiliteringsfeltet blir et utviklingsområde i alle de aktuelle tjenestene.

I og med at dette er første gang vi får en samlet plan for fagfeltet vil kartlegging av de ulike tjenestenes nåværende tilbud være viktig for å kunne prioritere nødvendige satsningsområder. Dette er derfor viet en del plass i planen.

Det er også viet plass til beskrivelse av nasjonale føringer, dette for å bidra til oversikt over de forventninger som myndighetene har til kvalitet og utvikling på fagfeltet.

1.2 Planprosessen

En tverrfaglig gruppe av ledere og ulike tjenesteutøverne innen habilitering og rehabiliteringsfeltet har vært styringsgruppe for planarbeidet og det har vært nedsatt en mindre arbeidsgruppe blant disse. Sekretær for planarbeidet har vært enhetsleder Hege Lie Rønningen og fagleder rehabilitering Sara Baglo Lund.

2.1 Definisjoner og begrep

En tverrfaglig gruppe av ledere og ulike tjenesteutøverne innen habilitering og rehabiliteringsfeltet har vært styringsgruppe for planarbeidet og det har vært nedsatt en mindre arbeidsgruppe blant disse. Sekretær for planarbeidet har vært enhetsleder Hege Lie Rønningen og fagleder rehabilitering Sara Baglo Lund.

Medlemmer i arbeidsgruppa har vært:

Navn	Funksjon
Per Krangnes	Brukerrepresentant FFO
Sara Baglo Lund	Fagleder rehabilitering
Ann Merete Østmark	Enhetsleder forvaltning/koordinerende enhet
Ranja Wahl	Enhetsleder sykehjem/hjemmetjeneste
Peggy Marit Krogh	Barne- og familieveileder
Anne Marie Klingenberg	Enhetsleder TNF
Geir Nilsberg	Kommuneoverlege
Hege Lie Rønningen	Sekretær/koordinator

Brukermedvirkning er sikret gjennom at en brukerrepresentant utpekt fra FFO har deltatt i arbeidsgruppen og bidratt gjennom hele prosessen. Planen blir også sendt på høring til frivilligheten og til brukerrådet før endelig behandling i utvalg helse og omsorg.

Tidsplan / milepæler

Planprosessen har dessverre blitt forskjøvet som følge av Koronapandemien.

Tiltak	Hva	Hvem	Når
Felles googledokument	Alle forespurte tjenester svarer	Hege sender ut	27.01.20
Arbeidsfase	Tjenester svarer	Forespurte tjenester	01.08.20
Arbeidsgruppemøte	Samle innspill	Arb.gruppa	18.06.20/27.08.21
Høringsperiode	Åpne for innspill	Arb.gruppa	Høst 2021
Politisk behandling	Vedtak	Arb.gruppa	Innen des 2021

1.3 Ansvar og oppfølging

For at planen skal bli et reelt styringsdokument innen fagfeltet, må det være gitt hva man skal jobbe mot og hvem som har ansvar for å iverksette de ulike tiltakene. En konkret og tydelig handlingsplan er derfor sentralt.

Alle fag- og enhetsledere vil ha hovedansvar for å følge opp tiltakene, kommunalsjef for helse og omsorg vil ha overordnet ansvar.

Kommunalsjef for helse og omsorg har også ansvar for at planen rulleres hvert fjerde år, og at tiltaksdelen evalueres årlig i forbindelse med behandling av kommunens handlingsplan.

Koordinerende enhet har et ekstra ansvar for å følge opp at planen rulleres.

2 DEFINISJONER OG BEGREP

Habilitering og rehabilitering

I Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator defineres habilitering og rehabilitering slik:

Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.

Brukere med behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse, mens rehabilitering er rettet mot skader, sykdommer og andre tilstander som i hovedsak har oppstått eller gjort seg gjeldende hos unge voksne, voksen og eldre.

I opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering legger regjeringen til grunn en bred forståelse av habilitering og rehabilitering som inkluderer alle brukere av helse- og omsorgstjenesten som har behov for en målrettet innsats for å opprette, gjenopprette, vedlikeholde og bedre funksjon, forebygge funksjonsfall og å lære å mestre livet med sykdom og funksjonsnedsettelse. I tillegg endres forståelsen av rehabilitering fra tidsavgrensede intervensjoner til livslange prosesser.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning kan foregå både på individnivå, tjenestenivå og systemnivå.

Brukermedvirkning på individnivå handler om aktiv deltakelse i egen behandling og oppfølging, og om å ha en reell mulighet til å påvirke beslutninger om helsehjelpen som gis. På tjenestenivå handler det om påvirkningsmulighetene i utforming av tjenester og tilbud. På systemnivå handler det om styrings-, kvalitets-, og utviklingsarbeid som har betydning for hele grupper. På tjeneste- og systemnivå foregår medvirkningen stort sett gjennom at brukerrepresentanter- eller organisasjoner medvirker på vegne av grupper av brukere.

Forebygging

Forebyggende helsearbeid er mer enn å forhindre sykdomsutvikling. Det kan handle om å stanse sykdomsutvikling og/eller hindre tilbakefall (sekundærforebygging), eller å hindre forverring av sykdom og sikre best mulig mestring av livet med helseutfordringer (tertiærforebygging). Mange av helsetjenester har dermed både oppgaver innen både rehabilitering og forebygging. Begrepet forebygging blir videre brukt som en samlebetegnelse for de ulike gradene av forebygging.

Individuell plan

Alle som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har jf. pasient- og brukerrettighetsloven §2-5 rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP). IP skal bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og sikre at det er en ansvarlig tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren. Gjennom IP skal brukerens mål, ressurser og behov kartlegges, og tiltak skal koordineres. IP skal styrke samhandlingen mellom bruker og tjenesteyter, og mellom tjenesteytere på ulike forvaltningsnivå.

Koordinator

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, skal kommunen tilby koordinator, jf. helse- omsorgstjenesteloven § 7-2, uavhengig av om pasienten eller brukeren

ønsker individuell plan. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt samordning av tjenestetilbudet, og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

3 STYRINGSDOKUMENTER

3.1 Sentrale føringer

Fremtidens primærhelsetjeneste (Meld St. 26, 2014-15)

Primærhelsetjenestemeldingen (2014-15) er en oppfølging og konkretisering av samhandlingsreformen. Den setter pasientens behov i sentrum for utvikling av fremtidens helse- og omsorgstjenester. Meldingen fokuserer på at gode helse- og omsorgstjenester tar utgangspunkt i brukernes mål, behov, og ønsker i eget liv. Helsetjenestene skal oppleves helhetlige, det må satses mer forebygging og proaktiv oppfølging, og flere tjenester skal leveres i kommunene. Et mer målrettet og intensivt tilbud i kommunene kan gjøre mange mer selvhjulpne og få et bedre liv, og i et rehabiliteringsforløp er det særlig viktig med opplæring for egenmestring.



Opptreppingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-19 (Særtrykk til Prop. 1 S, 2016-2017)

Budskapet i Opptreppingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-19) er at det i fremtiden må jobbes annerledes enn i dag med habilitering og rehabilitering. Brukere må involveres i egen rehabilitering-/habiliteringsprosess, og de må få tilstrekkelig hjelp til å leve med og til å mestre sykdom. Kommunene skal gi et tilrettelagt rehabiliteringstilbud, og overta flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Hovedtyngden av innsatsen skal skje hvor brukeren bor. I tillegg vektlegges bedre kvalitet, økt kompetanse, og samhandling og koordinering mellom og innenfor ulike nivåer.



Veileder for habilitering, rehabilitering og individuell plan

Veilederen skal hjelpe ledere og fagfolk til å arbeide bedre sammen om rehabilitering, habilitering, læring og mestring og koordinering. Helsedirektoratet ønsker å bidra til felles forståelse og enhetlig veiledning om sentrale spørsmål både knyttet til innhold i tjenestene og samhandling.

3.2 Lokale føringer

Kommunen har overordnede planer som legger føringer for hvordan de ulike tjenestene skal utformes. Et utvalg av disse er belyst under.

Kommuneplanens samfunnsdel 2014-2026

Kommuneplanens samfunnsdel skal i et langsiktig perspektiv angi mål for utviklingen i kommunen. Det vises til vekst i folketall, da særlig av arbeidsinnvandring og barnefødsler, samtidig som man ser økningen i antall eldre. Her er det vedtatt at forebygging blant barn og unge skal ha hovedfokus. Fysisk aktivitet, kosthold og motvirke ensomhet er også sentrale faktorer. Sentrale oppgaver videre er å ha fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid i et livsløpsperspektiv, tverrfaglighet og samarbeid mellom kommunen, næringsliv og frivilligheten, samt internt i kommuneorganisasjonen. Utvikling skal stå sterkt i arbeidet vi gjør.

Helse- og velferdsstrategi i Hitra kommune 2022-2031 (vedtas høst 2021)

Dette er en overordnet plan for helse- og omsorgstjenestene. Hovedstrategiene i helse- og omsorgsplanen er at kommunen gjennom helsefremmende, forebyggende og tidlig innsats skal bidra til at innbyggere i Hitra opplever mestring hele livet. Oppdraget løses gjennom dialog, samhandling og samskaping med brukere, pårørende og lokale lag og interesseorganisasjoner. Dette bidrar til at kommunens innbyggere opplever høy livskvalitet i det daglige.

For å få til dette er det nedfelt 4 Innsatsområder:

- Fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid i alt vi gjør
- Brukermedvirkning og mestring skal prege all tjenesteyting
- Fremme psykisk helse
- Arbeidsdeling og samarbeid

Andre temaplaner

I tillegg finnes flere ulike temaplaner som i ulik grad overlapper med plan for habilitering og rehabilitering, som boligsosial handlingsplan, strategi for velferdsteknologi, og en temaplan for psykisk helse- og rus som er under planlegging.

Andre føringer

Jf. Helse- og omsorgstjenesteloven §7-3 skal alle kommuner og helseforetak ha en koordinerende enhet (KE) for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. KE er underlagt forvaltningskontoret for helse- og omsorgstjenesten og skal være kontaktpunkt for samarbeid innad i kommunehelsetjenesten og med spesialisthelsetjenesten. Enheten skal ha en generell oversikt over habilitering - og rehabiliteringstilbudet i kommunen samt i helseregionen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud skal integreres i et samlet, tverrfaglig habilitering – og rehabiliteringstilbud, og sørge for at alle som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

Koordinerende enhet har også det overordnede ansvar for arbeidet med individuell plan (IP), og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

3.3 Lovverk

Kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering

Vi har allerede nevnt at Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester regulerer kommunes ansvar for tilbud innen habilitering og rehabilitering. Retten til IP og koordinator er også hjemlet her.

Forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Forskriften legger videre føringer for at man har oversikt over behov og tilbud, at man har godt planlagte og utformede tjenester og at de er uavhengig av brukers boform.

Pasientrettighetsloven

Pasientrettighetsloven setter brukeren i fokus og sikrer rettigheter til nødvendige helsetjenester, mens helsepersonelloven setter krav til helsepersonells fagutøvelse og plikter man har overfor pasientene.

Ansvarsfordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten

Ansvarsfordelingen reguleres av helse- og omsorgstjenesteloven og forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Kommunens oppgaver beskrives ikke spesifikt, men

kommunene har ansvaret for de oppgavene som ligger utenfor spesialisthelsetjenestens ansvarsområde.

Spesialisthelsetjenesten har ansvaret for:

- Re-/habilitering som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning
- Intensiv trening som inngår i re-/habiliteringsplan eller spesialisert tilbud etter behandling
- Tilrettelagt opplæring for pasienter og brukere som trenger det

Kommunen er jf. helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 pålagt å inngå samarbeidsavtaler med helseforetaket som sikrer at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Hitra kommune og St. Olavs Hospital inngikk en slik avtale i 2016, denne er nå under revidering. Avtalen inneholder blant annet retningslinjer for samarbeid om habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud, som skal sikre helhetlige og sammenhengende tjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

4 SITUASJONSBESKRIVELSE

I dette kapittelet vil vi på bakgrunn av nasjonale og lokale føringer, lovverk samt nasjonalt og lokalt utfordringsbilde beskrive de ulike tjenestene som jobber med rehabilitering som fagfelt.

4.1 Nasjonalt utfordringsbilde

Gjennom Opptreppingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019) skisserer fire hovedutfordringer i arbeidet med habilitering og rehabilitering:

Brukermedvirkning

Tjenesteapparatet lykkes ikke med å bistå brukeren i å få fram hva som er brukerens mål eller tilbyr ikke tjenester tilstrekkelig tilpasset brukerens behov.

Samhandling og koordinering

Enkelttjenester henger ikke sammen som en helhet for brukeren. Dette gjelder både undersøkelse og kartlegging og de oppfølgende tiltakene.

Kapasitet

Enkelttjenester som skal bistå brukeren mangler eller har uakseptabel lang ventetid.

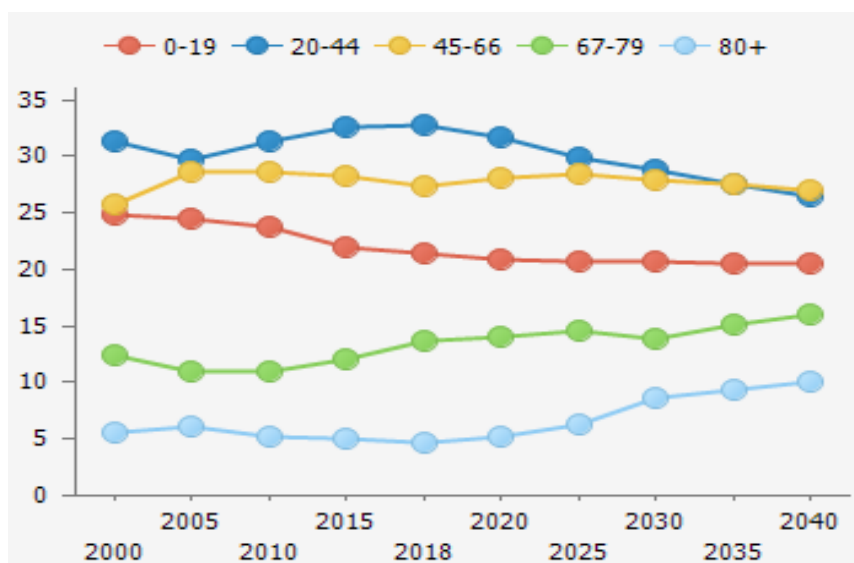
Faglig kvalitet, arbeidsform og/eller organisering

Tjenestene er ikke i tråd med brukerens forventninger eller faglige standarder

4.2 Lokalt utfordringsbilde

For å møte oppgaveforskyvningen fra spesialisthelsetjeneste til kommune er det viktig at de kommunale habiliterings- og rehabiliteringstjenestene styrkes. Befolkningsframskrivning viser en fordobling av antall eldre over 80 år i 2040, og det ventes fortsatt økning i forekomsten av kroniske sykdommer. En framskriving av Hitra kommunes demografi gir et lignende bilde.

Befolkningsprognose – middel vekst for Hitra



Figur 1: Sterk vekst i innbyggere +67 år. Kilde SSB

Om utfordringsbildet i Hitra kommune ellers vet vi videre av statistikk og erfaringstall at:

- Økning i utbetaling av sosialhjelp senere år (KOSTRA)
- Større andel av befolkningen enslige enn landet (SSB)
- Lavere andel med høyere utdanning enn landet (Folkehelseprofil)
- Utslag på mobbing i skolen (Ungdata, elevundersøkelser)
- Utslag på ensomhet hos unge (Ungdata)
- Høyere andel med hjerte-karsykdommer enn landet (Folkehelseprofil)
- Lavere andel unge som er fysisk aktive enn landet (Folkehelseprofil)
- Barnefattigdom over sammenlignbare kommuner (SSB)
- Flere faller utenfor dagens arbeidsmarked, deltid (NAV)

Kilde: Sosiale utfordringer i Hittersamfunnet, framlegg for KST mai 2018 + Folkehelseprofil 2020

Når det gjelder kapasitet på de eksisterende habiliterings- og rehabiliteringstilbudene i Hitra har det generelt vært lite ventetid og vi greier tross små og sårbare tjenester å gi et bredt tilbud. Brukerundersøkelser viser jevnt over at våre innbyggere er godt fornøyde med tjenestene som gis og KOSTRA-tall bekrefter stort sett at vi evner å yte tjenester etter nasjonale føringer og forventninger.

Gode habiliterings- og rehabiliteringstjenester forutsetter at helsetjenestene samarbeider godt seg imellom, og at de ulike tjenestene er godt koordinert. På Hitra er de fleste tjenestene samlokalisert, noe som gjør at det ligger til rette for god kontakt og lav terskel mellom tjenestene. Det at vi har et forvaltningskontor/koordinerende enhet med faste inntaksmøter for tverrfaglig analyse, drøfting og oppgavefordeling gjør også at det er god oversikt over pasienter med meldte behov for habilitering- og rehabiliteringstilbud.

I det følgende beskrives organiseringen av tjenestene som er involvert i habilitering- og rehabilitering i Hitra kommune, samt utfordringsbildet knyttet til habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet i de ulike tjenestene.

5 HABILITERINGS- OG REHABILITERINGSTILBUD INKL. UTFORDRINGER

5.1 Tilbud i kommunen

5.1.1 Forvaltningskontoret/Koordinerende enhet

Forvaltningskontoret har god kjennskap til kommunens ansvar i forhold til helse og omsorgstjenester. Rådgivere i enheten har kompetanse innen forvaltning av helsejuss og har oversikt over lov, forskrift og styrende dokumenter. Mandatet er å sikre legalitet og forsvarlighet innen saksbehandling, sikre den enkeltes rettssikkerhet, sikre likeverdig behandling, sikre brukermedvirkning samt gi informasjon, råd og veiledning.

Forvaltningskontoret er delegert ansvar og myndighet til mottak og behandling av søknader underlagt helse- og omsorgstjenesten. Inntaksmøter er rådgivende organ og samarbeidsforum for gjennomgang og drøfting av søknader.

Forvaltningskontoret har mandat som koordinerende enhet og har et overordnet ansvar for arbeidet med IP og koordinator.

Utfordringer

- IP og koordinator, mindre tildeling og oppnevning
- Grenseoppganger og ulike lovverk
- Viktig med informasjon om, belyse ansvaret til tjenesteutøver

5.1.2 Sykehjem

Hitra sykehjem har i alt 58 plasser og består av korttidsavdeling, somatisk bofellesskap og avdelinger for personer med demenssykdom, innenfor dette også tilrettelagt plass for eldre med behov for heldøgns-omsorg som følge av psykisk sykdom. Sykehjemmet er sertifisert Livsgledehjem og har fokus på å bevare menneskeverdet og anerkjenne det unike og individuelle hos beboerne, uansett diagnose.

Tilbud i dag

- Langtidsplasser ved døgnkontinuerlig og langvarig behov
- Korttidsplasser for øyeblikkelig hjelp, avlastning, utredning og rehabilitering. Antallet korttidsplasser er 13, og i 2020 har dette vært utvidet til 17 plasser. Disse korttids-plassene fordeles mellom de ulike typene opphold ut fra variasjon i behov
- Livsgledehjem med livskartlegging, tilbud minst en time frisk luft i uka. Besøk av livsgledebarnehage, livsgledeungdom og arrangerte sammenkomster, aktiviteter og kulturelle innslag.

Utfordringer

- Rehabiliteringsopphold: Behov for tettere tverrfaglig samarbeid i forbindelse med pasientforløp. Har en del å gå på for å skape sømløse overganger for pasientene i samarbeid på tvers av enheter. Planlegging av hjemreiser starter ofte sent i forløpet. Standardiserte pasientflytskjema er ikke systematisk i bruk.
- Har for øyeblikket ikke sykepleiere eller fagarbeidere med spesialkompetanse innen rehabilitering
- Få prioritert hospitering og kompetanseutvikling

5.1.3 Hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten er en fellesbenevnelse av aktivtørtjeneste, praktisk bistand i hjemmet og helsehjelp i hjemmet. Kompetansen består av halvt om halvt med sykepleiere og fagarbeidere.

Helsehjelp i hjemmet har som formål å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Det er en målsetning at tjenesten skal sette brukeren i stand til å bo i eget hjem så lenge som mulig og forebygge behov for heldøgns pleie- og omsorgstilbud. Praktisk bistand gis til personer som på grunn av sykdom, funksjonshemming, alderdomssvekkelse eller andre årsaker er helt avhengig av praktisk eller personlig bistand for å greie dagliglivets gjøremål. Tjenesten skal bidra til at den enkelte kan leve og bo selvstendig.

Hjemmetjenesten har base på Hitra helsetun og er lokalisert i samme bygg som alle andre helsetjenester. Vi har møter med fysioterapeut, ergoterapeut og sykehjemmet på mandager og onsdager hvor vi samhandler og planlegger pasientforløp og behandling. Ellers er tjenestene våre lokalisert i hjemmene til tjenestemottakerne på hele Hitra.

Hjemmetjenesten tilbyr hverdagsrehabilitering i hjemmet. Dette er et tilbud som fungerer bra og som gir brukerne muligheten til å bevare sine funksjoner for å fungere i dagliglivet. Per tiden jobber vi ikke mye med habilitering, men dette kan med tiden bli mere aktuelt ut i fra endret behov fra tjenestemottakerne.

Utfordringer

- Kapasitet i hjemmetjenesten til å utføre ønsket rehabiliteringsplaner. Mere aktiv trening ville gitt en mer ønsket effekt hos brukerne.
- Mangel på kompetanse innen habilitering- og rehabilitering blant ansatte i hjemmetjenesten.
- Savner treff med fysioterapeut i hjemmet som kan undervise og gi tilstrekkelig opplæring der det er nødvendig. Mer samhandling for forståelse for felles målsetting.
- Savner mer ressurs på fysioterapeut som kan drive aktivt med rehabilitering i hjemmet.

5.1.4 Rehabiliteringstjenesten

Tjenesten består av fysioterapeuter, ergoterapeut og hjelpemiddeltekniker. En av fysioterapeutene har videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. Hovedoppgavene er kartlegging, undersøkelse, behandling, rehabilitering, søknad, tilpasning og utlevering av hjelpemidler til brukere med sykdom, skader og funksjonsnedsettelse. I tillegg fokuserer vi på forebyggende arbeid særlig mot barn, ungdom og unge voksne. De kommunale fysioterapeutene har i hovedsak brukere i aldersgruppene barn 0-20 år, unge voksne med funksjonsnedsettelse, voksne med behov for tverrfaglige tjenester og eldre på korttidsavdeling og i hjemmet. Ergoterapeut og hjelpemiddeltekniker har brukere i alle aldre.

Tilbud i dag

- Bruker- og målrettet rehabilitering i korttidsavdeling eller hjemmet
- Hverdagsrehabilitering, treningsopplegg 6 uker i hjemmet
- Individuelle behandlinger/konsultasjoner/kartlegginger/oppfølging av hjelpemidler
- Fallforebyggende gruppe to ganger i uka/8 uker- to perioder
- Treningsgruppe for hjemmeboende eldre treningsklinikken to ganger i uka/ca. 40 uker
- Ukentlig bassenggruppe habilitering og barn med sammensatte behov
- Psykomotorisk fysioterapi for ungdom og unge voksne ca. 20-30 år
- Treningsgruppe for ungdom
- Deltakere tverrfaglige møter med forvaltningskontor, korttidsavdeling, hjemmesykepleie.
- Interne rehabiliteringsmøter og med deltagelse fra logoped i enkeltsaker

- Samarbeidsmøter med helsestasjon, friskliv, Psykisk helse, boligansvarlig, Frøya Friskliv og mestring.

Utfordringer

- Det er ikke helhetlig rehabiliteringsfokus i kommunen; både på system- og kompetansenivå. Lite kompetanse/tilgjengelig kompetanse innen sosial og psykososial rehabilitering og logopedi.
- Hverdagsrehabilitering har få brukere, det mangler systematisk arbeid på feltet, hjemmetrenere og andre tjenester inne for å få tilbudet til å være helhetlig
- For lite kapasitet ergoterapi. Mye av arbeidet til ergoterapeut går til kartlegginger og søknader, får ikke brukt/økt kompetanse innen ADL-trening, kognitiv trening og finmotorikk. Økende trykk ifm økende andel eldre.
- Vi har få lærings- og mestringstilbud til brukerne innen rehabilitering: hvordan leve med, hjelp til selvhjelp, diagnoseuavhengig gruppe/kurs, dagrehabilitering
- Erfarer at legenes rolle rundt rehabiliteringsbrukere blir utydelig ift andre tjenester som er inne
- Har ingen team som kan bistå i overgang til hjemreise fra korttidsavdeling/ sykehus/ spesialisert rehabilitering og til hjemmet. Mangler ansvarsfordeling, rehab.tankegang, og lage tverrfaglige og brukerstyrte mål og plan. Ser viktighet av å få med særlig sykepleiere, helsefagarbeider og sosionom.
- Savner tettere samhandling med privatpraktiserende fysioterapeuter

5.1.5 Medisinsk treningsklinikk/friskliv med diabetessykepleier

Tjenesten består av treningsveiledere, diabetessykepleier og medisinsk ansvarlig lege.

Hovedoppgaven er individuell trening som medisinsk behandling. I tillegg tilbyr vi frisklivstilbud i form av turer og ulike kurs/grupper. Vår deltakermasse er primært i alderen 18-80 år.

Diasykepleier har individuell veiledning med sine pasienter og er med og arrangerer bla. BraMat-kurs.

Tilbud i dag

- Individuell trening 3 dager i uka
- Individuell veiledning kosthold
- Oppfølging i egentreningsperiode samt etter treningsperiode
- Tirsdagsturer i samarbeid med LHL
- BraMat, søvn- og tobakksavvenningskurs, deltagelse sorggruppe
- Diagnoseuavhengig mestringstreff, tverrfaglig tilbud

Utfordringer

- Sårbart ved fravær hos ansatte
- Lite ressurser til å følge opp deltakere i etterkant av treningsperiode
- Behov for systematikk rundt diagnoseuavhengig mestringsgrupper/kurs
- Økt antall henviste med psykiske utfordringer og lidelser, andre typer behov

5.1.6 Psykisk helsetjeneste

Tjenesten tilbyr oppfølging/behandling/psykiske helsetjenester til henviste voksne innbyggere over 18 år. Tjenesten består av 4 psykisk helsearbeidere med høyskoleutdanning, to er psykiatrisk sykepleiere. hvor ansatte har variert høyskolebakgrunn og erfaring.

Tilbud i dag

- Individuell oppfølging/samtaler av voksne

- Ulike gruppetilbud som KID, KIB, søvnkurs. Det er under planlegging et tverrfaglig gruppetilbud kalt diagnoseuavhengig mestringskurs.

Utfordringer

- Ønske om å jobbe mer forebyggende og med læring/mestring og gruppetilbud
- Ønske om å gjennomføre brukerundersøkelser og andre tiltak for å styrke brukerstemmen og øke bevissthet om brukermedvirkning i tjenesten
- Ønske om å ansette erfaringskonsulent, gjerne sammen med flere tjenester
- Ønske om å få til et dagtilbud for å motvirke ensomhet, forebygge psykiske plager
- Ønske om å i større grad nå unge voksne med sammensatte behov - gjennom tverrfaglig innsats

5.1.7 Legekontor med kreftsykepleier

Hitra kommune løser sitt ansvar for legetjenester i en delt modell, som omfatter:

Privatpraktiserende fastleger (i gruppepraksis i Hitra helsetun). Kontoret har 6 fastlegehjemler med ulike listelengder (5 er besatt). I tillegg har kommunen stilling for Lis-1-lege (turnus). I 2021 har vi knyttet til oss 2 Lis-1-leger. Hitra kommune har en lokal avtale med private leger hvor kommunen stiller med hjelpepersonell, lokaler og basis medisinsk utstyr til den private gruppepraksisen. For å dekke kostnadene til denne organiseringen beholder kommunen tilskudd som skulle gått til legene i en ordinær privatpraksis. Hjelpepersonellet er bemannet av sykepleiere og helsesekretærer.

Tjenester fra kommunalt ansatte leger i kommunale (offentlige) deltidsstillinger. Dette er formulert som en forpliktelse i avtale om privat legepraksis mellom kommunen/legene. Leger ansatt i kommunal deltidsstilling inngår pr dato følgende:

- | | |
|---|-----|
| ▪ Kommuneoverlege | 40% |
| ▪ Tilsynslege Pleie – og omsorgstjenestene | 20% |
| ▪ Rådgivende lege medisinsk treningsklinikk | 20% |
| ▪ Helsestasjon (barn og unge inkl. HFU) | 20% |
| ▪ Legevakt og intern administrasjon mm | 10% |
| ▪ Turnusveileder | 10% |

Legevakt kommunal og interkommunal ordning

- Hitra dagtid
- Felles med Frøya kommune deler av døgnet
- LiO resten av døgnet

Legetjenesten tilbyr et bredt allmennlegetilbud etter dagens ordning. Av de 6 hjemlene er 1 lege allmennspesialist og resterende enten i spesialiseringsløp eller er i ferd med å opparbeide forutgående fartstid før spesialisering. Hjelpepersonellet gir også et bredt tilbud av tjenester i tilknytning legekantoret slik som laptjenester, skiftestuetjenester mm. Kontoret har også tilknyttet 0,6 av kreftsykepleieressurs.

Utfordringer

- Utfordring med å rekruttere og beholde legekompentanse. Dette gir en mer sårbart tilbud til både pasienter og mht fagstøtte til andre hjelpetjenester
- Det er en utfordring at noen pasientbehov faller mellom flere tjenester - feks IV-behandling av gravide samt oppfølging av kompliserte og kroniske sår. Det har vært diskutert et evt. behov for sykepleieklinikk/poliklinikk

- Kreft-ressursen er de senere år økt noe, men det er sårbart at det kun er en person med avsatt stillingsressurs. Det er opprettet kontaktpersoner i pleie- og omsorg som kreftsykepleier har jevnlig møter med, men det savnes en større grad av teamtenking rundt denne pasientgruppen
- Brukere med behov for langvarig habilitering/rehabilitering trenger en kontakt i den kommunale helsetjenesten som kan koordinere tjenestetilbudet til den enkelte. Dette blant annet for å avlaste fastlegene noe i den rollen de har i forhold til disse brukerne.

5.1.8 TNF - tjenester for mennesker med nedsatt funksjonsevne/ praktisk bistand og opplæring

Tjenesten er til personer som på grunn av sykdom, funksjonshemming, alderdomssvekkelse eller andre årsaker er helt avhengig av praktisk eller personlig bistand for å greie dagliglivets gjøremål. Tjenesten skal bidra til at den enkelte kan leve og bo selvstendig. Tjenesten gis stort sett i et bofellesskap, eller i egne boliger rundt i nærområdet av bofellesskapet.

Tilbud i dag

- Praktisk eller personlig hjelp, veiledning og tilrettelegging for å greie dagliglivets gjøremål som f.eks matlaging, stell, praktisk bistand, friluftaktiviteter m.m.
- Strukturering og gjennomføring av oppgaver i hjemmet
- Økonomistyring, innkjøp av klær, matlaging og kosthold
- Opprettholde og videreutvikle sosiale nettverk
- Håndtere medisiner eller annen medisinsk oppfølging

Andre tilbud

- Avlastning barn og unge: gis til omsorgspersoner som har særlig tyngende omsorgsoppgaver. Dag- og døgnbasert ut ifra behov. Gis i avlastningsbolig, i hjemmet eller annen privat bolig.
- Omsorgsstønad: Godtgjørelse til omsorgspersoner for utførelse av særlig tyngende omsorgsoppgaver.
- Brukerstyrt personlig assistanse (BPA): Bruker/foresatte har arbeidslederrolle for en personlig assistent, mens kommunen forvalter og gir tilgang til ressursen.
- Støttekontakt: Personlig assistanse til avklarte aktiviteter/hverdagsoppgaver i et avgrenset antall timer i uka.

Utfordringer

- Mangel på vernepleiere, sykepleiere og kompetanse særlig innen psykisk utviklingshemning og innen autisme
- Komme i posisjon til å gi tilstrekkelig helsehjelp- her er velferdsteknologi viktig videre
- Systematisk opplæring og oppfølging av private avlastere
- Flere sammensatte brukere med økte behov, mens ressursene blir mindre

5.1.9 Oppfølgingstjenesten

Oppfølgingstjenesten er en heldøgns interkommunal, gratis tjeneste for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelavhengighet. Tjenesten er en 24/7 bemannet tjeneste med døgnbemannet telefon. Vi styrker mulighetene for mestring av daglige aktiviteter i egen bolig, samt sosial kompetanse og nettverksbygging. Tjenesten er målrettet, behovsrettet, faglig begrunnet og samhandlende med andre nødvendige instanser. Vår målgruppe er personer med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet, alvorlige langvarige problemer/lidelser. Tilbud gis i hovedsak til mennesker i alderen 18-57 år, men unntak drøftes individuelt.

Tilbud i dag

- Støttesamtaler
- Praktisk bistand og opplæring, praktisk bistand i bolig(betalingstjeneste)
- Informasjon, råd og veiledning
- Sosial trening og nettverksbygging, hjemmebesøk med biveiledning og oppfølging
- Koordinering av individuelle planer og ansvarsgrupper
- Dagaktiviteter med fokus på sosial samhandling, nettverksbygging og fysisk aktivitet. Varden/Hammeren gård er et lavterskeltilbud med beliggenhet på Frøya, men det gis tilbud til begge kommuner.
- Kjør for livet; et tilbud til unge mellom 15-18 år, tilbudet gies til ungdommer som av ulike årsaker faller utenfor sosial nettverk. Samarbeidsprosjekt med Barneverntjenesten.
- Tilbud om alternative undervisningsarena for ungdommer som ikke følger ordinært skoleløp
- HAPP(Hasjavvenningsprogram), og følge opp ungdommer på ruskontrakt alder 15-18 år.

Utfordringer

- Økende behov for tiltak rundt unge, vi mangler tilpassede boliger, skulle hatt flere ulike aktivitetsarenaer.
- Kan være utfordrende å få til sømløst samarbeid og en gjensidig forståelse fra spesialisthelsetjenesten

5.1.10 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten inkl. Familieteam

I helsestasjons- og skolehelsetjenesten jobber helsesykepleiere, helsestasjonslege, jordmor, barne- og familieveileder og kommunepsykolog, hvor det også er rigget et eget familieteam. Gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenestens faste konsultasjonsprogram møter tjenesten alle gravide, barn og unge i kommunen. Det gjør at tjenesten har en viktig rolle i å avdekke behov for langvarige og koordinerende tjenester på et tidlig tidspunkt. Tjenesten jobber først og fremst helsefremmende og forebyggende, men er også viktig for barn og familier der barnet har en medfødt eller tidlig ervervet sykdom, skade, funksjonsnedsettelse eller utviklingsforstyrrelse. Tjenesten gir oppfølging gjennom fast konsultasjonsprogram 0-5 år. Tjenesten har også faste dager/tidspunkt ute på skolene gjennom skolehelsetjenesten

Tjenesten kan bidra i arbeidet med å etablere rutiner for håndtering av legemidler i barnehager, skoler og SFO. Helsesykepleier deltar i ansvarsgrupper knyttet til barn og unge med behov for helhetlige tjenester, og i tverrfaglige samarbeid når barn og unge er pårørende til foresatte med behov for IP eller langvarige tjenester. Det er etablert et tett samarbeid med pp-tjenesten, fysioterapitjenesten, legetjenesten, tannhelsetjenesten, barnehager og skoler. Helsestasjonen i sin helhet deltar i kommunenes tiltaksteam og ressursteam.

Fra våren 2020 ble det opprettet et eget Familieteam som består av barn- og familieveileder, barnepsykolog, to familieveiledere fra Barnevernstjenesten, en Småbarns-Los og fra høsten av en Ungdoms-Los. I denne gruppen har vi også et prosjekt i forhold til BTI og «Tidlig inn». I BTI-prosjektet er PPT også med i arbeidsgruppa. Familieteamets mål er å jobbe tett på familier, barnehagen og skolen på et lavterskelnivå.

Fra 01.09.21 er tjenesten sammenslått med barneverntjenesten og PPT i egen enhet for barn og unge.

Utfordringer

- Ofte endringer i personalgruppa som følge av permisjoner, sykefravær og vikariater påvirker kontinuiteten og oppfølgingen av sårbare barn og unge.

- Mye deltakelse i systemarbeid, tverrfaglige fora og tidkrevende oppfølging av enkeltindivider går på bekostning av universelle helsefremmende og forebyggende tiltak på gruppe og befolkningsnivå.
- Manglende rolleavklaring, opplæring og rutiner om samarbeid med koordinerende enhet (forvaltningskontoret).
- Barn og unge der foresatte har behov for langvarige tjenester, har økt risiko for belastning og familiens behov må ses i sammenheng.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er ikke samlokalisert med aktuelle samarbeidspartnere som PPT og barnevern. Helsestasjonen som helhet med familieteamet har heller ikke per i dag felles kontorlokaler.

5.1.11 Barneverntjenesten

Barneverntjenesten har som hovedoppgave å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid.

Barneverntjenesten kan gi hjelp både i- og utenfor hjemmet ved råd og veiledning, økonomisk støtte, barnehageplass/SFO, fritidskontakt, institusjoner/fosterhjem, besøkshjem, foreldreveiledningsprogram som ICDP og COS-P, samordning av tjenester for å nevne noe.

Barneverntjenestens arbeid består i hovedsak av meldingsfase/avklaringsfase, undersøkelse, iverksettelse og oppfølging av hjelpetiltak og. I noen tilfeller må barneverntjenesten fremme sak for fylkesnemnda, i de tilfeller barn ikke kan bo hjemme. I disse tilfellene har barneverntjenesten ansvar for å følge opp barnet, fosterhjemmet og biologiske foreldre.. Utover dette kan barneverntjenesten henvise til det statlige barnevernet om hjelpetiltak som ikke tilbys i kommunen. Barneverntjenesten har også tett samarbeid med Familieteamet, som er et lavterskeltilbud ved Hitra helsestasjon.

Barneverntjenestens årsverk er fordelt på kontaktpersonstillinger, tiltaksstillinger, merkantilressurs og avdelingsleder.

Utfordringer

Generelt sett ser barneverntjenesten en del utfordringer knyttet til barnevernreformen (som nå blir døpt om til oppvekstreformen) som trer i kraft fra 01.01.22. Målet med reformen er at barn og unge skal få rett hjelp til rett tid der de bor. Dette innebærer at det statlige barnevernet overfører mange nye oppgaver til kommunene. Kommunene får også økt ansvar for forebygging og tidlig innsats, som på sikt skal redusere behovet for tiltak utenfor kommunen.

- **Kapasitet:** Hitra barneverntjeneste er en del av Kystregionen (barneverntjenestene på Hitra, Frøya, Heim, Orkland og Fosen) og har en felles fosterhjemsveileder stilling. Det er et behov utover denne stillingen for å kunne ivareta alle nye oppgaver i 2022.
- **Kompetanse:** Hitra barneverntjeneste ønsker økt kompetanse gjennom bufdirs kompetanseløft, vurdering av barnets beste, juss i barnevernfaglig arbeid, relasjonskompetanse i barnevernet, barnevernfaglig veiledning (kollegaveiledning), minoritetskompetanse i barnevernet, barnevernledelse osv. Utover dette ønsker vi også kompetanseheving på:
 - Barnesamtalen, profesjonelle barnesamtaler, ledelse av samarbeidsmøter/ansvarsgruppemøter, traumeforståelse, familierapi, barn og unges psykiske helse, vold og seksuelle overgrep mot barn, MI
- **Samhandling:** Vi er gode på samhandling i Hitra kommune, men kan fortsatt bli enda bedre. Felles forståelse for måten de ulike tjenestene jobber på er viktig
- **Lokalisering:** Godt fornøyd med nye lokaler, men ser frem til og håper at det etter hvert vil komme på plass et bygg som rommer alle tjenester som jobber med barn og unge.

5.1.12 PPT med logoped

Logopedi for voksne i Hitra kommune ligger under PPT, og har et omfang på 20%.

Logopedi gis til de som ønsker, har behov for og nytte av det, så langt det er kapasitet. Akutte tilfeller, som afasi i akutfasen, prioriteres.

Tilbud

- Trening/behandling/veiledning i/på
 - Afasi
 - Stemmevansker
 - Taleflytvansker (stamming/løpsk tale)
 - Språk- og uttalevansker
 - Dysfagi
 - Lyttetrening etter CI-operasjon

Utfordringer

- Liten stillingsandel gjør at man har mindre tid, derfor er man avhengig av at logopedens hentes inn til tverrfaglig samarbeid når det er spesifikt rettet mot det logopediske
- Et bredt felt gjør det vanskelig å fordype seg i noen felt, og det kan bli behov for å hente inn kunnskap, enten gjennom kurs, hospitering, webinar e.l.
- Alle som kan, møter til time på logopedens kontor i PP-tjenestens lokaler.
- Mange av pasientene befinner seg på korttidsavdelingen på Hitra Helsetun. Der er vi avhengig av at det legges til rette for at vi behandlingen utføres i et hensiktsmessig rom (minimum bord og stoler).

5.2 Samhandling

For å ivareta innbyggere med ulike behov, utfordringer, livs- og sykdomsforløp i en kommune som Hitra er det viktig med samhandling med nabokommunene, 2.linjetjenesten samt tilstrebe å følge ulike pakkeforløp som myndighetene har utarbeidet.

Kommunen har både formelt og uformelt samarbeid med Frøya kommune. Her kan tilbud om dialyse, felles legevaktordning, jordmortjeneste, PPT, NAV, Oppfølgingstjeneste og ulike treffpunkt mellom tjenestene nevnes. På den måten får man et bredere kompetansegrunnlag og kan gi bedre tjenester til innbyggerne. Større avstander, ulike kulturer og ulike tjenestestrukturer kan vanskeliggjøre samarbeidet.

Samhandlingen med 2.linjetjenesten har også mye å si for tjenesteyting i kommunen. Den spesialiserte kompetansen på utredning, diagnostisering, behandling, rehabilitering og habilitering tilhører sykehusene. Tydelig og avklart informasjon, prosedyrer for behandling og kompetanseoverføring er eksempler avgjørende punkter for behandlingsforløp, treffsikre tiltak og imøtekomme nåtidens og fremtidens håndtering av innbyggernes helseutfordringer.

Som en forlengelse av dette har det blitt laget ulike standarder for hvordan gi best mulig koordinerte og treffsikre tjenester gjennom standardiserte pakkeforløp. Her kan man se på helsedirektoratet sine nettsider for mer informasjon, men eksempler på forløp er innen hjerneslag, ulike krefttyper, psykisk helse og rus.

6 HANDLINGSPLAN 2022-2025

Tjeneste	Mål	Tiltak	Ansvarlig
Legeskontor inkl kreftansvarlig	Ansette leger i ubesatt stilling, 6. hjemmel		Enhetsleder
	Økt samhandling mellom fastlege og de kommunale helsetjenestene når det gjelder brukere med behov for langvarig habilitering og rehabilitering	Omdisponere/styrke kommunal legeressurs for å sikre tverrfaglig rehab.kapasitet	Samarbeidsutvalg
	Bedre tilbudet til kreftpasienter	Opprette dagtilbud "pusterommet" for kreftpasienter	Kreftsykepleier
	Bidra til utvikling av sykepleieklinikk/poliklinikk	Større grad av teamtenking rundt kreftpasienter	Enhetsleder
Forvaltningskontor/ koordinerende enhet	Øke bruk av og sikre tilstrekkelig kompetanse om IP og koordinator	Kompetanseplan	Enhetsleder
	Ha kontinuerlig dialog med tjenestene i brukersaker som har grenseoppganger og ulike lovverk	Jevnlige inntaksmøter med tjenestene	Enhetsleder
	Videreutvikle rollen til koordinerende enhet	Faste koordineringsmøter i sammensatte saker	Enhetsledere
TNF med barnebolig	Øke dekning av vernepleiere, sykepleiere og kompetanse særlig innen psykisk utviklingshemning og innen autisme		Enhetsleder

	Benytte velferdsteknologi for å gi tilstrekkelig helsehjelp Ha systematisk opplæring og oppfølging av private avlastere	Delta aktivt i velferdsteknologiprojekt	Enhetsleder i samarbeid med andre Enhetsleder
Oppfølgings-tjenesten	Øke samarbeid med spesialisthelsetjenesten Ha flere tverrfaglige tiltak rundt unge som sliter		Enhetsleder
Psykisk helsetjeneste	Utvikle dagtilbud/treffsted unge voksne Jobbe mer forebyggende og med læring/mestring og gruppetilbud Nå unge voksne med sammensatte behov - gjennom tverrfaglig innsats	Videreutvikle #sosial mandag Koordinere diagnoseuavhengig mestringsgruppe	Enhetsleder/fagleder Fagleder
Hjemmetjeneste	Øke kapasitet/prioritering til å utføre ønsket rehabiliteringsplaner Benytte velferdsteknologi for å gi tilstrekkelig helsehjelp Øke kompetanse innen habilitering- og rehabilitering blant ansatte i hjemmetjenesten. Bidra aktivt til bruk av hverdagsrehabilitering som systematisk arbeidsmetodikk	Delta aktivt med digi-rehab, og ha faste ressurs- og kontaktpersoner Plan for kompetanseløft Mer samhandling med rehabiliteringstjenesten for forståelse for felles målsetting Bidra med motivering/innsøking	Enhetsleder

Sykehjem	<p>Utvikle tydelige pasientforløp</p> <p>Bidra til gode overganger mellom sykehus og sykehjem / mellom sykehjem og hjemmet</p> <p>Bidra til kompetanseheving på rehabiliteringsfeltet</p> <p>Bidra til utvikling av sykepleieklinikk/poliklinikk</p>	<p>Utvikle og ta i bruk standardisert pasientflytskjema</p> <p>Følge opp faste inntaksmøter og kartleggingsteam</p> <p>Videreutdanne sykepleier i rehabilitering</p> <p>Lage gode samhandlingsavtaler med rehabiliteringstjenesten</p>	<p>Enhetsleder/ avdelingsleder</p>
Rehabilitering	<p>Bidra til at tjenestene har et felles fokus og helhetlig arbeid rundt rehab.brukere</p> <p>Bidra til utvikling av velferdsteknologi</p> <p>Være med å få på plass brukerstyrte rehabiliteringsteam (inkl. fastlege og sykepleier, økt ergo og logoped kompetanse)</p> <p>Se på behov bruk av sosionom i brukersaker</p> <p>Styrke ergoterapiressurs - forebyggende hjemmebesøk, kartlegging</p> <p>Øke hjelpemiddelteknikers stilling for å øke satsing på hørsel, hjelpemiddelveiledning/-utdeling</p>	<p>Arrangere en årlig intern rehabiliteringskonferanse ca. i januar</p> <p>Lede prosjektet Digi-rehab.</p> <p>Anbefale korttidsavdeling, hjemmetjenesten og psykisk helse å ha rehabiliteringskontakter. Danne nettverk og bidra med systemjobbing. Ha med Forvaltningskontoret</p> <p>Tverrfaglig hospitering på rehabiliteringssenter</p> <p>Budsjett 2022</p> <p>Gjennomført høst 2021</p>	<p>Fagleder</p> <p>Fagleder</p> <p>Fagleder</p> <p>Fagleder</p> <p>Enhetsleder</p> <p>Enhetsleder</p>

	Utvikle mer systematisk samhandling privat fysioterapeut Mer systematisk brukermedvirkning	Invitere til felles fagdag, fast samarbeidsutvalg Vurdere tverrfaglig erfaringsmedarbeider, jobbe med å utvikle tilbakemeldingsverktøy	Enhetsleder
Medisinsk treningsklinikk/ friskliv med diaspl	Opprette diagnoseuavhengig mestringsgrupper / kurs-tverrfaglig	Arrangere mestringstreff i samarbeid med psykisk helse og rehabilitering	Fagleder, tverrfaglig
	Øke kompetanse på område psykiske utfordringer og lidelser	Delta på aktuelle kurs	Fagleder
Barnevern	Øke generell kompetanse på hab/rehabfeltet		Avdelingsleder
	Utvikle tettere samhandling med alle tjenestene rundt barn og unge	BTI / tidlig innsats, videreutvikle samhandlingsmodellen Samlokalisere tjenester	
Helsestasjonen	Utvikle tettere samhandling med alle tjenestene rundt barn og unge	Samlokalisering av interne og eksterne tjenester	Avdelingsleder
	Økt kompetanse og samhandling med koordinerende enhet ifm individuell plan og koordinator		
PPT med logoped	Å vedlikeholde og bedre kommunikasjonsevne hos den enkelte afatiker ved å tenke totalkommunikasjon	Sette opp en afasigruppe på tvers av kommunene	Avdelingsleder

7 HØRINGSINNSPILL

Høringspart	Innspill	Kommentar

REFERANSELISTE

Helse- og omsorgsdepartementet: Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019)

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptrappingsplanrehabilitering.pdf>

Helsedirektoratet (2015): Veileder for habilitering, rehabilitering og individuell plan

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

Hitra kommune: Kommuneplanens samfunnsdel 2014-2026

<https://www.hitra.kommune.no/wp-content/uploads/sites/28/2015/10/Samfunnsplan-2014.pdf>

Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>