

**KRITERIER FOR TILDELING AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTER I FOLLDAL KOMMUNE**

INNHOLD

 KAPITTEL 1. GENERELL DEL

* 1. INNLEDNING
	2. FORMÅL
	3. LOVGRUNNLAG
	4. FØRINGER
	5. MESTRINGSTRAPPA
	6. MYNDIGHET, ROLLER OG ANSVAR
	7. SAKSGANG VED TILDELING AV TJENESTER
	8. KOMMUNALT PASIENT- OG BRUKERREGISTER/INDIVIDBASERT PLEIE- OG OMSORGSSTATISTIKK = IPLOS
	9. FORVENTNINGER TIL ANSATTE OG TJENESTEMOTTAKERE

 KAPITTEL 2. KOMMUNENS TILBUD OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTER, LAVTERSKELTILBUD OG AKTUELLE TILBUD FRA FRIVILLIGE -**TRINN 1**

2.1 KOMMUNALE HELSE OG OMSORGSTJENESTER SOM IKKE KREVER ENKELTVEDTAK

2.1.1 KOMMUNALT HJELPEMIDDELLAGER

2.1.2 HUKOMMELSESTEAM

2.1.3 KREFTKOORDINATOR

2.1.4 KOORDINERENDE TEAM

2.1.5 LEGETJENESTEN

2.1.6 FYSIOTERAPI

2.1.7 ERGOTERAPI

2.1.8 JORDMORTJENESTEN

2.1.9 HELSESTASJON

2.1.10 SKOLEHELSETJENESTE

2.1.11 HELSESTASJON FOR UNGDOM

2.1.12 KOMMUNEPSYKOLOG

2.1.13 KOMMUNAL AKUTT DØGNPLASS (KAD)

2.1.14 KRISESENTER

2.1.15 INDIVIDUELL PLAN, KOORDINATOR OG BARNEKOORDINATOR

2.1.16 DAGAVDELING

 KAPITTEL 3. HELSE- OG OMSORGSTJENESTER TIL HJEMMEBOENDE – **TRINN 2**

 3.1 VELFERDSTEKNOLOGI

3.2 LOKALISERINGSTEKNOLOGI – GPS

3.3 DIGITALT TILSYN

3.4 TRYGGHETSALARM

3.5 MATOMBRINGING- MÅLTID FOR HJEMMEBOENDE

3.6 INGRIDSTUA

3.7STØTTEKONTAKT/FRITIDSKONTAKT/ AKTIVITETSKONTAKT

KAPITTEL 4. HELSE- OG OMSORGSTJENESTER I HJEMMET-**TRINN 3**

4.1 HELSETJENESTER I HJEMMET/HJEMMESYKEPLEIE

4.2 PSYKISK HELSE OG RUSARBEID

4.3 HABILITERING OG REHABILITERING

4.4 PERSONLIG ASSISTANSE

4.5 PRAKTISK BISTAND/HJEMMEHJELP

4.6 PRAKTISK BISTAND OPPLÆRING

4.7 BRUKERSTYRT PERSONLIG ASSISTANSE (BPA)

4.8 AVLASTNING FOR FUNKSJONSHEMMEDE

4.9 OMSORGSLØNN

KAPITTEL 5. KOMMUNALE BOLIGER SOM TILDELES GJENNOM HELSE OG OMSORG OG PLASS PÅ SYKEHJEM -**TRINN 4**

5.1 TRYGDELEILIGHET

5.2 OMSORGSBOLIG

5.3 BOLIGER FOR PERSONER MED FUNKSJONSHEMNING

5.3.1 HELSE- OG OMSORGSTJENESTER GITT MED TVANG TIL PERSONER MED PSYKISK UTVIKLINGSHEMNING

5.4 PLASS I INSTITUSJON

5.4.1 KORTTID,REHABILITERING OG UTREDNINGSOPPHOLD

5.4.2 AVLASTNING I INSTITUSJON

5.4.3 LANGTIDSOPPHOLD

5.4.4 HELSE- OG OMSORGSTJENESTER GITT MED TVANG

KAPITTEL 1. GENERELL DEL

1.1 INNLEDNING

Dette dokumentet skal bidra til å skape forståelse for hvilke kriterier som ligger til grunn ved tildeling av tjenester. Tjenestenivået i Folldal kommune er basert på myndighetskrav, nasjonale føringer, politiske prioriteringer, faglige vurderinger, verdier og målsettinger.

Med bakgrunn i den omorganiseringen vi har gjort, og de endringene vi er inne i, er det behov for å opprette dette dokumentet.

Helse- og omsorgstjenester på kommunalt nivå skal følge statlige føringer og lovkrav. Dette dokumentet skal gi både tjenestemottaker og tjenesteutøver god informasjon om hva som kan forventes av kommunale helse- og omsorgstjenester. Videre skal dokumentet beskrive hvilke vurderingsmomenter som legges til grunn ved utmåling av tjenester for den enkelte pasient og bruker. Dokumentet inneholder også en beskrivelse av tjenester som ikke er lovpålagte, dette fordi det vurderes at disse tjenestene er av viktig forebyggende karakter.

Tjenestene skal ytes på en slik måte at bruker opplever mestring og egenomsorg så lenge som mulig. Dette samsvarer med føringer i nasjonal helse – og omsorgsplan, samt Folldal kommunes helse- og omsorgsplan 2011-2020. Denne skal revideres i 2026 og vedtas i 2027.

1.2 FORMÅL

Likeverdighet og riktig behovsdekning skal være førende.

Med likeverdighet menes her at alle skal møtes med trygghet, tillit og medmenneskelighet. Det skal være kvalitet i det vi gjør i møte med bruker, med fokus på hva som er viktig for den enkelte, selvhjelp, mestring og individtilpasning.

Hovedmål:

* Folldal kommune skal ha pasienter og brukere som får riktige tjenester på rett nivå etter effektiv og kvaliativt god saksbehandling.
* Pasient- og brukermedvirkning skal være ivaretatt i saksbehandlingsprosess og tjenesteutøvelse.
* Avdelingene skal samhandle med hverandre for best mulig tilpasning for pasient og bruker, best mulig ressursstyring, best mulig tverrfaglig tilnærming og oppfølging.

Delmål:

* Sikre mest mulig lik tilnærming i vurderinger.
* Sikre gode kartlegginger og faglige vurderinger som harmonerer med føringer om å bygge på hva som er viktig for den enkelte pasient og bruker.
* Ha godt samarbeid med andre tjenester og vurdering av tiltak utført av andre enn helsepersonell.
* Bruke forankrede og felles arbeidsverktøy, rutiner og prosedyrer.
* Ha god kommunikasjon mellom medarbeidere som gjør kartlegginger/vurderinger og vedtaksansvarlige i inntaksteamet.
* Sikre godt samarbeid og oppmerksomhet om barn som pårørende på tvers i tjenestene.
* Vurdere velferdsteknologi som en tjeneste før menneskelige ressurser settes inn, eventuelt som et supplement.
* Ha tett samarbeid med lokalsamfunn og frivillige ressurser for alle brukergrupper.

1.3 LOVGRUNNLAG

Helse- og omsorgstjenestene er underlagt en rekke lover og forskrifter.

 De mest sentrale lovene er:

* [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%2Bog%2Bomsorgstjenesteloven)
* [Lov om pasient- og brukerrettigheter](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%2Bog%2Bbrukerrettighetsloven)
* [Lov om helsepersonell](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell%2Bloven)
* [Lov om behandlingsmåter i forvaltningssaker](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10?q=forvaltningsloven)
* [Folkehelseloven](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelseloven)
* [Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38?q=lov%20om%20behandling%20av%20personopplysninger)

Relevante forskrifter:

* [Forskrift om en verdig eldreomsorg](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426?q=verdig%2Beldreomsorg)
* [Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=forskrift%2Bom%2Brehabilitering)
* [Forskrift om kvalitet i helse- og omsorgstjenesten](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=forskrift%2Bom%2Bkvalitet%2Bi%2Bpleie)
* [Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1349)
* [Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften)](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168)
* [Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-02-17-204) [omsorgsstatistikk - IPLOS](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-02-17-204)

Andre støttende lovverk:

* [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven)
* [Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevernloven) [helsevernloven)](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevernloven)
* [Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova)](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61?q=oppl%C3%A6ringsloven)
* [Lov om barn og foreldre (barnelova)](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7?q=barneloven)
* [Lov om barnevern (barnevernsloven)](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-18-97?q=barnevernloven)

I tillegg benyttes: [Relevante veiledere fra Helsedirektoratet](https://www.helsedirektoratet.no/produkter)

1.4 FØRINGER

Nasjonale føringer vil ha økt partsamarbeid mellom bruker, tjenestene, pårørende og frivillighet. Basert på det samarbeidet skal morgendagens helse- og omsorgstjenester bygges for å romme fremtidens utfordringer med større brukergrupper og mindre helsepersonell.

Framtidens brukere skal ha en mer aktiv rolle og den nye brukerrollen forutsetter en helse- og velferdstjeneste som i større grad enn tidligere kartlegger og forstår brukerens behov. Brukerne skal gis informasjon og støtte, slik at de kan delta aktivt i beslutninger som angår dem og deres fremtid.

###### **LEON betyr Laveste Effektive Omsorgs Nivå.**

Forebyggende tankegang skal bidra til å sikre innbyggernes selvstendige liv, god ressursstyring, og skal være i tråd med nasjonale føringer. Et viktig prinsipp for all tildeling av tjenester vil være LEON- prinsippet og at mindre ressurskrevende tjenester skal være vurdert og om mulig også forsøkt før kostnadskrevende tjenester innvilges.

Dette innebærer blant annet at den enkelte etter en individuell vurdering av sine behov skal få et gunstig og individuelt tilpasset tilbud på rett nivå til rett tid.

###### **BEON-prinsippet betyr Beste Effektive Omsorgs Nivå.**

Mestringstrappa har blitt brukt som et bilde av ulike nivåer i kommunale helse- og omsorgstjenester. Nye begrep og nye modeller har utviklet seg de senere årene. Folldal kommune har valgt å bruke mestringstrapp for å illustrere større grad av fleksibilitet i tjenestetilbudet, og for å fremme en organisering der brukerne i større grad blir en ressurs i eget liv.

Som innbygger kan du bevege deg innenfor mestringstrappa gjennom livet. Tjenester og tilbud fra ulike nivåer kan utfylle hverandre. Fleksibiliteten innenfor faglige, menneskelige og fysiske ressurser skal gjenspeile dette.

Det er et mål at tjenestene baseres på tidlig innsats. Tjenesten skal gis raskt ved behov og avsluttes ved egenmestring.

Sentralt i mestringstrappa er å bygge på det som er viktig for den enkelte, bygge på egenmestring og skape et fleksibelt samspill mellom bruker, pårørende, de kommunale tjenestene, frivillighet og velferdsteknologi. Det er et mål å sette innbyggerne i stand til å få lov til å bo i privat hjem så lenge det er mulig og forsvarlig.

1.5 MESTRINGSTRAPPA

  TRINN 1

* Kommunalt hjelpemiddellager
* Hukommelsesteam
* Kreftkoordinator
* Koordinerende team
* Legetjenesten
* Fysioterapi
* Ergoterapi
* Jordmortjenesten
* Helsestasjon
* Skolehelsetjeneste
* Helsestasjon for ungdom
* Kommunepsykolog
* Kommunal akutt døgnplass (KAD)
* Krisesenter
* Individuell plan, koordinator og barnekoordinator
* Dagavdeling

TRINN 2

* Velferdsteknologi
* Lokaliseringsteknologi- GPS
* Digitalt tilsyn
* Trygghetsalarm
* Matombringing- måltid for hjemmeboende
* Ingridstua
* Støttekontakt/fritidskontakt/aktivitetskontakt

 TRINN 3

* Helsetjenester i hjemmet/hjemmesykepleie
* Psykisk helse og rusarbeid
* Habilitering og rehabilitering
* Personlig assistanse
* Praktisk bistand/hjemmehjelp
* Praktisk bistand opplæring
* Brukerstyrt personlig assistent (BPA)
* Avlastning for funksjonshemmede
* Omsorgslønn

TRINN 4

* Trygdeleilighet
* Omsorgsbolig
* Boliger for personer med funksjonshemning
* Helse og omsorgstjenester gitt med tvang til personer med psykisk utviklingshemning
* Korttid, rehabilitering og utredningsopphold
* Avlastning i institusjon
* Langtidsopphold ved institusjon
* Helse- og omsorgstjenester gitt med tvang

1.6 MYNDIGHET, ROLLER OG ANSVAR

Helse, rehabilitering om omsorgsenheten er i dag organisert i følgende avdelinger:

* Folldal bo- og servicesenter
* Hjemmebaserte tjenester (HBT)
* Miljø og oppfølgingstjenesten (MOT)
* Helseavdelingen
* Inntaksteam

Inntaksteamet har delegert myndighet fra enhetsleder til å fatte enkeltvedtak og har ansvar for at utredningen og saksbehandlingen skjer i henhold til aktuelt lovverk, prosedyrer og rutiner.

Rutinene og praksis skal tydeliggjøre rettskravet på «nødvendige helse- og omsorgstjenester».

Tjenestene ved avdelingsleder har delegert myndighet fra enhetsleder og er ansvarlig for tjenesteutførelsen.

1.7 SAKSGANG VED TILDELING AV TJENESTER

Alle som bor eller oppholder seg i kommunen kan søke om helse- og omsorgstjenester. Søknadsskjemaet finnes på Folldal Kommune sin nettside eller ved henvendelse Servicekontoret eller Folldal bo og servicesenter ved administrasjonen.

Søknaden sendes til Folldal kommune v/Inntaksteam. Søknad skal være begrunnet og underskrevet i all hovedsak av søker selv.

Søker kan enten med skriftlig fullmakt eller framlagt vergemålsoppnevnelse, la en annen søke på sine vegne. Denne personen kan også bistå med å ivareta søkers interesser, men har utover dette ikke automatisk krav til innsyn i øvrige saker og dokumenter tilknyttet søker.

Det kartlegges funksjonsnivå og bistandsbehov blant annet innen ivaretagelse av husholdningsfunksjoner, egenomsorg og helsetilstand, mobilitet, kognitiv funksjon, sanser, sosial fungering og initiativ-evne. I tillegg kartlegges blant annet boforhold, privathjelp, nettverk og ernæringsstatus.

I saksgangen skal det legges vekt på brukermedvirkning. Det foretas en skjønnsmessig vurdering ut fra kriterier og den enkeltes forutsetninger og behov. Målet er å utforme tjenestetilbud i tråd med intensjonen i mestringstrappa.

Saksvurderingen skal resultere i et enkeltvedtak som skal sørge for skriftliggjøring av individuelle rettskrav og følge formkravene i forvaltningsloven. Søkere kan klage på enkeltvedtak om lovpålagte helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Klagefristen er 4 uker etter mottatt vedtak.

Etter underretning av vedtak og tildeling av tjenester vil det være en kontinuerlig evaluering av behov for endring av enkeltvedtak i takt med endring av individuelle behov.

1.8 KOMMUNALT PASIENT- OG BRUKERREGISTER/INDIVIDBASERT PLEIE- OG OMSORGSSTATISTIKK = IPLOS

IPLOS er en evnekartleggingsskår og er obligatorisk i alle kommuner. IPLOS-kartleggingen er en viktig del av kommunens beslutningsgrunnlag for å innvilge eller avslå en søknad om helse- og omsorgstjenester. Kartleggingen beskriver ressurser og bistandsbehov til de som søker om eller mottar bestemte kommunale helse- og omsorgstjenester.

IPLOS-registeringer blir sendt til et nasjonalt register. Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Opplysninger i KPR er anonymisert.

1.9 FORVENTNINGER TIL ANSATTE OG TJENESTEMOTTAKERE

Ansatte innenfor helse, rehabilitering og omsorg forplikter seg til å yte tjenester i tråd med lover, forskrifter og mål for tjenesten. De ansatte skal utføre tjenester i tråd med vedtak og opptre i tråd med kommunenes etiske retningslinjer. Det forventes at ansatte har kompetanse til å gi forsvarlige tjenester, god informasjon, råd og veiledning til pasient og bruker.

For å få til gode tjenester, skal ansatte i helse, rehabilitering og omsorg bidra til godt samarbeid med tjenestemottaker. For å få til dette er det viktig at tjenestemottakeren har tillit til helse- og omsorgstjenesten slik at de uten hinder formidler relevant informasjon og forventninger til tjenesten. Uten det er det ikke mulig å ivareta reell pasient- og brukermedvirkning. Det forventes at pasient og bruker gir beskjed om endringer i tjenestebehovet, også når behovet for tjenester blir mindre eller opphører.

FORVENTNINGER TIL MOTTAKER AV TJENESTER

* Samarbeider og yter egeninnsats ut i fra hva bruker mestrer.
* Gir beskjed dersom bruker ikke er hjemme til avtalt tid.
* Tillater at hjelpemidler installeres og benyttes til hjelp for bruker og ansatte.
* Bidrar til at kommunens ansatte har godt og trygt arbeidsmiljø i tråd med arbeidsmiljøloven.
* Sørger for at veien frem til boligen er framkommelig sommer som vinter.
* Sørger for å ha nødvendig utstyr tilgjengelig, som for eksemplel rengjøringsutstyr for hjemmehjelper.
* Sørger for at klær er merket med navn i forkant av institusjonsopphold.

FORVENTNINGER TIL ANSATTE I TJENESTEN

* Forplikter seg til å yte tjenester i tråd med lover, forskrifter og mål for tjenesten.
* Utfører tjenester i tråd med vedtak.
* Opptrer i tråd med kommunens etiske retningslinjer slik at brukerne får tillit til helse- og omsorgstjenesten.
* Legger til rette for størst mulig grad av egenomsorg og brukermedvirkning.
* Gir informasjon, råd og veiledning.
* Varsler bruker dersom det blir vesentlig endringer i forhold til avtaler.

KAPITTEL 2. KOMMUNENS TILBUD OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTER, LAVTERSKELTILBUD OG AKTUELLE TILBUD FRA FRIVILLIGE- **TRINN 1**

2.1 KOMMUNALE HELSE OG OMSORGSTJENESTER SOM IKKE KREVER ENKELTVEDTAK

Dette kapittelet omhandler tjenester, tilbud og samarbeid som er tilgjengelig gjennom ulike faser i livet for alle innbyggerne i kommunen uavhengig av alder og bosted.

Her beskrives tjenester som ikke saksbehandles eller tildeles ved enkeltvedtak.

Unntaket er koordinator og individuell plan, som saksbehandles med skriftlig beslutning.

Kriteriene for å få disse tjenestene er enten regulert gjennom lovpålegg om å tilby eller at innbyggere oppsøker og bestiller.

Tilbud i lokalsamfunnet vil kunne endre seg over tid, og listen er ikke uttømmende.

Det er en blanding av lovpålagte tjenester, lavterskeltilbud og samhandling med frivillige instanser. Et variert tilbud er avgjørende for å møte fremtidens utfordringer, og laveste tiltaksnivå vil alltid bli vurdert først for den enkelte.

2.1.1 KOMMUNALT HJELPEMIDDELLAGER

Kommunalt hjelpemiddellager inneholder ulike tekniske hjelpemidler som kan lånes ut ved kortvarige behov. Behov kan være ved akutt sykdom, skade eller ved planlagte operasjoner.

Den som har behov for hjelpemiddel, kan selv ta kontakt og er i utgangspunktet ansvarlig for å hente og levere hjelpemidlene. Utlånsperioden er i tre måneder, men kan forlenges ved behov.

Egenandel:

Ingen egenandel

2.1.2 HUKOMMELSESTEAM

Hukommelsesteam er en del av kommunens tilbud for hjemmeboende personer som begynner å få utfordringer med dagliglivets aktiviteter grunnet kognitive endringer. Målet er å hjelpe enkeltpersoner og deres familier der det er mistanke om begynnende demens eller andre kognitive endringer, til god utredning, oppfølging og et godt tilpasset tjenestetilbud ved å:

* + - * Foreta hjemmebesøk med fokus på kartlegging og utredning av diagnose og hjelpebehov.
			* Gi råd og veiledning knyttet til diagnose, oppfølging og behandling til brukere og pårørende.
			* Ha oversikt over relevante tilbud og tjenester i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.
			* Være delaktig i pårørendeskoler og informasjon rundt demensvennlig samfunn.

Det samarbeides med fastlegene, institusjon og hjemmetjenesten.

Oppfølging fra teamet er gratis.

2.1.3 KREFTKOORDINATOR

Kreftkoordinator i kommunen skal hjelpe til med å koordinere og tilrettelegge hverdagen for kreftsyke og pårørende på en best mulig måte og samordne tilbud og tjenester til kreftpasienter. Kreftkoordinator samarbeider tett med andre tjenesteytere i kommunen som for eksempel NAV, fastlege, hjemmesykepleien og institusjonen.

En kreftkoordinator er ikke en lovpålagt tjeneste. Kreftkoordinator er organisert som et lavterskeltilbud med den hensikt at pasienter og pårørende lett kan ta kontakt.

Oppfølging fra kreftkoordinator er gratis.

2.1.4 KOORDINERENDE TEAM

Formålet med koordinerende team er å bidra til at brukere som har behov for langvarige, sammensatte tjenester skal motta et helhetlig tjenestetilbud. Teamet skal blant annet ha oversikt over rehabiliteringsbehovet i kommunen, det skal sikre at individuelle planer utarbeides og gjennomføres.

Teamet har møter annenhver måned og inngår som en del av inntaksteamet i kommunen. Søknader til koordinerende team leveres på lik linje som andre søknader til helse og omsorgstjenester.

Lovverk:

Helse og omsorgstjenesteloven § 7.3

Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator §6

Pasient og brukerrettighetsloven

Egenandel:

Ingen egenandel

2.1.5 LEGETJENESTEN

Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til.

Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Fastlegen skal prioritere personene på sin liste foran andre, med unntak av lovpålagte øyeblikkelig hjelp-henvendelser eller andre forpliktelser som er pålagt i samsvar med lov, forskrift eller som er avtalt med kommunen.

Folldal har ikke egen sykehjemslege, men har legevisitt på sykehjemmet en gang i uken, kommunelegen har det medisinskfaglige ansvaret for helsehjelp og behandling som gis til pasienter i institusjon.

Kommuneoverlegen har oppgaver etter helse- og omsorgstjenesteloven, folkehelseloven, smittevern, tvunget psykisk helsevern og beredskap. Den skal blant annet ha en sentral rolle som medisinskfaglig rådgiver for ulike sektorer i kommunen.

Kommuneoverlegerolle i Folldal kommune vurderes i framtiden å fordeles mellom kommunelege 1 og 2 og nøyaktig formulering og rollefordeling er under bearbeiding.

Lovverk:

Helse og omsorgstjenesteloven

Helsepersonelloven

Pasient og brukerrettighetsloven

2.1.6 FYSIOTERAPI

For å oppfylle ansvaret etter helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen ha knyttet til seg fysioterapeut.

Fysioterapitjenesten i Folldal kommune består av kommunal fysioterapeut og to private fysioterapeuter .

 Kommunefysioterapeut i Folldal har følgende hovedansvar:

* Forebyggende og behandlende tiltak for barn og unge i aldersgruppen 0-18 år, og samarbeid med helsestasjonen og skolehelsetjenesten.
* Rehabilitering ved institusjon og i hjemmet, samt delta i rehabiliteringsforum.
* Fysioterapi til voksne/eldre hjemmeboende med et funksjonsnivå som gjør at de ikke kommer seg til instituttet, eller som trenger vurdering og tiltak i hjemmet.
* Fysioterapitiltak for funksjonshemmede (MOT).
* Forebyggende arbeid og gruppetrening.
* Folkehelsearbeid.
* Frisklivssentralen, kommunalt tverrfaglig tilbud.

Privatpraktiserende fysioterapeuter med driftstilskudd har følgende hovedansvar:

* Fysioterapitiltak for barn og unge 6-18 år, og voksne og eldre, kronisk syke, pasienter med muskel/skjelett lidelser, nyopererte og yrkesaktive.
* Voksne og eldre som kan komme seg til instituttet selv eller via taxi.

##### Lovverk:

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1,

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. annet ledd

Forskrift og stønad til dekning av utgifter til fysioterapi mm.

2.1.7 ERGOTERAPI

For å oppfylle ansvaret etter helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen ha knyttet til seg ergoterapeut.

Ergoterapeutens oppgaver er i hovedsak å bistå personer som har vansker med å klare daglige gjøremål på grunn av alder, funksjonshemming, sykdom eller skade:

Ergoterapeut i Folldal har følgende hovedansvar:

* Kartlegging/vurdering av funksjon og livssituasjon.
* Rehabilitering ved institusjon og i hjemmet, samt sitter i rehabiliteringsforum.
* Kartlegge og tilpasse aktiviteter.
* Trening og veiledning i daglige oppgaver/aktiviteter.
* Formidle og tilpasse tekniske hjelpemidler.
* Veiledning og tiltak for syns- og hørselshemmede.
* Tilrettelegging og råd ved endring/ny bolig.
* Bistå med søknad om biltilpasning fra NAV bilsenter.

Omgivelsesrettede tiltak:

* Råd og veiledning i forhold til tilpasninger i bolig, barnehage eller skole.
* Bistand i boligsaker der det søkes om utbedringstilskudd/- lån på bakgrunn av funksjonshemning.
* Råd og veiledning i forbindelse med planer for offentlige og private publikumsbygg.
* Tverrfaglig og individuelt rettede tiltak ut mot barnehager, skoler, i institusjon og i hjemmene.

Lovverk:

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. annet ledd

2.1.8 JORDMORTJENESTEN

Folldal kommune leier denne tjenesten, og jordmor er til stede på helsestasjon en dag annenhver uke. Den gravide bestemmer selv om hun vil gå til lege og / eller jordmor. Det er en fordel å komme til jordmor så tidlig som mulig i svangerskapet.

Jordmors oppgaver:

* Svangerskapsomsorg og fødselsforberedelse.
* Jordmor tar seg av den friske gravide og henviser til lege når det er behov for medisinsk bistand.
* Samtale på fødestua før første fødsel.
* Veiledning i forbindelse med uønsket svangerskap.
* Samtaler etter abort.
* Kontroll etter fødsel.

2.1.9 HELSESTASJON

Helsestasjonstjenesten tilbyr svangerskaps- og barselomsorg, samt tjenester til barn og familier fra 0-5 år. Helsestasjonen skal støtte foreldre i foreldrerollen og dermed bidra til å fremme barns helse. Helsestasjonen er en gratis tjeneste, med fokus på helsefremming, forebygging og tidlig kontakt med brukerne.

Helsestasjonstjenesten sine oppgaver er å:

* Fremme psykisk og fysisk helse.
* Fremme gode sosiale og miljømessige forhold.
* Forebygge sykdommer og skader.

Det tilbys:

* Svangerskapsomsorg til gravide i samarbeid med fødestua på Tynset.
* Hjemmebesøk til nyfødte.
* Barselgrupper.
* Regelmessige konsultasjoner fra 0-5 år etter Nasjonal faglig retningslinje.
* Legesjekk ved 6 uker, 6 mnd., 1 år, 2 år, 4 år og ved skolestart.
* Fysioterapeut ved 8 uker, 4 mnd., 4 år og ved skolestart.
* Barnevaksinasjonsprogrammet.
* Tverrfaglig samarbeid rundt barn og familier.

Lovverk:

[Helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 1.ledd punkt 1](https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/%C3%82%C2%A73-2)

Forskrift om helsestasjons og skolehelsetjenesten, 5

[Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom - Helsedirektoratet](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten)

2.1.10 SKOLEHELSETJENESTE

Skolehelsetjenesten er tilknyttet Folldal skole. Skolehelsetjenesten samarbeider med hjem, skole og ulike samarbeidspartnere.

Skolehelsetjenesten har regelmessige trefftider på skolen og elevene kan snakke med helsesykepleier uten forhåndsavtale.

Det gis tilbud om:

* Råd og veiledning.
* Helseundersøkelser i 3. og 8. klasse.
* Vaksinasjon etter barnevaksinasjonsprogrammet.
* Undervisning i grupper og klasser etter avtale med skolen.
* Tverrfaglig samarbeid.
* Hovedsakelig fast tilgjengelighetstid på skolen to dager for uka.

Lovverk:

[Helse- og omsorgstjenesteloven §3-2, punkt 1a](https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/%C3%82%C2%A73-2)

[Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, §6](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3)

[Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom - Helsedirektoratet](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten)

2.1.11 HELSESTASJON FOR UNGDOM

Alle kommuner skal ha et helsestasjonstilbud for ungdom opp til 20 år. I Folldal kommune er helsestasjon for ungdom et samarbeid med Tynset kommune. Ungdom fra 13 år kan benytte seg av et drop-in tilbud på helsestasjon på Tynset. Helsestasjonen er bemannet av helsesykepleier og eventuelt lis1-lege.

Det gis tilbud og veiledning om:

* Seksualitet, samliv og pubertet.
* Prevensjon.
* Svangerskap og abort.
* Testing og behandling av seksuelt overførbare infeksjoner.
* Samtale og helseundersøkelse i forhold til fysisk og psykisk helse.
* Livsstil, ernæring og spiseproblemer.
* Rusmidler.
* Utfordringer eller bekymringer i forhold til hjem, skole, venner eller andre ting.

Praktisk hjelp til:

* Resepter på prevensjon.
* Innsetting av p-stav.
* Graviditetstest.
* Gratis kondomer.

Lovverk:

Helse- og omsorgstjenesteloven §3-2, punkt 1a

Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, §3

Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom – Helsedirektoratet

2.1.12 KOMMUNEPSYKOLOG

Vi har interkommunal psykologressurs for alle FARTT kommunene.

Kommunepsykologens jobb er forebyggende helsearbeid, system-/veiledningsrettet arbeid, folkehelse og tidlig innsats. Psykologressursenes primære målgruppe er de fra 0 til 20 år.

Lovverk:

Helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 annet ledd

2.1.13 KOMMUNAL AKUTT DØGNPLASS (KAD)

Kommunale akutte døgnplasser (KAD) er et døgntilbud med helse- og omsorgstjenester til innbyggere med behov for øyeblikkelig hjelp, som følge av somatisk sykdom eller psykisk helse- og rusproblemer.

**KAD seng for psykisk helse -og rusproblem** ligger på Folldal bo og servicesenter. KAD-seng tildeles av fastlege/legevakt i samarbeid med Rus og Psykisk helsetjeneste i kommunen.

**KAD seng som følge av somatisk sykdom** ligger på Tynset Sykehus (SIT). FARTT kommunene har felles avtale om kjøp av denne tjenesten.

Maksimalt sammenhengende tilbud er 72 timer.

KAD-seng tildeles av fastlege/lege på legevakt dag/legevakt kveld/helg og skal være et tilbud til de med behov i overgang mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.

Lovverk:

Forskrift om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud

2.1.14 KRISESENTER

Kommunen har ansvar for å sørge for et krisesentertilbud til sine innbyggere. Folldal kommune har avtale med Gudbrandsdal Krisesenter på Lillehammer om kjøp av krisesentertilbud. Tilbudet er et tilgjengelig lavterskeltilbud for kvinner, menn og barn som er utsatt for vold eller trusler om vold i nære relasjoner. Botilbud til kvinner og botilbud til menn er fysisk adskilt.

Lovverk:

Lov om kommunale krisesentertilbod (krisesenterlova)

2.1.15 INDIVIDUELL PLAN, KOORDINATOR OG BARNEKOORDINATOR

Individuell plan er en overordnet plan som gir oversikt over pasientens og brukers mål, med tiltak og tjenester. Den er både et plandokument og et samhandlingsverktøy, som skal sikre at alle instanser jobber felles og strukturert mot pasientens eller brukers mål. Planen er et felles verktøy på tvers av fagområder, nivåer og sektorer.

Det oppnevnes en koordinator i forbindelse med individuell plan, men det kan også tilbys selv om tjenestemottaker takker nei til individuell plan. Koordinatoren skal sammen med bruker sørge for klargjøring av ressurser og behov, samt sikre nødvendig oppfølging, samordning og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Kommunen har en plikt til å tilby individuell plan, og skal ikke måtte vente til pasient/bruker søker. Kommunen har også plikt til å tilby en barnekoordinator for familier som har rett til dette. Kommunens koordinerende enhet har det overordnede ansvaret for oppnevning, opplæring og veiledning av både koordinator og barnekoordinator.

Målgruppe:

Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester uavhengig av alder og diagnose.

Barnekoordinator: Familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, har rett til barnekoordinator.

Mål med tjenesten:

Formålet er det samme for individuell plan med koordinator eller når det er koordinator uten individuell plan:

* Sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.
* Kartlegge pasient/brukes mål, ressurser og behov for ulike tjenester.
* Sikre pasientens og brukers medvirkning og innflytelse.
* Styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient/bruker og eventuelt pårørende.
* Styrke samhandlingen mellom tjenesteytere på tvers av fag, nivåer og sektorer.

Barnekoordinator:

* Sørge for samordning av tjenestetilbudet .
* Har oversikt over nødvendig oppfølging og tilrettelegging for familien og barnet i form av tilbud om eller ytelse av helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester.
* Sikre at familien og barnet får nødvendig informasjon og helhetlig veiledning om helse- og omsorgstilbudet, andre velferdstjenester, pasient- og brukerorganisasjoner, og hvordan komme i kontakt med disse.

Kriterier for tildeling av tjenesten :

Retten til individuell plan er uavhengig av alder, diagnose og funksjon.

Langvarig betyr at behovet antas å strekke seg over en viss tid, uten at det må være varig. Kravet til varighet må ses i sammenheng med behovet for samordning.

Koordinerte tjenester betyr at behovet gjelder to eller flere helse- og omsorgstjenester, velferdstjenester og/eller sosialtjenester. Dersom det ønskes og innvilges individuell plan, oppnevnes automatisk koordinator. En kan også få innvilget koordinator og ansvarsgruppemøter, men takke nei til individuell plan.

Barnekoordinator:

For å ha rett til barnekoordinator må barnet eller ungdommen ha alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne. Det kan være av somatisk, psykisk, rusrelatert, fysisk, sosial, kognitiv eller sensorisk art og kombinasjoner av disse. Videre er det et vilkår for å ha rett til barnekoordinator at barnet eller ungdommen har behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester. Rett til barnekoordinator gjelder der barnet eller ungdommen er under 18 år. Barnekoordinator kan oppnevnes før fødsel.

Lovverk og nasjonale veiledere:

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5, § 2-5b og § 2-5c

Forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester

Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, § 7-2 og § 7-2a

Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator - Helsedirektoratet

Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier – Helsedirektoratet

2.1.16 DAGAVDELING

Aktivitetssenter med mål om sosial deltakelse og aktivitet for institusjonsbeboere og hjemmeboende. Dagavdelingen er åpen med ulik aktivitet 2 dager i uken. Dagavdelingen er åpen for alle, ved spørsmål kontakt avdelingsleder institusjon.

KAPITTEL 3. HELSE- OG OMSORGSTJENESTER TIL HJEMMEBOENDE- **TRINN2**

Kommunen har ansvaret for å tilby personer som oppholder seg i kommunen nødvendige helse- og omsorgstjenester. Disse tjenestene krever saksbehandling og enkeltvedtak når de varer over 14 dager.

Helse- og omsorgstjenester kan gis alene eller sammen med andre tjenester. Omsorgstjenester har andre og noen ganger lavere kompetansekrav enn helsetjenester.

Tjenestene har vurderingsmomenter og vilkår som må oppfylles for å få rettskrav på nødvendige helse- og omsorgstjenester og dermed tildeling av tjenester.

Kommunen har ansvaret for utforming og organisering av et forsvarlig og godt tjenestetilbud til hver enkelt som har behov for helse- og omsorgstjenester. Det ligger føringer i arbeidsmiljøloven med tanke på forsvarlig arbeidsmiljø for de som skal utføre tjenester i andres hjem.

3.1 VELFERDSTEKNOLOGI

Velferdsteknologi er en fellesbetegnelse på tekniske installasjoner og løsninger som kan bedre den enkeltes evne til å klare seg selv i egen bolig. Teknologien er brukerrettet og har til hensikt å øke trygghet, sikkerhet, mestring, selvstendighet og bidra til økt livskvalitet. Teknologi kan ikke, og skal ikke, erstatte menneskelig omsorg, men være et hjelpemiddel for et mer selvstendig liv. Det kan hjelpe den enkelte til å klare seg selv i hverdagen, til tross for sykdom og nedsatt funksjonsevne.

Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende, og bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursstyring og kvalitet på tjenestetilbudet.

Velferdsteknologi brukes som helsehjelp der det er aktuelt og i samsvar med brukers behov, og prøves ut før kompenserende tiltak.

Teknologien gis som helsehjelp på lik linje med all annen helsehjelp som ikke er teknologi, og man forholder seg til lovverket på samme måte. Vedtak fattes etter faglig vurdering av helsehjelpen, ikke teknologien. Valg av eventuell teknologi foretas av tjenesten etter individuell vurdering av egnethet for teknologi.

3.2 LOKALISERINGSTEKNOLOGI – GPS

GPS er satellittbasert og gjør det mulig å lokalisere personer som oppholder seg utendørs. Kommunikasjon foregår via mobilnettet, og det er en forutsetning at GPS-enheten befinner seg innenfor et område med mobildekning. Pasient og bruker underskriver samtykke ved tildeling av tjenesten.

Alarm kan utløses:

* Av bruker, for å tilkalle hjelp.
* Ved bruk av Geofence, som er en form for “digitalt gjerde”, hvor området defineres ved å tegne det inn i et kart. Alarm går når området forlates, og helsepersonell kan se hvor bruker er.
* Ved utløst alarm vises det hvor bruker befinner seg. Dette krever at bruker bærer med seg GPS-enheten. Utløst alarm går til helsepersonell på vakt i HBT.
* Tjenesten tar kontakt med bruker etter at alarmen er utløst.
* Utløst alarm gir opplysning om brukers navn, adresse og hvor vedkommende befinner seg når alarmen utløses (GPS-posisjon).

Målgruppe:

GPS kan brukes av personer som har:

* Behov for å kunne bevege seg utendørs uten følge.
* Utfordringer med å finne tilbake til bosted.
* Kognitiv svikt.

Mål med tjenesten:

Gi personer med nedsatt funksjonsevne, lidelse, skade eller sykdom mulighet til økt livskvalitet ved å kunne ferdes utendørs på egenhånd.

Kriterier for tildeling av tjenesten:

* Pasient og bruker kan nyttiggjøre seg teknologien.
* Teknologien skal være med å fremme mestring og aktivitet både for pasient og bruker og evt. pårørende.
* Teknologien kan være aktuell dersom ektefelle/pårørende blir hindret i å utføre sine aktiviteter fordi de må følge pasient eller bruker.
* Det skal vurderes om pasient og bruker ville gitt tillatelse til tiltaket, dersom en ikke selv kan gi uttrykk for det grunnet helsetilstand.
* Lokaliseringsteknologi skal ikke benyttes der pårørende eller ansatte ønsker kontroll over hvor pasient eller bruker er, eller for overvåking.

Lovverk:

Tjenesten er ikke lovpålagt, men kan bidra til å oppfylle krav etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 om at kommunen har ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid.

Pasient- og brukerrettighetsloven §2-1 annet ledd

Helse- og omsorgstjensteloven § 3-1 første ledd

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a

Helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9

Egenandel:

Ingen egenandel

3.3 DIGITALT TILSYN

Digitalt tilsyn er et vidt begrep, og kan defineres som bruk av sensorteknologi, en type passiv varsling som for eksempel bevegelsessensor, døralarm, fallalarm, epilepsialarm, sengealarm osv. Det inkluderer også bruk av kamerateknologi, som kan hindre at bruker blir vekket om natten når nattvakt låser seg inn. Samtidig som bruker føler seg trygg fordi de vet det kommer noen om noe skjer.

Digitalt tilsyn erstatter ikke alle fysiske tilsyn, men bidrar som et tilleggsverktøy for å avverge risikofylte situasjoner. Digitalt tilsyn kan være planlagt eller hendelsesbasert. Hendelsesbasert gir varsel til tjenesten når en situasjon oppstår. Digitalt tilsyn kan også brukes for toveiskommunikasjon med lyd og bilde, der bruker av ulike grunner ikke ønsker besøk av tjenesteyter i hjemmet, men samtidig ønsker tryggheten et tilsyn gir. Dette gir bruker større frihet i eget liv.

Målgruppe:

Personer med behov for trygghet, sikkerhet, mestring, selvstendighet og frihet i hverdagen. Personer med kognitiv svikt.

Mål med tjenesten:

Gi personer helsehjelp når det er nødvendig, og unngå besøk når det ikke er behov for/ eller ønskelig med fysisk tilsyn. Økt trygghet og livskvalitet. Riktig ressursstyring og økt kvalitet på tjenester som gis.

Kriterier for tildeling av tjenesten:

* Bruker har behov for helse- og omsorgstjenester hjemlet i lovverk.
* Det tas utgangspunkt i brukers behov og funksjonsnivå, og tjenesten tilpasses den enkelte.
* Teknologien skal fremme mestring og aktivitet for bruker og eventuelt pårørende.
* Teknologien kan være aktuell dersom ektefelle/pårørende blir hindret i å utføre sine aktiviteter fordi de må følge med bruker.
* Vurdering av samtykkekompetanse og brukermedvirkning ligger til grunn for tildeling.

Lovverk:

Tjenesten er ikke lovpålagt, men kan bidra til å oppfylle krav etter [Helse- og omsorgstjenesteloven §](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/%C2%A73-3#%C2%A73-3) [3-3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/%C2%A73-3#%C2%A73-3) om at kommunen har ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid.

Pasient- og brukerrettighetsloven §2-1 annet ledd

Helse- og omsorgstjensteloven § 3-1 første ledd

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a Helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9

Egenandel:

Ingen egenandel.

3.4 TRYGGHETSALARM

Trygghetsalarm er en mobil enhet med alarmknapp som benyttes når det er behov for å tilkalle hjelp. Utløst alarm går til helsepersonell på vakt i hjemmetjenesten. Pasient eller bruker blir kontaktet av helsepersonell etter at alarmen er utløst. Den utløste alarmen gir opplysning om brukers navn, og kan ved innlogging i portal gi opplysninger om adresse og hvor vedkommende befinner seg når alarmen utløses (GPS-posisjon).

Trygghetsalarmen er betjent hele døgnet.

Målgruppe:

Personer som ikke føler tilstrekkelig trygghet ved å tilkalle hjelp via mobiltelefon. Personer med endret eller nedsatt funksjonsevne og /eller sykdom, som føler på utrygghet, men ønsker å bo i eget hjem så lenge som mulig.

Mål for tjenesten:

Bidra til trygghet i eget hjem. Fremme mulighet til å leve og bo selvstendig. Gi mulighet til å tilkalle hjelp ved behov.

Kriterier for tildeling av tjenesten:

For å leie trygghetsalarm av kommunen må det signeres på en samtykkeerklæring, slik at tjenesten ved behov kan følge din bevegelse når alarm er utløst. Samtykket kan trekkes tilbake når som helst.

Trygghetsalarm er pr i dag ikke behovsprøvd, men enkelte retningslinjer er likevel nødvendige for å sikre riktig bruk og formål. En skal vurdere om bruker:

* Har en helsetilstand som kan medføre utrygghet.
* Ikke føler tilstrekkelig trygghet ved å tilkalle hjelp via mobiltelefon. Forstår og mestrer bruken av trygghetsalarm, dette innebærer å forstå at den mobile trygghetsalarmen må bæres til enhver tid.
* Godkjenner montering av nøkkelboks, og sørge for å ha en ekstra nøkkel til å ha i nøkkelboksen.

Lovverk:

Tjenesten er ikke lovpålagt, men kan bidra til å oppfylle krav etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 om at kommunen har ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid.

Ved bruk som helsehjelp vil relevant lovverk for helsehjelpen være gjeldende.

Egenandel:

Ved trygghetsalarm kreves det egenandel. Se kommunens oversikt for gebyrer og priser.

3.5 MATOMBRINGING- MÅLTID FOR HJEMMEBOENDE

Matombringing er et forebyggende tilbud til de av kommunes innbyggere som på grunn av sykdom, alder eller andre årsaker ikke er i stand til å ivareta sitt ernæringsbehov på andre måter.

Målgruppe:

Hjemmeboende.

Mål for tjenesten:

Bidra til best mulig ernæring ut fra behov. Målsettingen er at hjemmeboende som vurderes å ha behov for ernæringstiltak skal få variert og næringsrik kost i form av tilkjørt påsmurt brød- og middagsmåltid.

Kriterier for tildeling av tjenesten:

Helserelaterte utfordringer knyttet til ernæring, kognisjon, organisering eller transport.

Lovverk:

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3

Egenandel:

Egenandel etter kommunale satser. Se kommunens oversikt for gebyrer og priser.

3.6 INGRIDSTUA

Tjenesten skal bidra til å forebygge økt hjelpebehov og gjøre det mulig for den enkelte å bo lengst mulig i eget hjem. Ingridstua er en viktig arena for aktivisering, trivsel, mestring og deltaking.

Tjenesten skal bidra til at personer med demens har en betydningsfull hverdag i et fellesskap. Tilbud om Ingridstua kan bidra til forutsigbarhet i hverdagen for brukere, samt avlaste pårørende. Ingridstuatilbudet gis for å unngå isolasjon, bygge nettverk, sosial trening og helsefremmende tiltak.

Målgruppe:

Ingridstua er et tilbud for hjemmeboende personer med demens som på grunn av sykdom ikke kan benytte seg av andre aktivitetstilbud i lokalsamfunnet, men som har behov for tilrettelagt tilbud om aktivitet for formål som beskrevet over.

Mål for tjenesten:

Tilbudet skal bidra til å forebygge økt hjelpebehov og muliggjøre at den enkelte skal kunne bo lengst mulig i eget hjem.

Kriterier for tildeling av tjenesten:

Tilbudet er for hjemmeboende personer med en demensdiagnose. Det må vurderes om tilbudet vil bidra til:

* Å ivareta egenomsorg, sosial støtte og aktivisering.
* Å forebygge behov for omfattende tjenester i hjemmet eller institusjonsplass.
* Å bedre ernæringsstatus.
* Å forebygge eller avhjelpe ensomhet og isolasjon.
* Å forebygge fysisk og psykisk sykdom.
* Å vedlikeholde og/eller forbedre fysiske, psykiske eller sosiale ferdigheter.
* Avlasting for pårørende.
* Bidra til mestring av eget liv.
* Søkere til Ingridstua må ha en diagnose på kognitiv svikt for tildeling av plass.

Lovverk:

Ingridstua er ikke lovpålagt, men er satt i verk på bakgrunn av Lov om helse- og omsorgstjenester i kommunen § 3-3.

Hvis Ingridstua innvilges etter rett til avlastning på grunn av særlig tyngende omsorgsarbeid defineres det som en form av dagaktivitetstilbud som er lovpålagt, jf. Lov om helse- og omsorgstjenester i kommunen §3-2 første ledd punkt 7.

Egenandel:

Egenandel på Ingridstua etter kommunal sats. Se kommunens oversikt for gebyrer og priser.

3.7 STØTTEKONTAKT/FRITIDSKONTAKT/AKTIVITETSKONTAKT

Aktivitetskontakt er tilbud om bistand til deltakelse i aktiviteter utenfor hjemmet. Aktivitetskontakt bidrar til å gi den enkelte en meningsfull fritid med mulighet for livsutfoldelse og mestring av ulike livssituasjoner, og om mulig bidra til økt selvstendighet og utvidelse av sosialt nettverk.

Aktivitetskontaktens oppgaver kan innebære sosialt samvær eller følge til ulike fritidsaktiviteter på brukerens premisser og ønsker. Aktivitetskontakten vil primært være en person uten fagkompetanse. Alle aktivitetskontakter må undertegne taushetserklæring.

Tjenesten kan organiseres på to måter:

* Individuell aktivitetskontakt.
* Deltakelse i aktivitetsgruppe.

Målgruppe:

Personer som pga. funksjonsnedsettelse eller sosiale utfordringer trenger bistand for å delta i aktiviteter utenfor hjemmet.

Mål med tjenesten:

Målsettingen med aktivitetskontakt er økt sosialt samvær og ledsagelse til ulike fritidsaktiviteter, med hensikt om å øke livskvaliteten for den enkelte.

Kriterier for tildeling av tjenesten:

* Søker må ha behov for, på grunnlag av redusert fysisk, psykisk eller kognitiv funksjonsnedsettelse, bistand for å kunne delta i sosiale aktiviteter.
* Søker må ha behov for å ivareta interesser og ferdigheter som grunnlag for økt fysisk og psykisk livskvalitet.
* Søker må ha utbytte av deltakelse i ulike aktiviteter.
* Aktivitetskontakt innvilges som hovedregel ikke til barn under 8 år, da gruppa sjelden har et selvstendig kultur- og fritidsliv uavhengig av foresatte.
* Beboere på institusjon og i bemannede omsorgsboliger prioriteres som hovedregel ikke ved tildeling av aktivitetskontakt.
* Personer med 1:1 bemanning innvilges ikke aktivitetskontakt.
* Pårørende og nær slekt engasjeres ikke som aktivitetskontakt.

Forventninger til tjenestemottaker:

* Gir beskjed i god tid til aktivitetskontakt dersom timer ikke skal benyttes som avtalt.
* Skaffer seg ledsagerbevis.

Lovverk:

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd pkt.6b

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a .

Egenandel:

Ingen egenandel.

KAPITTEL 4. HELSE- OG OMSORGSTJENESTER I HJEMMET- **TRINN 3**

Med helse- og omsorgstjenester i hjemmet menes ulike helse- og omsorgstjenester som danner behov for muligens mere ressurser og noen ganger et større kompetansekrav enn på trinn 2.

Tjenestene skal være planlagte, og til enhver tid gjenspeile hjelpebehovet hos tjenestemottakeren. Hvilke helse- omsorgstjenester som kan ytes i hjemmet, vil bero på en nødvendighets- og forsvarlighetsvurdering. Dersom behovet for helsehjelp i hjemmet overstiger forsvarlighets- og kompetansekrav, plikter kommunen å tilby tjenester på et høyere omsorgsnivå for å sikre nødvendig og forsvarlig helsehjelp.

4.1 HELSETJENESTER I HJEMMET/HJEMMESYKEPLEIE

Sykepleiefaglig hjelp/omsorg i eget hjem på grunn av akutt eller kronisk sykdom og/ eller funksjonsnedsettelse. Hjemmesykepleien skal ikke overta funksjoner som brukeren selv kan utføre, men bidra med tilrettelegging for å opprettholde og forbedre brukerens funksjonsnivå slik at vedkommende kan bo lengst mulig hjemme. Hjemmesykepleie er en tjeneste som ytes 24 timer i døgnet.

Målgruppe:

Eldre, syke og personer med funksjonsnedsettelse, med behov for pleie eller andre sykepleietjenester.

Kriterier for tildeling av tjenesten:

* Det må foreligge et reelt behov for nødvendig helsehjelp i form av hjemmesykepleie.
* Hjelpen tilpasses i samarbeid med bruker, og vurderes fortløpende og ut fra behov.

Hjemmesykepleie kan omfatte:

* Støttebesøk/tilsyn.
* Opplæring/vedlikehold av ferdigheter.
* Bistand for å ivareta personlig hygiene/dusj
* Hjelp til å stå opp/legge seg.
* Tilrettelegging og hjelp i forbindelse med måltider.
* Administrering av medisiner, sårbehandling og prøvetaking.
* Råd/veiledning og støttesamtaler.
* Rehabilitering/habilitering i eget hjem.
* Hjelp ved alvorlig sykdom.
* Omsorg ved livets slutt.

Hjemmesykepleie omfatter ikke:

* Bistand ved behov for akutt medisinsk/kirurgisk og psykiatrisk behandling. Denne gruppen skal henvises til spesialisthelsetjenesten.
* Tjenester som for eksempel blodprøver, injeksjoner og stell av sår ytes ikke i hjemmet dersom pasienten kan komme seg til fastlege/legekontor ved egen hjelp, eller ved hjelp av pårørende, taxi eller andre bekjente.
* Følge til lege/ tannlege, frisør eller fotpleie.
* I situasjoner der pasienter eller andre i husstanden viser truende/voldelig adferd, her søkes det bistand fra spesialisthelsetjeneste eller politi.

Feriepasienter/pasienter som skal oppholde seg i kommunen for en kortere periode bes varsle om hjelpebehov 3 uker før planlagt opphold til leder i hjemmetjenesten eller direkte til hjemmetjenesten.

Lovverk:

Helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 første ledd pkt. 6a

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a

Egenandel:

Ingen egenandel.

4.2 PSYKISK HELSE OG RUSARBEID

Et helhetlig tilbud som styrker mulighetene for livsmestring, samt styrking av sosial kompetanse og nettverksbygging.

Tjenesten er målrettet, behovsrettet, faglig begrunnet og samhandlende med andre nødvendige instanser. Tjenesten gir tilbud innenfor ordinær arbeidstid kl 08.00-15.30.

Rus og psykisk helsetjeneste i Folldal ligger under helseavdelingen og er plassert på helsetun. Tjenesten har taushetsplikt og er gratis for alle som bor eller oppholder seg i kommunen. Tjenesten skal skal favne mennesker i alle aldre. Det kan eksempelvis være ulike psykiske lidelser, rusproblematikk, kriser, sorg og andre livsbelastninger, samt ivaretakelse av pårørende.

Du kan selv ta kontakt med tjenesten eller via henvisning fra for eksempel fastlegen eller andre instanser. Innen to uker etter henvendelsen skal tjenesten ha tatt kontakt og gjort avtale om et hjemmebesøk eller timeavtale på kontoret. Etter en vurderingssamtale fattes det et enkeltvedtak der tilbudet spesifiseres i tid og innhold, i et pakkeforløp med samtalevarighet på 45 minutter per samtale.

Kriterier for tildeling av tjenesten:

* Midlertidig eller permanent nedsatt evne til egenomsorg.
* Nedsatt boevne.
* Nedsatt evne til nødvendig aktivitet, søvn og hvile.
* Nedsatt realitetssans, selvtillit og identitetsfølelse.
* Nedsatt evne til sosial fungering.

Tjenestetilbudet kan omfatte en eller flere av følgende tilbud:

* Samtaler på kontoret eller i hjemmet (individuelle eller familie).
* Gåturer, fysisk aktivitet og miljøarbeid.
* Sosial trening og nettverksbygging.
* Koordinering av individuell plan og ansvarsgrupper.
* Mestringskurs i KID- mestring av depresjon og KIB- mestring av belastning.
* Dagtilbud med fokus på sosial samhandling, nettverksbygging og fysisk aktivitet.
* Krisehåndtering.

Lovverk:

Helse og omsorgstjenesteloven, kap.3 §3-2

Helse og omsorgstjenesteloven, Kap.10

Pasient og brukerrettighetsloven, Kap.2

Egenandel:

Ingen egenandel

4.3 HABILITERING OG REHABILITERING

Tjenesten skal bidra til at personer med funksjonsnedsettelser og funksjonsfall får bistand og opplever mestring i sitt liv og sin hverdag.

Den enkelte skal få kunne bo hjemme og ha hverdagslige aktiviteter og trygghet i eget hjem.

Tjenesten skal også bidra til Habiliterings- og rehabiliteringsløp og vil som regel bestå av mange ulike enkelttjenester/-tiltak, for eksempel helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand/opplæring.

Folldal kommune har et koordinerende team som består av ansatte/leder ved ergoterapi, fysioterapi, MOT, hjemmetjenesten, institusjonen, rus og psykisk helsetjeneste, helsestasjon og oppvekst. Det utføres her tverrfaglig samhandling, opplæring og rådgivning fra spesialisthelsetjenesten og flere aktører ved behov.

Dersom behov for koordinering, kan brukere søke på koordinator og individuell plan.

Målgruppe:

Alle som har behov for habilitering/rehabilitering grunnet medfødt eller ervervet funksjonshemming eller kronisk sykdom. Rehabilitering og habilitering kan gjelde for alle målgrupper og alle aldersgrupper.

Mål for tjenesten:

Rehabilitering er en tidsavgrenset tjeneste som ytes for å kunne gi assistanse/ bistand til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjon og mestringsevne, likeverd og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Habilitering er å forstå på samme måte som rehabilitering, men er i hovedsak et tiltak rettet mot barn eller voksne med medfødt eller tidlig ervervet helse- og/eller funksjonsproblem. Habilitering av personer i denne gruppen er ikke nødvendigvis en tidsavgrenset prosess.

Rehabilitering og habilitering skal kunne dekke både sosiale, psykososiale og medisinske behov.

Kriterier for tildeling av tjenesten:

Tjenestemottakeren må selv være motivert for å gjøre en innsats for å gjenvinne mestring mot egendefinerte mål.

Før tjenestetildeling gjennomfører koordinerende team en tverrfaglig kartleggingo g vurdering der de aktuelle fagtjenestene deltar.

Lovverk:

Helse og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd pkt. 5

Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator

Egenandel:

Ingen egenandel

4.4 PERSONLIG ASSISTANSE

Personlig assistanse er hjelp og opplæring i alle dagliglivets gjøremål, i og utenfor hjemmet, til en meningsfull fritid og til samvær med andre. Tjenesten tilbys gjerne som ulike former for praktisk bistand, praktisk bistand og opplæring, støtte/fritidskontakt, eller organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

4.5 PRAKTISK BISTAND/HJEMMEHJELP

Praktisk bistand innvilges til dagliglivets gjøremål og skal bidra til at flest mulig kan bo i eget hjem lengst mulig. Opprettholdelse av brukerens egenomsorg skal være sentral, noe som betyr at tjenesteutøver ikke skal overta gjøremål som den enkelte bruker kan utføre selv.

Målgruppe:

Personer som på grunn av sykdom, funksjonshemming, alderdomssvekkelse eller andre årsaker er helt avhengig av praktisk bistand for å greie dagliglivets gjøremål.

Kriterier for tildeling av tjenesten:

Tildeling av praktisk bistand skjer individuelt på bakgrunn av funksjonsnivå og behov, ikke på bakgrunn av diagnose eller alder. Det foretas en helhetsvurdering av situasjonen når søker bor sammen med andre dvs. en helhetsvurdering av husstandens samlede situasjon.

Kriterier er blant annet:

* Psykososial funksjonshemming skal tillegges like stor vekt som fysisk funksjonshemming.
* For at brukere skal ha krav på praktisk bistand, må funksjonsnedsettelsen være av en viss varighet og grad. Unntaksvis, for en overgangsperiode, kan praktisk bistand innvilges ved funksjonsnedsettelse av forbigående art, men hjelpen vil opphøre straks behovet ikke lenger er til stede.
* Søkere som deler bolig med andre funksjonsfriske, blir vurdert særskilt. Tjenester skal kun ytes til søker sin del av boligen, og omfatter ikke oppgaver som andre beboere kan ivareta.
* Personer som selv ikke er opptatt av hjemmets standard har ikke krav på hjemmehjelp selv om pårørende synes vedkommende burde ha hjemmehjelp.
* Søknad om hjemmehjelp som kun er begrunnet i ensomhet, imøtekommes ikke. Søkere henvises til andre offentlige eller frivillige hjelpeordninger for eksempel aktivitetskontakt, besøksvenn eller lignende.

Standard for tjenesten praktisk bistand:

* Rengjøring av bolig innebærer vasking av gulv, støvsuging, risting av små matter og tørking av støv. Rengjøring utføres bare i rom som er i daglig bruk.
* Skifte av sengetøy etter behov.
* Vask av klær. Bruker plikter å stille med helautomatisk vaskemaskin. I annet fall henvises bruker til pårørende eller andre som står brukeren nær.
* Hjelp til oppvask.
* Hjelp til å vaske kjøleskap, stekeovn og mikrobølgeovn etter behov.
* Hjelp til vask av vinduer inntil 2 ganger årlig.

Praktisk bistand omfatter ikke:

* Rengjøring etter gjester eller andre som bor eller deler bolig med den som mottar praktisk bistand.
* Oppvask etter besøkende.
* Hjelp til rengjøring i perioder hvor voksne barn eller andre bor/oppholder seg hjemme hos bruker over en lengre periode.
* Store rengjøringsoppgaver som rundvask, boning av gulv, risting av store tepper.
* Skift av gardiner.
* Stryking av tøy.
* Baking.
* Hjelp til flytting.
* Hagearbeid, stell av blomster, klipping av plen, snømåking.

Lovverk:

Helse- og omsorgstjenesteloven Kap. 3, § 3-2, pkt. 6 Helse- og omsorgstjenesteloven kap. 11, § 11-2

Forskrift om egenandel for kommunale helse og omsorgstjenester Kapittel 2

Egenandel:

Det kreves egenandel etter kommunale satser. Se kommunens oversikt for gebyrer og priser.

Hvis tjenesten av ulike årsaker ikke blir utført i henhold til tjenestevedtaket, betales det ikke for abonnementet i gjeldende periode. Om tjenesten skulle vært utført på en bevegelig helligdag kan bruker vanligvis ikke regne med at timene blir erstattet.

Bruker må gi beskjed senest dagen før for å få fritak i betaling hvis avtalt tid ikke passer.

4.6 PRAKTISK BISTAND OPPLÆRING

Hjelp til personer som trenger opplæring i dagliglivets aktiviteter, i å ivareta egen helse, sosiale ferdigheter, kommunikasjon og trening. Bistand til å øke eller ivareta boevne.

Tjenesten skal ta utgangspunkt i den enkeltes ressurs og bidra til å gjøre vedkommende mest mulig selvhjulpen i forhold til egenomsorg og i dagliglivets gjøremål.

Praktisk bistand og opplæring kan omfatte:

* Opplæring, veiledning og motivering til å mestre egen hverdag med gode rutiner.
* Husarbeid med involvering av tjenestemottaker.
* Personlig hygiene.
* På-/avkledning.
* Opplæring i forbindelse med måltider og måltidsplanlegging.
* Boveiledning.
* Kan også omfatte opplæring i bruk av trygghetsalarm og ulike velferdsteknologiske løsninger. Opplæring kan gis som videreføring av rehabilitering.

Praktisk bistand og opplæring omfatter ikke:

* Hjemmehjelpsoppgaver som utføres uten involvering av tjenestemottaker, slik som husvask, matlaging, baking, vinduspuss, storrengjøring osv.
* Husdyrstell.
* Transport ved ærender.

Målgruppe:

Personer som kan mestre mye selv, men har behov for tjenester i form av bistand, opplæring og/eller veiledning i dagliglivets gjøremål. Til personer med behov for å forebygge atferd som får negative konsekvenser for dem selv.

Kriterier for tildeling av tjenesten:

Tjenesten kan være aktuell dersom søker:

* Ikke er i stand til å ha omsorg for seg selv.
* Er avhengig av opplæring for å få økt mestring av dagliglivets gjøremål.
* Ved fri fra arbeid, dagtilbud eller manglende tilbud på dagtid for å unngå negativ utvikling i livssituasjon eller adferd.
* Ikke har andre som kan ivareta eller ta del i oppgavene.
* Har potensiale for å ta imot opplæring.

Ved tjenesteutmåling vil det bli tatt hensyn til om det oppholder seg/bor andre i husstanden.

Lovverk:

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd, pkt. 6b

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a

Helse- og omsorgstjenesteloven § 11-2

Forskrift om egenandel for kommunale helse og omsorgstjenester Kapittel 2

Egenandel:

Ingen egenandel

4.7 BRUKERSTYRT PERSONLIG ASSISTANSE (BPA)

BPA er en alternativ måte å organisere tjenesten personlig assistanse på (omfatter praktisk og personlig bistand, opplæring og støttekontakt) for personer med nedsatt funksjonsevne og stort behov for bistand i dagliglivet, både i og utenfor hjemmet. BPA innebærer at brukeren har rollen som arbeidsleder og påtar seg ansvar for organisering og innhold ut fra egne behov. Innen de timerammer som kommunens vedtak angir, kan brukeren styre hva assistentene skal gjøre og til hvilke tider assistanse skal gis. Dersom tjenestemottakeren selv ikke kan være arbeidsleder, for eksempel på grunn av ung alder eller kognitive funksjonsnedsettelser, kan arbeidslederrollen ivaretas av noen som kjenner tjenestemottaker godt, og som da kalles en med-arbeidsleder. Med-arbeidslederen ivaretar i slike tilfeller brukerstyringen/arbeidsledelsen sammen med eller på vegne av tjenestemottakeren.

Målgruppe:

Personer med stort og langvarig behov for personlig assistanse, personer med behov for avlastning ved omsorg for hjemmeboende barn under 18 år og andre som kan nyttiggjøre seg denne organisasjonsformen.

Kriterier for tildeling av tjenesten:

Tildelingen skjer med samme bakgrunn som tjenestene praktisk bistand og opplæring, da BPA kun er en annen organiseringsform av disse tjenestene.

Etter Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1d har personer under 67 år med stort og langvarig behov for personlig assistanse, eller personer med behov for avlastning ved omsorg for hjemmeboende barn under 18 år, en viss rett til å få disse tjenestene organisert som BPA. Også brukere som ikke faller inn under rettighetsbestemmelsen kan få tjenestene organisert som BPA der dette er hensiktsmessig, og kommunen er forpliktet til å ha et tilbud om BPA også til disse, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven §3-8.

Lovverk:

Pasient- og brukerrettighetsloven §2-1 annet ledd

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd pkt. 6b

Det vises ellers til Rundskriv i-9-2015 om rettighetsfesting BPA

Egenandel:

Det kreves egenandel etter kommunale satser for den delen av tjenesten som omhandler praktisk bistand og praktisk bistand opplæring. Se kommunens oversikt for gebyrer og priser.

4.8 AVLASTNING FOR FUNKSJONSHEMMEDE

Avlastning gis til personer med et særlig stort omsorgsansvar. Avlastning kan gis i kommunal avlastningsbolig eller privat hjem, og tilpasses etter behov. Måltider er inkludert ved avlastning i kommunal bolig.

Målgruppe:

Pårørende til personer med et særlig stort omsorgsbehov pga. sykdom, funksjons- eller utviklingshemming. Avlastning kan gis til barn og voksne.

Lovverk:

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3 -2, punkt 6d.

Pasient- og brukerrettighetsloven kap. 2, § 2-1 a.

Egenandel:

Ingen egenandel.

Tjenestemottaker holder selv forbruksvarer som såpe, shampo etc.

4.9 OMSORGSLØNN

Omsorgslønn er økonomisk kompensasjon til den som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. Omsorgslønn kan erstatte nødvendige omsorgsoppgaver eller annen bistand i hjemmet som en ellers ville fått innvilget tjenester til. Det er kommunen som avgjør om det skal innvilges omsorgslønn og lønnsnivået, ordningen er ikke lønn for hver arbeidet time, men et tilskudd. Ingen har rettslig krav på å få innvilget omsorgslønn.

Målgruppe:

Personer som har behov for særlig tyngende omsorg i hjemmet over lang tid. Den omsorgstrengende må ha dokumentert hjelpebehov på grunn av sykdom og eller funksjonshemming.

Kriterier for tildeling:

Det er den som yter hjelp som kan tilstås omsorgslønn. Omsorgsarbeidet som ytes skal være definert som særlig tyngende. Omsorgslønn kan kun gis til personer over 18 år.

Ved tildeling av omsorgslønn vektlegges særlig:

* Hvor omfattende omsorgsarbeidet er. I vurdering av omfang vil kommunen kreve utfylling av døgnklokkeskjema.
* Om omsorgsarbeidet innebærer mye nattarbeid eller avbrudd i nattesøvn.
* At omsorgsarbeidet skjer i eget hjem både for søker og tjenestemottaker.
* At omsorg fra omsorgsgiver er til beste for brukeren istedenfor andre kommunale tjenester.
* Relevant dokumentasjon fra lege av nyere dato.
* Hjelpestønad fra NAV er innvilget.
* Om omsorgsarbeidet fører til sosial isolasjon, og mangel på ferie og fritid.
* Om søkeren har omsorgen for flere enn en person.
* Om søker har omsorgsplikt, kun foreldre har omsorgsplikt for mindreårige barn. Det vil kun være aktuelt med omsorgslønn dersom omsorgen klart overstiger vanlig omsorg for barn på samme alder.

KAPITTEL 5. KOMMUNALE BOLIGER SOM TILDELES GJENNOM HELSE- OG OMSORG OG PLASS PÅ SYKEHJEM- **TRINN 4**

Disse tjenestene krever saksbehandling og enkeltvedtak.

Folldal kommune har boliger for forskjellige brukergrupper som omtales i kommunens boligsosiale handlingsplan. Enkelte av disse tildeles det disposisjonsrett til gjennom helse og omsorg.

Bolig gir i seg selv ingen rett til tjenester, men brukers behov for helse- og omsorgstjenester ligger til grunn for vurderingen om, og eventuelt hvilken, boform man kan få tildelt ved søknad.

Et hjem kan være ulike boformer og endres over tid.

Det betyr i praksis at man som bruker må regne med å flytte når behovet for helse- og omsorgstjenester blir omfattende og krever en tettere oppfølging.

5.1 TRYGDELEILIGHET

Trygdeleilighet er en bolig for personer som på grunn av helseutfordringer og eller funksjonsnedsettelser har behov for en slik boform og har vanskelig for å ivareta egen boligsituasjon. Denne boformen kan gi mulighet for å øke eller bevare grad av egenomsorg, mestre egen hverdag og økt livskvalitet.

I en trygdeleilighet er det mulig å motta tjenester fra helse- og omsorgspersonell i større omfang enn det som er mulig i et opprinnelig hjem, men i mindre omfang enn det som er å forvente i omsorgsbolig og på langtidsopphold i institusjon.

Målgruppe:

Eldre, syke, funksjonshemmede eller andre innbyggere som av helsemessige årsaker trenger å bo i en tilrettelagt bolig.

Kriterier for tildeling:

Tildeling av kommunale boliger skjer etter en helhetlig vurdering av søkers behov og situasjon. Ved flere søkere enn antall ledige kommunale boliger, skal det foretas en prioritering mellom kvalifiserte søkere. I prioriteringen skal det vektlegges de kvalifiserte søkers behov og hvilke typer boliger som er tilgjengelig. Søkere som etter en samlet vurdering synes å ha de mest påtrengende boligbehov skal prioriteres og settes på vurderingsliste. De som står på vurderingsliste vil bli vurdert ved ledighet, og den med størst behov tildeles bolig først.

Lovverk:

Lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet § 1

Egenandel:

Husleie som beskrevet i kontrakt.

5.2 OMSORGSBOLIG

Omsorgsbolig er en boligtype for personer med omfattende behov for kommunale tjenester som vanskelig kan imøtekommes i privat bolig.

Det gis hjemmetjenester ut fra den enkeltes behov. Beboer betaler husleie, og kan søke bostøtte etter vanlige regler. Beboer beholder sin fastlege, og har samme rettigheter som alle andre som bor i eget hjem. Kommunens omsorgsboliger ligger på Folldal bo- og servicesenter.

Målgruppe:

Eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne som har omfattende behov for helse- og omsorgstjenester.

Kriterier for tildeling:

Somatisk helsesvikt, funksjonsnedsettelse og/eller kognitiv svikt som gir behov for omfattende pleie og tilsyn som ikke kan ytes i eget hjem, men som heller ikke krever plass i institusjon.

Pasienter eller brukere som er best tjent med slikt bo- og tjenestetilbud, settes på vurderingsliste. De som står på vurderingsliste vil bli vurdert ved ledighet, og den med størst behov tildeles bolig først.

Lovverk:

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1e første ledd

 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2a

Forskrift om tildeling av langtidsopphold og helse- og omsorgstjenester i sykehjem, vurderingsmomenter og vurderingslister m.m., Folldal kommune

Lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet § 1

Egenbetaling:

Husleie som beskrevet i kontrakt.

5.3 BOLIGER FOR PERSONER MED FUNKSJONSHEMNING

Folldal kommune tilbyr leiligheter med heldøgns bemanning til personer med funksjonshemming eller som av andre årsaker ikke mestrer bosituasjon på egenhånd eller bosituasjon med lavere tjenestenivå. Boliger for personer med funksjonshemning ligger på MOT. Boformen passer for de som ønsker eller trenger en mer selvstendig boform enn det en institusjonsplass kan tilby eller hvor kommunen ikke kan gi forsvarlig hjelp på annen måte. Boligene har trygge og forutsigbare rammer som bidrar til utvikling, mestring og sosialt fellesskap. MOT er opptatt av å tilrettelegge for selvråderett og høy grad av brukermedvirkning. Det legges til rette for et så godt som mulig liv med meningsfylte aktiviteter på dagtid og fritid. Det tas utgangspunkt i brukers egne interesser. Boligene har heldøgns bemanning og består av flere leiligheter, samt fellesarealer til bruk for beboerne. Helse og omsorgstjenester blir vurdert opp mot den enkelte brukers behov.

Målgruppe:

Personer med funksjonshemning som har behov for heldøgns omsorg.

Kriterier for tildeling:

Personer med funksjonshemning.

Personer som selv ikke kan ivareta grunnleggende omsorgsbehov.

Lovverk:

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1e første ledd

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2a

Lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet § 1

Egenbetaling:

Husleie som beskrevet i kontrakt.

5.3.1 HELSE- OG OMSORGSTJENESTER GITT MED TVANG TIL PERSONER MED PSYKISK UTVIKLINGSHEMNING

Reglene i kapittel 9 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) omhandler tiltak som brukeren motsetter seg, eller tiltak så inngripende at det regnes som tvang eller makt uansett motstand. Bruk av inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger skal alltid regnes som bruk av tvang eller makt.

Målgruppe:

Personer med diagnosen psykisk utviklingshemming.

Mål med tjenesten:

* Hindre at personer med psykisk utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade, og forebygge og begrense bruk av tvang og makt.
* Tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig i overensstemmelse med brukerens eller pasientens selvbestemmelsesrett.
* Ingen skal behandles på en nedverdigende eller krenkende måte.

Kriterier for tildeling av tjenesten:

* Andre løsninger enn bruk av tvang eller makt skal være prøvd først. Kravet kan bare fravikes i særlige tilfeller, og det skal i så fall gis en begrunnelse.
* Tvang og makt kan bare brukes når det er faglig og etisk forsvarlig. I vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor inngripende tiltaket er for den enkelte bruker eller pasient. Tiltakene må ikke gå lenger enn det som er nødvendig for formålet, og må stå i forhold til det formålet som skal ivaretas. Tvang og makt kan bare brukes for å hindre eller begrense vesentlig skade.

Det kan anvendes tvang og makt i følgende tilfeller:

* Skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner.
* Planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner.
* Tiltak for å dekke brukerens eller pasientens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak.

Lovverk:

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) - Kapittel 9. Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning

Reglene i kapitlet her gjelder bruk av tvang og makt som ledd i tjenester etter

§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til c og

§ 3-6 første ledd nr. 2

5.4 PLASS I INSTITUSJON

I Folldal kommune gis det tilbud om opphold i institusjon, i form av korttidsopphold utredning og rehabilitering samt langtidsopphold.

Ved korttidsopphold og langtidsopphold ved institusjon, Folldal bo- og servicesenter, er det besøk av tilsynslege 1 dag i uka som sikrer medisinskfaglig observasjon, vurdering, diagnostisering og behandling. Dette er en avgjørende faktor for en helhetlig og tverrfaglig tjeneste, samt sikrer at pasienter og pårørende gis tilstrekkelig kompetanse og informasjon for medvirkning og samtykke til helsehjelpen som tilbys.

I institusjon er det behovsstyrt tilgang på ergoterapi- og fysioterapiressurser inn i tjenestene.

5.4.1 KORTTID,REHABILITERING OG UTREDNINGSOPPHOLD

Tjenesten innebærer vurdering/utredning av funksjonsnivå ved uavklarte tilstander eller behandling/rehabilitering etter sykdom/skade. Oppholdet er tidsbegrenset, og innebærer tverrfaglig samarbeid om assistanse/veiledning/ behandling for kartlegging av funksjonsnivå og potensiale for bedring. Tverrfaglig samarbeid kan inkludere fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier, helsefagarbeider, sykehjemslege og kreftsykepleier.

Målgruppe:

Pasienter som har sykdom/skade med mulig rehabiliteringspotensiale. Tjenesten tilbys ofte i etterkant av sykehusinnleggelse.

Pasienter som har funksjonstap- eller endring, og hvor det er behov for å kartlegge eventuelt behov for kommunale tjenester.

Pasienter med behov for lindrende behandling ved livets slutt og der tjenesten ikke kan, eller pasient og/eller familien ikke ønsker at disse skal gis i hjemmet.

Kriterier for tildeling av tjenesten:

Tjenesten tildeles etter individuell vurdering.

Søker må selv samtykke til korttidsopphold i institusjon.

Samtykkekompetansen kan vurderes.

Egenandel:

Egenandel for korttidsopphold inntil 60 døgn fastsettes av Helse- og omsorgsdepartementet årlig. Etter 60 døgn går det over til langtids betaling.

Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester (satsene endres hvert år).

Kommunen tar betalt etter forskrift om egen betaling for helse- og omsorgstjenester, og døgnpris fastsettes av kommunestyret.

Etter 60 døgn i samme kalenderår beregnes vederlag som ved langtidsopphold.

Lovverk:

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1e første ledd

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2a

Forskrift om tildeling av langtidsopphold og helse- og omsorgstjenester i sykehjem, vurderingsmomenter og vurderingslister m.m., Folldal kommune

Lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet § 1

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr., 6 bokstav c

5.4.2 AVLASTNING I INSTITUSJON

Avlastningsopphold innebærer pleie og omsorg i institusjon i en tidsbegrenset periode. I tjenesten inngår kost og losji, pleie, omsorg og tilbud om å delta i sosiale aktiviteter.

Pasient må medbringe egne medisiner og medisinske forbruksvarer til bruk under oppholdet. Tjenesten innebærer ikke vurdering av sykehjemslege.

Målgruppe:

Tjenesten innebærer avlastning for omsorgsperson som har særlig tyngende omsorgsansvar.

Kriterier for tildeling:

Tjenesten tildeles etter individuell vurdering.

Egenandel:

Ingen egenandel.

Lovverk:

Helse- og omsorgstjenesteloven kap.3, § 3-2, 6 d.

Pasient- og brukerrettighetsloven kap.2, § 2 1 a.

5.4.3 LANGTIDSOPPHOLD

Langtidsopphold er heldøgns institusjonsopphold.

Folldal kommune har ved Folldal bo- og servicesenter totalt 16 langtidsplasser fordelt på 2 avdelinger. Noen langtidsplasser er forbeholdt pasienter med demensdiagnose og som har ekstra behov for skjerming.

I tjenesten inngår kost og losji, medisinsk behandling, omsorg, nødvendig tannbehandling, medisiner og tilbud om aktivitet.

Målgruppe:

Pasienter som har langvarig behov for omfattende medisinsk behandling, pleie og omsorg.

Kriterier for tildeling:

Tjenesten tildeles etter individuell vurdering. Andre omsorgstilbud skal være prøvd, eller vurdert til ikke å være tilstrekkelig.

Brukere som oppfyller tildelingskriteriet, men som kan bo hjemme med et forsvarlig tjenestetilbud i påvente av langtidsopphold i sykehjem, skal få enkeltvedtak om å stå på vurderingsliste.

De som står på vurderingsliste vil bli vurdert ved ledighet, og den med størst behov tildeles plass først.

For å få tildelt langtidsplass med ekstra skjerming skal demensdiagnose være stilt. Der behovet for skjerming ikke lengre er nødvendig, bør flytting til ordinær langtidsplass vurderes.

Lovverk:

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd pkt., 6 c

Forskrift om tildeling av langtidsopphold og helse- og omsorgstjenester i sykehjem, vurderingsmomenter og vurderingslister m.m., Folldal kommune

Egenandel:

Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester, Kap 1

5.4.4 HELSE- OG OMSORGSTJENESTER GITT MED TVANG

Helsehjelp som gis etter Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) kapittel 4A omfatter i utgangspunktet alle handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende formål eller pleie- og omsorgsformål, og som utføres av helsepersonell.

Helsehjelp som gis med tvang etter kap. 4A gjennomføres kun i institusjon, for eksempel sykehjem eller sykehus. Pasienten kan blant annet legges inn ved helseinstitusjon og holdes tilbake der dersom det er nødvendig for å få gjennomført helsehjelpen.

Målgruppe:

Pasienter som mangler samtykkekompetanse i beslutningen om å motta nødvendig somatisk helsehjelp, uavhengig av diagnose.

Mål med tjenesten:

* Yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang.
* Sikre nødvendig helsehjelp til pasienter som er fratatt samtykkekompetansen og som motsetter seg helsehjelpen.
* Tilrettelegge helsehjelpen med den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett.

Kriterier for tildeling av tjenesten:

* Gjelder for myndige og mindreårige over 16 år, dvs. personer over den helserettslige myndighetsalder, samt personer fratatt rettslig handleevne på det personlige området etter vergemålsloven § 22 tredje ledd.
* Gjelder kun for pasienter som mottar helsehjelp. Kapittelet 4A gir ikke adgang til å anvende tvang overfor brukere av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp.
* Gjelder pasienter som mangler samtykkekompetanse etter vurdering.
* Gjelder pasienter som motsetter seg helsehjelpen. Formen for motstand er ikke avgjørende. Pasienter skal i størst mulig grad få den helsehjelpen som de antas å ville ha takket ja til dersom de hadde hatt samtykkekompetanse.
* Gjelder helsehjelp som er vurdert til å være nødvendig i den forstand at pasienten risikerer vesentlig helseskade dersom den ikke gis.

Lovverk:

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) kapittel 4A

Reglene i kapitlet her gjelder bruk av tvang og makt som ledd i tjenester etter

§ 3-2 nr. 6 bokstavene a til c og

§ 3-6 første ledd nr. 2