



Dyrøy kommune

Den lærende kommune

SØKNAD OM HJELP FRA PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN.

Søkers navn:.....	Fødselsdato:.....
Adresse:.....	Personnr:.....
Postnr:..... Sted:.....	Tlf:.....

I samme husstand bor også:

Navn:.....	Slektsforhold:.....
Navn:.....	

Nærmeste pårørende:

Navn:.....	Tlf.:.....
Adresse:.....	Mob.tlf:.....
Postnr:..... Sted:.....	Slektsforhold:.....

Navn på eventuelt verge eller hjelpeverge:

Jeg søker etter følgende tjenester (sett kryss):

<input type="checkbox"/> Langtidsopphold ved sykehjemmet	<input type="checkbox"/> Omsorgsbolig	<input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie
<input type="checkbox"/> Korttidsopphold ved sykehjemmet	<input type="checkbox"/> Hybel ved	<input type="checkbox"/> Hjelp fra Psykiatritjenesten
<input type="checkbox"/> Dag- nattoophold ved sykehjemmet	<input type="checkbox"/> Omsorgssenteret	<input type="checkbox"/> Trygghetsalarm
<input type="checkbox"/> Avlastningsopphold ved sykehjemmet	<input type="checkbox"/> Hjemmehjelp	<input type="checkbox"/> Dagtilbud for hjemmeboende med demenssykdom.
	<input type="checkbox"/> Annen avlastning	<input type="checkbox"/> Andre tjenester
	<input type="checkbox"/> Middagsombringing
	<input type="checkbox"/> Omsorgslønn
	<input type="checkbox"/> Støttekontakt	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Egne opplysninger om helsetilstand:

.....
.....
.....

Kort begrunnelse om hvorfor du søker hjelp, (ved behov for mer plass, bruk side 2):

.....
.....

Snu arket!

Ved søknad om hjelp i hjemmet – beskriv kort hva du vil ha hjelp til

.....
.....
.....
.....
.....

Ved søknad om **hjemmehjelp eller langtidsopphold** ved sykehjemmet, må inntektsopplysninger (ligning) legges ved søknaden.

Jeg (undertegnede) gir herved pleie- og omsorgskontoret fullmakt til å innhente de opplysninger som anses nødvendig i forbindelse med behandling av denne søknad.

Dato: _____ **Sted:** _____ **Underskrift:** _____

Informasjon til søker

- ❑ Søknaden sendes til Pleie- og omsorgstjenesten, 9311 BRØSTADBOTN. Saken vil bli behandlet av Omsorgsteamet. Du vil få skriftlig melding om vedtaket.
- ❑ Opplysninger du har gitt blir behandlet fortrolig. Du har rett til innsyn i saksdokumentene. Vedtak kan påklages og lovhjemling blir spesifisert i vedtaksdokumentet.
- ❑ Søknader behandles etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm kap 3 og Lov om pasient og brukerrettigheter. Saksbehandlingen utføres i henhold til forvaltningsloven.
- ❑ Du kan få mer informasjon om de tjenester som tilbys, vilkår for å få innvilget hjelp, saksbehandlingstid med mer, ved å ta kontakt med enhetsleder for PLO på tlf: 77 18 92 80/ 465 40 515. Eller besøk kommunens hjemmesider på: <http://www.dyroy.kommune.no/betalingssatser>
- ❑ Følgende tjenester ytes vederlagsfritt: Hjemmesykepleie, hjelp fra psykiatritjenesten, hjelp i hjemmet til egenomsorg og personlig stell, støttekontakt og avlastning.

Egenbetaling 2020

Tjeneste	Enhet	Pris pr enhet i kr.
Trygghetsalarm	Pr. mnd.	330,-
Middagslevering, kald vakuumpakket mat	Pr. porsjon	117,-
Middagslevering, kald vakuumpakket mat	Pr. halve porsjon	76,-
Utkjøring av middag	Pr.mnd.	200,-
Dag/Natt opphold ved sykehjemmet	Pr. Dag/Natt	90,-
Korttidsopphold ved institusjon	Pr. Døgn	170,-
Vask av tøy for beboere på omsorgsshybel	Pr. mnd	428,-
Full kost	Pr. døgn	183,-
Langtidsopphold ved institusjon	Egen vederlagsberegning. Maksimum kr. 1828,-/døgn	

Praktisk hjelp i hjemmet, avhengig av husstandens samlede inntekt:

Netto inntekt før særfradrag inntil 2 G kr. 202 702,-	Pr. mnd	210,-
Fra 2 G – 3 G fra kr 202 702,- til 304 053,-	Pr. mnd	851,-
Fra 3 G – 4 G fra kr 304 053,- til 405 404,-	Pr. mnd	1382,-
Fra 4 G – 5 G fra kr 405 404,- til 506 755,-	Pr. mnd	1860,-
Over 5 G kr 506 755 ,-	Pr. mnd	2375,-

Leie av omsorgsboliger har ulike satser, kontakt Enhetsleder/Fagleder for mer informasjon.

Opplysning om Pasientjournal, taushetsplikt, informasjonsutveksling, utskrift av logg og reservasjonsmuligheter (Søkers kopi).

Dokumentasjonsplikt

Alle tjenester som ytes og som faller inn under helse og omsorgstjenesteloven er underlagt dokumentasjonsplikt. I praksis betyr dette mottak av hjemmesykepleie og saksbehandling i forhold til tildeling av tjenester.

I Dyrøy kommune har vi elektronisk pasientjournal (heretter kalt EPJ). I EPJ registreres navn, personnummer, adresse og nærmeste pårørende (som ikke behøver å være en slektning men en du har tiltro til og som du vil ha registrert som din nærmeste).

Personalet er pålagt å dokumentere hvilken type hjelp som gis og hvordan situasjonen utvikler seg. Det som vurderes som vesentlig for din situasjon og den hjelp du trenger vil bli notert i EPJ. Dette kan godt sammenlignes med legens måte å dokumentere på, bare at det for pleie og omsorg vil omhandle de områder vi hjelper deg med, det kan være sårstell, medisintildeling, trening, assistanse ved morgent / kveldsstell eller andre gjøremål / prosedyrer som kan karakteriseres som helsehjelp. Formålet med denne dokumentasjonen er at din sikkerhet skal ivaretas og at det opprettholdes kontinuitet, kvalitet og forsvarlighet i tjenesten du mottar.

I tillegg til å dokumentere i EPJ, er kommunen pålagt å registrere og sende inn data som beskriver ressurser og bistandsbehov til dem som mottar definerte kommunale helse og omsorgstjenester. Dette kalles IPLOS, og er et nasjonalt helseregister som skal brukes til statistikk og forskning. Alle opplysninger blir anonymisert slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Du har imidlertid rett til å reservere deg mot at diagnoseopplysninger sendes til IPLOS registret. Dersom du ønsker ytterligere informasjon om dette, har vi en brosjyre du kan få.

Taushetsplikt

Alle som er ansatt i Pleie- og Omsorgstjenesten er underlagt taushetsplikt jfr. Forvaltningsloven av 1967 §13 og helsepersonelloven av 1999 §21. Dette betyr at den informasjon de får i sitt virke eller i kraft av sin profesjon er fortrolig. Med dette menes at ingen andre enn de som må ha disse opplysningene for å yte nødvendig helsehjelp, får dem.

Tilgangen til din Journal

Reguleres i utgangspunktet slik at kun de som kommer i en hjelpeposisjon i forhold til deg får tilgang til nødvendige opplysninger. Tilgangen kan også reguleres ytterligere. Dersom det er slik at du ikke vil at enkelte ansatte skal ha tilgang til din Journal, så kan du gi beskjed om dette. Det kan da legges inn sperre for de(n) det gjelder. Det er for øvrig verdt å merke seg at i utgangspunktet vil alle sykepleierne ha tilgang til det meste fordi de ved mange anledninger har det sykepleiefaglige ansvar for både hjemmebasert tjeneste og institusjonen, det er da nødvendig at de hurtig kan innhente opplysninger dersom noe skjer ved en akutsituasjon. For eksempel ta en utskrift av de medisiner som brukes i forkant av en sykehusinnleggelse, eller en vurdering av situasjonen ut i fra hvilken diagnose som er registrert på bruker.

Dersom du ønsker å se hvem som har vært inne og skrevet eller lest i din journal, så kan du gi beskjed om dette, enten via de ansatte som hjelper deg, eller ved å henvende deg til Enhetsleder eller fagleder. Du har rett til å få denne informasjonen om du ønsker det. Angi da hvilket tidsrom du vil ha oversikt over.

Informasjonsflyt

Det er viktig at informasjon fra lege og sykehus finner veien til Pleie og omsorg dersom denne informasjonen er av betydning for den hjelp vi skal gi deg. Det kan dreie seg om oppfølging av medisiner, sårstell, opptrening eller rett og slett en vurdering av sykdomsutvikling.

På samme måte sender pleie og omsorg informasjon til lege/legevakt/sykehus, dersom du er innskrevet i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

En relevant dialog mellom Pleie- og Omsorgstjenesten og lege, eventuelt sykehus vil ikke ha annet formål enn å ivareta kvalitet, sikkerhet og kontinuitet på de tjenester/behandlinger du mottar.

Dersom du motsetter deg slik informasjonsutveksling, må du gi beskjed om dette til Pleie- og omsorgstjenesten, legen eller sykehuset.

Det er også slik at du eller din nærmeste kan få innsyn i hva som er skrevet i din journal. Da må du ta kontakt med enhetsleder eller fagleder i Pleie og omsorg og avtale tid for en gjennomgang av de nedtegnelser som finnes.

Spørsmål kan rettes til Enhetsleder Pleie og Omsorg: tlf: 77189284
Eller Fagleder Pleie og Omsorg tlf: 77189271

Arbeidsmiljø for de ansatte i hjemmetjenesten.

- Det gjøres oppmerksom på at Arbeidsmiljøloven også beskytter de ansatte i hjemmetjenesten. Det som ofte oppleves er at ansatte blir eksponert for mye tobakksrøyk i hjemmene. Pleie og omsorgsetaten vil med dette anmode om at det ikke røykes mens hjelpen mottas. Det vil også kunne bli omrokkeringer i forhold til hvem som kommer til deg dersom du har husdyr. Allergi rammer også ansatte i offentlig sektor.
- Når det mottas hjemmehjelp, må nødvendig utstyr (etter avtale med hjemmehjelperne) være tilstede når hjemmehjelperne kommer.
- De ansatte blir anmodet om å forholde seg til de vedtak som er gjort. Dette betyr at hjemmetjenesten ikke kan brukes til forefallende oppgaver som den enkelte, på lik linje med alle andre, kan leie seg hjelp til. Det være seg snømåking, vedbæring og lignende. Dersom det finnes særlige behov for slik hjelp må dette spesifiseres på søknadsskjema og deretter vurderes av Omsorgsteamet. Ressurser som tildeles omsorgstjenesten i form av personale og kompetanse blir vurdert ut i fra de vedtak som er fattet.

DETTE SKJEMAET SENDES/LEVERES TIL DIN KOMMUNE / BYDEL

**MOTTAKEREN I KOMMUNEN / BYDELEN SKAL VÆRE DEN SOM HAR TILDELT DEG
TJENESTE ELLER SOM YTER TJENESTER**

**INNSYN
I
IPLOS-REGISTERET**

Jeg ber med dette om innsyn i de opplysningene som måtte være registrert om meg i IPLOS-registeret.

NAVN: _____

FØDSELSNUMMER: _____

ADRESSE: _____

POSTNUMMER: _____

POSTSTED: _____

Sted, dato _____ Underskrift _____

Innsyn i IPLOS-registeret



TILBUD OM GRATIS TANNBEHANDLING

- JA, jeg ønsker tilbud, og samtykker i at tannhelsetjenesten får informasjon om min helsestilstand, sykdom/-mer og eventuell medisinbruk
- Nei, jeg ønsker ikke tilbud.

Navn.....
Fødselsnummer.....Telefon.....
Adresse.....
Postnummer.....Sted.....
Evt. Foresatte/verge.....Telefon.....

Dato..... Underskrift.....

Hvis brukeren svarer ja, bes institusjon/pleier fylle ut:

Helsestilstand/sykdommer.....

Medisinbruk.....

Institusjon/distrikt/soner/avdeling.....

Kontaktperson i inst./pleie og omsorgstjenesten.....

Telefon.....

Fastlege.....Telefon.....

Jeg bekrefter at vedkommende oppfyller kriteriene for gratis tannbehandling hos Den Offentlige tannhelsetjenesten som er nevnt i vedlagte folder fra Troms fylkeskommune.

Tidsbegrenset opphold/ettervernsopplegg. Antatt varighet til.....

Dato:..... Signatur.....

Stilling.....

Stempel:

Ansvarsforhold Lege – Pasient i forhold til medisinersikt

Navn:.....	Fødselsdato:.....
Adresse:.....	Personnr:.....
Postnr:..... Sted:.....	Tlf:.....

Lege:..... Tlf:.....

Jeg har inngått avtale med Åpen Omsorg om hjelp i forhold til ivaretagelse av min medisinerings.

I den forbindelse ønsker jeg at det gis skriftlig beskjed om endringer i medisinerings min direkte fra legen til Åpen Omsorg.

Jeg samtykker også i at Åpen omsorg mottar informasjon om medisinerings fra sykehuset ved eventuelle endringer i min medisinerings fra dem.

Sted: _____ Dato: _____

Underskrift pasient

Etter pasientens ønske forplikter jeg meg til å gi skriftlig beskjed til åpen omsorg ved endringer i medisinerings.

Sted: _____ Dato: _____

Underskrift lege

Kopi Lege
Hjemmesykepleie

AVTALE OM ADMINISTRERING AV LEGEMIDLER

Navn:.....	Fødselsdato:.....
Adresse:.....	Personnr:.....
Postnr:..... Sted:.....	Tlf:.....
Behandler Lege:.....	Tlf:.....

Gå igjennom alle punktene. Sett kryss utenfor de alternativene som passer.

A: Oversikt over medisiner og eventuelle endringer:

- Alternativ 1: Jeg har selv ansvar for å holde oversikt over medisiner mine og eventuelle endringer i medisineringen. (Åpen omsorg kan ikke ta på seg ansvar for istandgjøring).
- Alternativ 2: Åpen omsorg overtar ansvaret for en oppdatert oversikt over mine medisiner på bakgrunn av skriftlig melding fra lege eller sykehus.

B: Oppbevaring av medisiner:

- Alternativ 1: Medisinene blir oppbevart hjemme hos meg.
- Alternativ 2: Åpen omsorg oppbevarer medisiner mine.

C: Bestilling av medisiner:

- Alternativ 1: Jeg har selv ansvar for å holde kontakt med lege og bestille medisiner.
- Alternativ 2: Åpen omsorg overtar ansvaret for å bestille medisiner til meg.

D: Utdeling av medisiner:

- Alternativ 1: Åpen Omsorg har ansvar for korrekt istandgjøring av medisiner i dosett. Jeg har selv ansvar for å ta medisiner til rett tid.
- Alternativ 2: Åpen omsorg har ansvar for å finne frem og gi meg medisiner mine til rett tid.

Sted: _____ Dato: _____.

Underskrift bruker: _____ Underskrift Sykepleier: _____.

E: Oppsigelse av avtalen:

Avtalen er gjensidig forpliktende. Den er gyldig inntil en av partene sier den opp.

- Avtalen sies opp midlertidig Pga. avlastning, reise eller lignende Fra..... Til.....
- Avtalen sies opp permanent fra.....

.....
Underskrift bruker

.....
Underskrift Sykepleier

ORDREKUNDE VED APOTEK 1 SJØVEIEN

Adresse: Strandsenteret, Boks 6, 9355 Sjøvegan. Tlf: 77 17 25 00 Faks: 77 17 25 01

Navn: _____

Fødselsdato: _____

Adresse: _____

Faktura adresse: _____

Jeg samtykker i å bli ordrekunde ved Apotek 1 Sjøveien. Faktura sendes ut i begynnelsen av hver måned med forfallsdato den 20. i den aktuelle måneden.

Jeg er orientert om at hvis månedsbeløpet er under kr. 500,- vil det påløpe et gebyr på kr. 50,-.

Dato: _____

Underskrift: _____