

Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester

Kriterier for tildeling av omsorgstjenester

- Arbeidsprosess, rutiner og verktøy
- Tjenestekriterier

Publikasjonens tittel: **Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester**
Kriterier for tildeling av omsorgstjenester

Utgitt: 12/2018

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling velferdsteknologi og rehabilitering
Postadresse: Postboks 220, Skøyen, 0213 Oslo
Besøksadresse: [Vitaminveien 4, 0483 Oslo \(Google maps\)](#)

Tlf.: 810 20 050
www.helsedirektoratet.no

INNHold

INNHold	3
INNLEDNING	5
1.1 OM FORSØKSORDNINGEN	5
1.2 LIKHET OG RIKTIG BEHOVSDEKNING	6
1.3 NASJONALE FØRINGER	7
1.4 LEON-PRINSIPPET OG TJENESTETILDELING	9
2. ARBEIDSPROSESSKRITERIER	11
2.1 BRUKERMEDVIRKNING	12
2.2 SAMHANDLING	12
2.3 KOMPETANSE	14
2.4 RUTINER OG BRUK AV VERKTØY	14
3. OMSORGSTJENESTER	16
3.1 TJENESTER SOM INNGÅR I FORSØKET	16
3.2 TJENESTER DER DET ER UTARBEIDET TJENESTEKRITERIER	18
4. KRITERIER FOR TJENESTER TIL HJEMMEBOENDE	20
4.1 HELSETJENESTER I HJEMMET	20
4.2 HABILITERING OG REHABILITERING UTENFOR INSTITUSJON	22

INNHold

4.3	PERSONLIG ASSISTANSE	24
4.3.1	Praktisk bistand - daglige gjøremål	24
4.3.2	Praktisk bistand - opplæring	26
4.3.3	Støttekontakt	27
4.3.4	Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)	28
4.4	DAG- OG AKTIVITETSTILBUD	30
4.5	OMSORGSSTØNAD	32
4.6	AVLASTNING	33
5.	KRITERIER FOR INSTITUSJONSTJENESTER	35
5.1	OM INSTITUSJONSTJENESTER	35
5.2	INSTITUSJONSTJENESTER - KORTTIDSOPPHOLD	35
5.2.1	Tidsbegrenset opphold – avlastning	35
5.2.2	Tidsbegrenset opphold i institusjon - rehabilitering	37
5.2.3	Tidsbegrenset opphold – annet korttidsopphold	39
5.3	INSTITUSJONSTJENESTER - LANGTIDSOPPHOLD	41
5.3.1	Kommunal forskrift om kriterier for langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig for kommunene i forsøket	41
5.3.2	Langtidsplass i institusjon – ordinær sykehjemsplass	44
5.3.3	Langtidsplass i institusjon – skjermet/tilrettelagt plass	46
5.3.4	Langtidsplass i institusjon – forsterket plass	48
5.4	Vedlegg	50

INNLEDNING

1.1 OM FORSØKSORDNINGEN

Helse- og omsorgsdepartementet har i Prop. 1 S for 2019 foreslått å forlenge og utvide forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenesten. De 6 eksisterende forsøkskommunene skal inviteres til å delta i forsøket ut 2022. I tillegg skal de kommunene de eksisterende forsøkskommunene skal slå seg sammen med inviteres til å delta. Videre skal forsøket utvides med 6 nye kommuner fra 2020, med sikte på oppstart senest høsten 2020. Det tas forbehold om Stortingets behandling.

På samme måte som i dag vil forsøkskommunene stå ansvarlig for kvaliteten. Forsøket innebærer ingen avvik fra helse- og omsorgstjenesteloven sett fra brukers side. Forsøket innebærer ingen avvik fra arbeidsmiljøloven.

Plikten til å planlegge, gjennomføre og evaluere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, tredje ledd skal opprettholdes i forsøksperioden. Forsøkskommunene har ansvaret for at de tjenester som tildeles kan fremskaffes enten innenfor egen kommune, i annen kommune eller gjennom avtaler eller bruk av private. I tillegg vil kommunene være ansvarlig for de enkeltvedtak som fattes, og etter avtale ha delegert myndighet til å treffe beslutninger i enkeltvedtak til de som tildeler tjenester i kommunen.

Klagehåndtering og tilsyn med tjenestene blir som i dag. Forsøket må videre utformes slik at planlegging for å imøtekomme fremtidige behov innen omsorgstjenestene opprettholdes og at nødvendige investeringer i heldøgns omsorgsplasser gjennomføres i forsøkskommunene.

INNLEDNING

1.2 LIKHET OG RIKTIG BEHOVSDEKNING

Overordnet målsetting er å prøve ut om en modell med statlige kriterier og finansiering gir

- økt likebehandling på tvers av kommunegrenser og
- riktigere behovsdekning for innbyggerne/brukere av tjenestene.

Følgende kjennetegn ved likhet og riktig behovsdekning er utgangspunkt for kriteriene som skal benyttes i forsøket:

Likhet handler om å se individet og om hvordan man møter individet. Grunnleggende holdninger og verdier er av betydning for møtet mellom tjenestemottaker og tjenesteleverandør. Likhet kan defineres som: «Å ha samme status, kår og rettigheter som andre»¹.

Likhet handler blant annet om

- individtilpasning og skreddersøm
- trygghet og tillit
- medmenneskelighet og kvalitet i møte med brukeren
- hjelp til selvhjelp og mestring

Riktig behovsdekning handler om hvordan man skal jobbe. Også her står individperspektivet sentralt, men da satt sammen med systemiske forhold som for eksempel informasjon kompetanse og innhold.

Riktig behovsdekning handler blant annet om:

- individtilpasning
- mestring og verdighet
- tidlig forebygging
- nye tjenester

På bakgrunn av dette er følgende mål definert:

- **Brukers behov i sentrum**
 - Det tilbys tjenester som er individuelt tilpasset ut i fra den enkeltes behov
 - Brukermedvirkning er satt i system

¹ Store Norske Leksikon. <https://snl.no/.search?query=likhet&x=0&y=0> (01.06.15)

INNLEDNING

- **Lik tildelingsprosess**
 - Riktig kompetanse og kunnskapsgrunnlag er benyttet i behovsvurdering og tjenestetildelingen
 - Likt arbeidsverktøy er benyttet i arbeidsprosessen

1.3 NASJONALE FØRINGER

De siste årene er det lagt frem en rekke viktige stortingsmeldinger for dagens og fremtidens helse – og omsorgstjenestene. Det er her valgt å trekke fram noen sentrale føringer fra disse som vil ha betydning for hvordan man innretterforsøksordningen. Det legges spesielt vekt på brukermedvirkning, fokus på forebygging, tidlig innsats og mestring, samt helhetlige og koordinerte tjenester og samhandling.

Samhandlingsreformen gir helse – og omsorgstjenestene ny retning. Det skal forebygges framfor å reparere og det skal gis tidlig innsats framfor sen innsats. Erfaringer så langt viser at pasienter og brukere er sterke endringsagenter i helsetjenesten. Det er derfor avgjørende for tillit til reformen at pasienter/brukere integreres i prosesser både sentralt og lokalt.

Morgendagens omsorgstjenester skal legge til rette for at brukerne i større grad blir en ressurs i eget liv, for at lokalsamfunnets innbyggere mobiliseres på nye måter og blir ressurser for hverandre. Det skal legges til rette for at velferdsteknologi skal bli en ressurs for brukere som dermed får bedre muligheter til å mestre hverdagen, og for at ressursene hos ideelle og frivillige organisasjoner videreutvikles og tas i bruk på nye måter. Framtidens brukere skal ha en mer aktiv rolle og den nye brukerrollen forutsetter en omsorgstjeneste 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 egen fremtid .

For å løfte fram de pårørende og deres behov, er bistand og støtte til pårørende samlet i en egen bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6. I bestemmelsen er bl.a. kommunens plikt til å gi nødvendig opplæring til pårørende presisert. Omsorgslønn har endret navn til

INNLEDNING

omsorgsstønad for å tydeliggjøre at dette ikke er en "lønn" i vanlig forstand, men selve ordningen er uendret.

Primærhelsemeldingen omhandler forslag til hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan utvikles for å møte dagens og fremtidens utfordringer. Det beskrives tiltak som skal legges til rette for en flerfaglig og helhetlig kommunal helse- og omsorgstjeneste, med god kvalitet og kompetanse. Nye løsninger skal sikre at brukerne får større innflytelse over egen hverdag, økt valgfrihet og et tilstrekkelig mangfold av tilbud med god kvalitet. Det skal legges vekt på at tjenestene skal utformes på en slik måte at det blir tatt hensyn til det enkelte individs behov med respekt for egenverdi og livsførsel.

Det skal legges til rette for en mer teambasert helse- og omsorgstjeneste som skal bidra til en mer strukturert tilnærming til grupper av brukere basert på funksjon og behov, uavhengig av diagnose. Det kom i 2017 en ny veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov som peker på behovet for tydelig ledelse for å sikre koordinering i tjenestene og en strukturert målrettet oppfølging.

Systematisk kvalitetsforbedringsarbeid, organisering og ledelse skal i større grad settes på dagsorden for bedre planlegging og utvikling av en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste. En styrket helse- og omsorgstjeneste krever et faglig og strategisk lederskap. Regjeringen vedtok i 2017 en ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften slår tydelig fast at det er toppledelsen som har ansvaret for at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres, og utdyper kravet om systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.

Regjeringen gjennomfører en kvalitetsreform for eldre – Leve hele livet – i perioden 2019-2023 (se Meld. St. 15 (2017–2018)). Reformen skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger, ha trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det, at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt og at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene. Meldingens hovedfokus er å skape et mer aldersvennlig Norge og finne nye og innovative løsninger på de kvalitative utfordringene

INNLEDNING

knyttet til aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp, sammenheng og overganger i tjenestene.

For informasjon om rettslige rammer for saksbehandling vises det til «Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven». All tjenestetildeling i forsøksordningen skal bygge på anbefalinger som fremkommer i veilederen.

1.4 LEON-PRINSIPPET OG TJENESTETILDELING

Det er et formål at tjenestene så langt som mulig baseres på tidlig intervensjon, ut fra tanken om at tjenesten gis raskt ved behov og avsluttes ved egenmestring. Denne forebyggende tankegangen skal være med på å sikre innbyggernes selvstendige liv, god ressursutnyttelse, og er i tråd med nasjonale føringer.

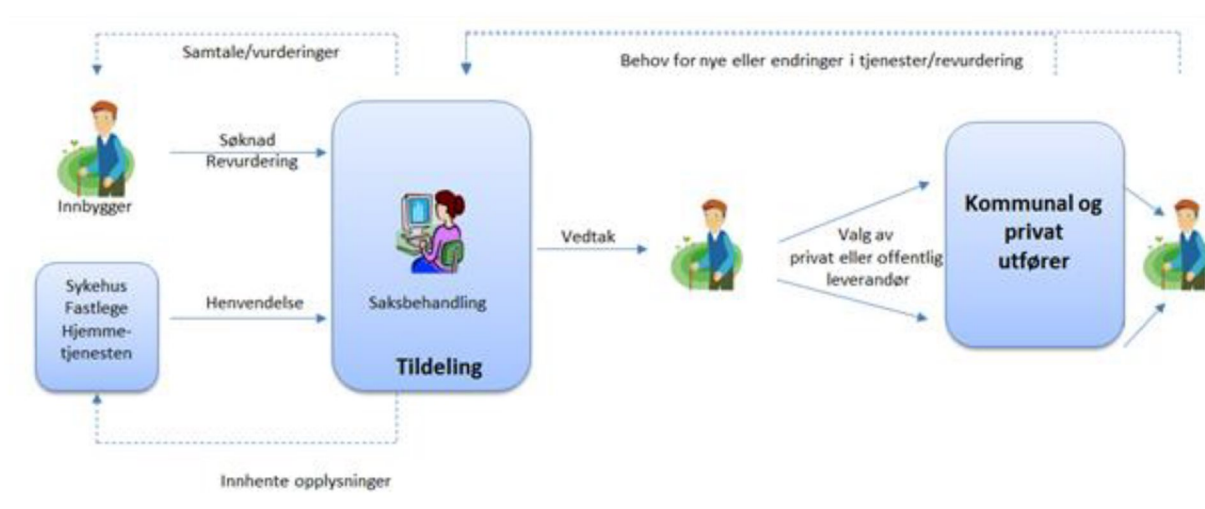
Et viktig prinsipp for all tildeling av tjenester vil være LEON-prinsippet og at mindre ressurskrevende tjenester skal være vurdert og om mulig også forsøkt før kostnadskrevende tjenester innvilges.

LEON betyr Laveste Effektive Omsorgs Nivå. Ved å ha ulike nivåer av tjenestetilbud, vil tilbudet kunne tildeles ut fra det hjelpebehov den enkelte bruker har. Tilbudene differensieres ved at tjenestetilbudet strekker seg fra lite hjelpebehov (lavterskel-tilbud) til stort hjelpebehov (høy terskel). LEON-prinsippet går ut på at tjenestetilbudet gis på et lavest mulig omsorgsnivå med fokus på brukers egne ressurser. Målet er at innbyggerne skal opprettholde størst mulig grad av egenmestring og livskvalitet, og at eventuell reduksjon i funksjonsnivå skal forebygges og motvirkes ved først å sette inn tiltak som fremmer egenmestring.

INNLEDNING

2. ARBEIDSPROSESSKRITERIER

Det er utarbeidet rutiner og kriterier for arbeidsprosessen ved tildeling av tjenester som skal bidra til å sikre en god og lik tilnærming ved tildeling av tjenester.



Figur 1: Illustrasjon av saksgang i tildeling og revurdering av søknader.

I tillegg til felles rutiner for arbeidsprosessen er det utarbeidet beskrivelser og vurderingskriterier for de fleste tjenestetene det skal fattes vedtak om.

Kommunens tjenestetilbud innen helse – og omsorg skal dekke et bistandsbehov basert på en individuell vurdering av brukerens funksjonsevne og som er tilpasset den enkeltes behov for tjenester. Hensikten med kriterier for tildeling av tjenester er først og fremst å sikre søkerne en helhetlig, tverrfaglig og likeverdig vurdering i forhold til de ulike omsorgstjenestene som tilbys. Målet er at det fattes vedtak om tjenester som bidrar til å ivareta og utvikle den enkeltes evne til å mestre dagliglivets utfordringer både i og utenfor hjemmet.

Innsatsområder for å sikre måloppnåelsen om brukers behov i sentrum og lik tildelingspraksis:

- Brukermedvirkning
- Samhandling
- Kompetanse
- Rutiner og bruk av verktøy

2.1 BRUKERMEDVIRKNING

Målsetting:

Brukermedvirkning skal styrkes og synliggjøres i forsøket og brukers behov skal settes i sentrum ved at

- det tilbys tjenester som er individuelt tilpasset ut i fra den enkeltes behov
- brukermedvirkning er satt i system

Bakgrunn:

Nasjonale føringer gir tydelige signaler om at tjenestene skal legge til rette for at brukerne i større grad blir en ressurs i eget liv. Framtidens brukere skal ha en mer aktiv rolle og den nye brukerrollen forutsetter en omsorgstjeneste 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 egen fremtid.

Tiltaksområder:

1. I tildeling av tjenester skal det sikres fokus på brukers situasjon og hva som er viktig for brukeren. Spørsmålet «Hva er viktig for deg» skal stilles ved alle konsultasjoner
2. Brukers situasjon og hva som er viktig for bruker skal komme tydelig fram i kartleggingen og dette skal dokumenteres
3. Det skal benyttes nytt kartleggings- og søknadskjema som tydeliggjør brukers situasjon og behov.
4. Pårørende/verge skal involveres etter gjeldende regelverk.

2.2 SAMHANDLING

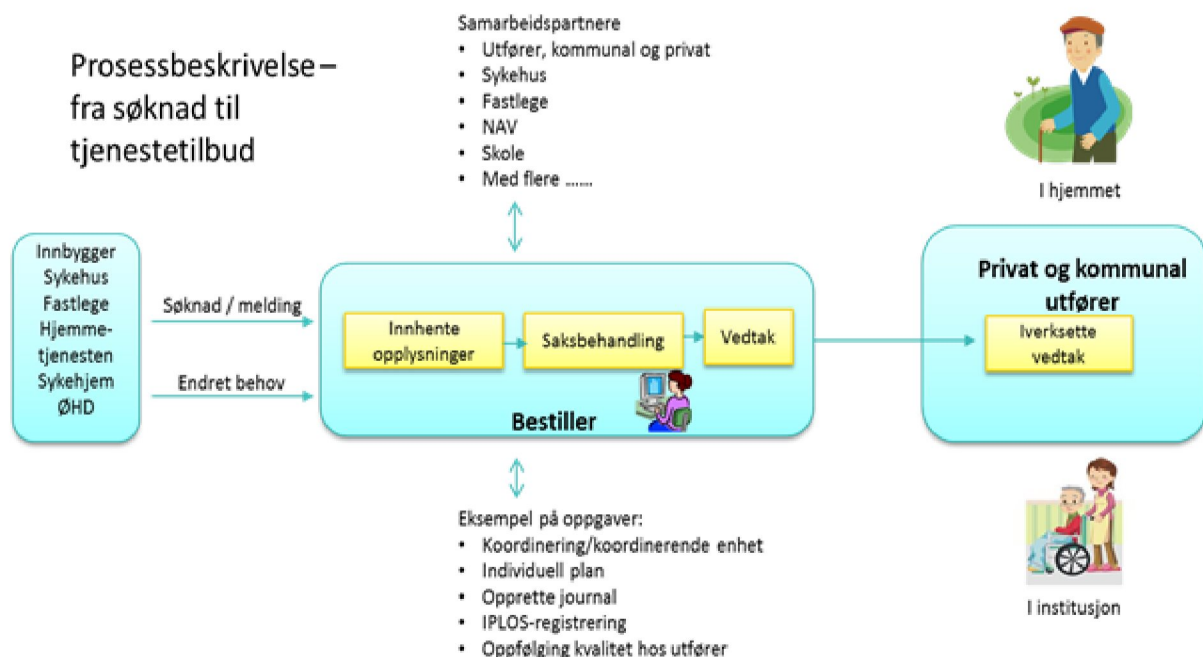
Formål:

God samhandling skal bidra til helhetlige pasient/brukerforløp og sikre at tjenestene er koordinerte. Samhandling er en forutsetning for å nå målet om likhet i tildelingsprosessen og at

- riktig kompetanse og kunnskapsgrunnlag er benyttet i behovsvurdering og tjenestetildelingen
- gode arbeidsverktøy er tilgjengelig i arbeidsprosessen

Bakgrunn:

God samhandling mellom ulike aktører er en forutsetning i all saksbehandling og tildeling av omsorgstjenester. I tillegg til samhandling med bruker er samhandling med de som skal utføre tjenestene, med fastlegene og med spesialisthelsetjenesten av avgjørende betydning.



Figur 2: Illustrasjon av mangfoldet og kompleksiteten i arbeidsprosessen ved tildeling av omsorgstjenester.

Tiltaksområder:

1. Avklaring av ansvar og roller:
 - De som tildeler tjenester har ansvaret for at tildelingen er forsvarlige og at saksutredningen er av god kvalitet.
 - Tjenesteyter har ansvar for at utførelsen av tjenestene er faglig forsvarlige og av god kvalitet.
2. Et felles rammeverk for samarbeid og arbeidsflyt mellom de som er ansvarlige for tildeling av tjenester og de som yter tjenester legges til grunn. Innhold:
 - Tildelingsprosess
 - Evaluering og revurdering
 - Klagehåndtering
 - Dokumentasjon
 - Samarbeidsformer

Arbeidsflyten tilpasses lokalt nivå for hver kommune som deltar i forsøket.
3. Tverrfaglig vurdering:
 - Tverrfaglig tilnærming vektlegges i tildelingsprosessen
 - Spørsmålet «Trenger denne brukeren habilitering eller rehabilitering?» bør alltid stilles ved konsultasjoner og møter med mennesker med nedsatt funksjonsevne. Gjelder både sosiale, psykososiale og medisinske behov.
 - Medisinskfaglige opplysninger innhentes ved behov i henhold til tjenestekriteriene

- Kopi av vedtak om tjenester sendes fastlegen, etter innhentet samtykke fra den som søker om tjenester
4. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten:
 - Avtalene som er inngått mellom den enkelte kommune og helseforetaket implementeres i forsøket.

2.3 KOMPETANSE

Formål:

For å sikre riktig behovsdekning, skal tverrfaglig kompetanse være benyttet i tildelingsprosessen.

Bakgrunn:

Ansatte som har ansvar for tildeling av tjenester må inneha nødvendig kompetanse og/eller må sørge for å innhente spesiell faglig kompetanse det er behov for knyttet til de ulike søkeres behov. Spesialkompetanse kan innhentes fra fagfolk ute i tjenestene, fra spesialisthelsetjenesten inkludert ulike kompetansesenter/ spesialister og fra fastlegene.

Tiltaksområder:

1. Kompetanse hos saksbehandlerne:
 - Ansatte bør ha helse – og sosialfaglig utdanning på høghskolenivå
 - Kunnskap om saksbehandling, forvaltningsrett og helse- og omsorgslovgivningen skal styrkes ut fra behov
2. Tilgjengelig kompetanse:
 - Tverrfaglig kompetanse skal alltid vurderes og innhentes ved behov
 - Medisinskfaglig kompetanse skal alltid vurderes og innhentes ved behov.
3. Spesialistkompetanse:
 - Spesialkompetanse på enkelte helse- og omsorgsfaglige områder innhentes ved behov
 - Økonomisk kompetanse innhentes ved behov

2.4 RUTINER OG BRUK AV VERKTØY

Formål:

Like rutiner og bruk av felles kartleggingsverktøy skal sikre lik tilnærming i tildelingsprosessen.

Bakgrunn:

For å sikre en mest mulig lik kartlegging og tilnærming i tildelingsprosessen utarbeides det felles rutiner og nye kartleggings- og søknadsskjema til bruk i forsøket.

Fagspesifikke skjema benyttes vanligvis av utfører men vil kunne være et hjelpemiddel for tildeling av riktig tjeneste. Det vil stilles krav til bruk av like/tilsvarende skjema.

Kartleggingsskjemaet vil ha fokus på både pasientenes og brukernes funksjonsnivå og situasjon, ressurser og nettverk, og eget mål.

Tiltaksområder:

1. Veileder for «Saksbehandling og dokumentasjon for kommunale helse – og omsorgstjenester» benyttes ved all saksbehandling
2. Felles rutiner/arbeidsflyt for saksgang og samarbeid ved tildeling, evaluering og revurdering benyttes (jf. kap. 2.3 Samhandling)
Innhold:
 - registrering av søknad
 - vurdering og tildeling
 - vedtak
 - dokumentasjon av brukermedvirkning
 - evaluering
 - revurdering
 - bruk av IPLOS
 - bruk av nye felles skjema og maler

3. OMSORGSTJENESTER

3.1 TJENESTER SOM INNGÅR I FORSØKET

Omsorgstjenester benevnes og organiseres ulikt i kommunene og kommunene har forskjellig praksis for hvordan tilbudene til ulike grupper av tjenestemottakere er organisert, integrert eller som særskilte enheter og hva tjenestene kalles. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Det er her valgt å kategorisere tjenestene innenfor ulike områder, delvis utfra organisering innenfor og utenfor institusjon, og delvis ut fra hvilke helse – og omsorgsfaglige behov som kommunen er forpliktet til å dekke etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Under hver av disse kategoriene er det satt opp en «tjenestemeny» med eksempler på ulike måter denne kategorien kan ytes på (unntatt for omsorgsstønad).

Dette innebærer at en konkret tjeneste vil kunne være et godt og hensiktsmessig alternativ under flere av kategoriene. F.eks. vil dagsenter kunne dekke et behov både i kategorien avlastning og kategorien dag – og aktivitetstilbud.

Videre vil flere av punktene under hver hovedkategori igjen kunne ytes på flere måter. Dette gjelder bl.a. støttekontakt som for eksempel kan gis som blant annet individuell støttekontakt, deltakelse i aktivitetsgruppe og individuelt tilbud i samarbeid med en frivillig organisasjon.

Tjenestemenyen er ikke uttømmende og benevnelser på tjenestene kan variere fra kommune til kommune. Dette skal gjennomgå for den enkelte kommune med spesifisering av en tjenestemeny ut i fra tilbud som finnes i den enkelte kommune.

Eldresenter, forebyggende hjemmebesøk og andre lavterskeltilbud defineres her som omsorgstjenester. Dette er åpne tjenester som det ikke fattes vedtak om. Saksbehandlere som tildeler tjenester i kommunene, skal i møte med den som søker om tjenester, vise til/anbefale disse lavterskeltilbudene hvis tilbudene ansees som relevante for søkeren.

Tabell 1: Tjenester som inngår i forsøket

Lavterskel - tilbud	Helsetjeneste i hjemmet, inkl. i omsorgsbolig	Institusjons tjenester (Sykehjem, barnebolig, rus/psykiatri)	Avlastning	Dag og aktivitets-tilbud	Personlig assistanse	Omsorgs-stønad
Eldresenter	Hjemme sykepleie	Tidsbegrenset opphold, inkludert rullerende korttid	Avlastning besøkshjem / weekend hjem	Dagsenter/ dagaktivitet stilbud for yngre personer	Praktisk bistand – daglige gjøremål	
Forebyggende hjemmebesøk	Fysioterapi i hjemmet	Tidsbegrenset opphold – behandling / utredning /observasjon	Avlastning dagsenter	Dagsenter for eldre	Praktisk bistand - opplæring	
Åpne tilbud innen rus og psykisk helse	Ergoterapi i hjemmet	Tidsbegrenset opphold – rehabilitering	Avlastning timer/døgn i hjemmet	Dagsenter for personer med demens	Praktisk bistand - BPA	
Annet	Trygghetsalarm	Langtidsopphold i institusjon	Avlastning institusjon / bolig	Ulike dag og aktivitets tilbud som gis i eget hjem	Støttekontakt	
	Habilitering / rehabilitering i hjemmet	Langtidsopphold i institusjon – forsterket sykehjemsplass	Avlastning timer utenfor hjemmet	Aktivitets tilbud på kveld og i helgene	Trygghets-alarm	
	Hverdags-rehabilitering i hjemmet	Langtidsopphold i institusjon – skjermet sykehjemsplass	Barnebolig	Støtte-kontakt	Habilitering / Rehabilitering	
	Innsatsteam	Annet	Avlastning Praktisk bistand	Annet	Hverdags rehabilitering	
	Annet		Trygghets-alarm		Innsatsteam	
			Støttekontakt		Annet	
			Annet			

3.2 TJENESTER DER DET ER UTARBEIDET TJENESTEKRITERIER

Tjenestekriteriene tar utgangspunkt i kommunens plikt til å sørge for nødvendige, forsvarlige og verdige tjenester til alle som oppholder seg i kommunen.

Tjenestekriteriene er delt inn i to hovedkategorier:

- Kriterier for tjenester til hjemmeboende
- Kriterier for institusjonstjenester

I kriteriene beskrives de enkelte tjenestene når det gjelder følgende forhold:

- Hva tjenesten består av/kan bestå av
- Lovregulering av tjenesten
- Hva som er formålet med tjenesten
- Hvem som er i målgruppen for tjenesten
- Relevante vurderingskriterier
- Om det kan kreves egenandel for tjenesten eller ikke

Tjenestetildelingen vil i stor grad basere seg på profesjonell og faglig skjønnsetøvelse og tjenestekriteriene er tenkt som en veiledning og hjelp i denne vurderingen. De skal bidra til at saksbehandler i samarbeid med tjenestemottaker skal kunne vurdere og tydeliggjøre hvilke tjenesteområder som vil være aktuelle og hvilke tiltak som vil være best egnet.

Eksempler:

- Har en bruker behov for hjelp til legemiddeloppfølging skal det alltid fattes vedtak om helsetjenester i hjemmet. Legemidler skal ikke inngå i et vedtak om praktisk bistand opplæring. Dette er viktig for å sikre riktig kompetanse både i vurdering og oppfølging.
- Trygghetsskapende tiltak (eks en alarm) kan gis som både helsehjelp i hjemmet og som praktisk bistand. Gis en slik alarm som et tiltak istedenfor et tilsyn for å følge opp en pasient med KOLS, er dette å betrakte som en helsetjeneste og det skal heller ikke tas betaling for dette. Gis en alarm som et generelt trygghetsskapende tiltak for å trygge både tjenestemottaker og ev. pårørende vil dette være et tiltak under praktisk bistand.

Tabell 1: Tjenester der det er utviklet kriterier til bruk i forsøksordningen.

Tjenester til hjemmeboende
Helsetjenester i hjemmet
Rehabilitering/habilitering utenfor institusjon
Personlig assistanse - Praktisk bistand daglige gjøremål
Personlig assistanse - Praktisk bistand opplæring
Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)
Støttekontakt
Dag/aktivitetstilbud
Omsorgsstønad
Avlastning

Institusjonstjenester
Tidsbegrenset opphold – avlastning
Tidsbegrenset opphold – rehabilitering
Tidsbegrenset opphold - annet
Langtidsopphold i institusjon – ordinær plass
Langtidsopphold i institusjon – skjermet/tilrettelagt plass
Langtidsopphold i institusjon – forsterket plass

4. KRITERIER FOR TJENESTER TIL HJEMMEBOENDE

4.1 HELSETJENESTER I HJEMMET

«Helsetjenester i hjemmet» er planlagte kommunale helsetjenester som ytes hjemme hos pasienten. Eksempler på slike helsetjenester er ulike former for hjemmesykepleie, utdeling av legemidler og psykisk helsearbeid.

Helsetjenester i hjemmet kan også omfatte trygghetsalarm og ulike velferdsteknologiske løsninger som gis som et alternativ til annen helsetjeneste, eks. som bidrar i behandling eller til trygghet i en spesiell helsemessig situasjon (eks. ved KOLS).

Helsetjenester i hjemmet	
Tjenestebeskrivelse:	Helsetjenester i hjemmet kan gis som ett eller flere enkelttiltak eller som heldøgntilbud. Eksempel på innhold i tjenesten: • Legemiddeladministrering og/eller oppfølging • Spesiell oppfølging av smertebehandling • Oppfølging av ernærings situasjon • Oppfølging av munnhelse • Behov for behandling, observasjon og oppfølging etter utskrivelse fra sykehus • Behov for støttesamtaler og andre tiltak som følge av ulike psykiske lidelser til ulike brukergrupper • Forebyggende og helsefremmende tiltak, habilitering og rehabiliteringsrettede tiltak • Tilrettelegging og opplæring knyttet til helserelaterte situasjoner. • Forebygge utagerende atferd • Legge til rette for lindrende behandling og omsorg for personer med kort forventet levetid og som ønsker å dø hjemme • Trygghetsalarm eller andre teknologiske løsninger der dette bidrar i behandling eller til trygghet i en spesiell helsemessig situasjon (eks. ved KOLS)
Lovverk:	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a.

Formål:	Formålet med tjenesten er å gi hjelp til akutt eller kronisk syke som har behov for helsehjelp i hjemmet. Tjenesten tildeles ut fra en helse- og omsorgsfaglig vurdering av behov.
Målgruppe:	Hjemmeboende som er avhengig av hjelp i eget hjem for å få dekket grunnleggende helse- og omsorgsbehov, og som ikke selv kan oppsøke helsehjelp på grunn av sykdom eller funksjonsnedsettelse, eller som av andre grunner har behov for at helsetjenester ytes i hjemmet for at tilbudet skal være verdig og forsvarlig. Helsetjenester i hjemmet tildeles til personer i alle aldre.
Kriterier/vurdering:	Det er pasientens medisinske tilstand og situasjon for øvrig, herunder i hvilket omfang og med hvilken hyppighet personen har behov for f.eks. sykepleie, som er avgjørende for ○ hvilken hjelp pasienten har rett til ○ hvilken kompetanse den som skal yte hjelpen må ha ○ omfanget på tjenesten ○ hvor lenge tjenesten skal ytes Kartlegging av pasientens behov med IPLOS vurdering skal gjennomføres. Medisinske opplysninger fra fastlege skal innhentes.
Egenandel:	Det tas ingen egenandel for denne tjenesten

4.2 HABILITERING OG REHABILITERING UTENFOR INSTITUSJON

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

Kjennetegn ved habilitering og rehabilitering er målrettede og planlagte tiltak, gjerne av kortere varighet, og kontinuerlig evaluering og justering av tiltak. Tiltakene skal være nedfelt i individuell plan eller i rehabiliteringsplan med definert planprosess.

Det understrekes at for f.eks. personer med utviklingshemming, kan habilitering være en pågående prosess gjennom store deler av livet.

Rehabilitering og habilitering utenfor institusjon	
Tjenestebeskrivelse:	Habiliterings- og rehabiliteringsløp vil som regel bestå av mange ulike enkelttjenester/-tiltak, for eksempel helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand/opplæring. Habilitering og rehabilitering kan organiseres på ulike måter, f.eks.: • Tverrfaglige team ev. i kombinasjon med hjemmetjenester • Ambulerende team • Innsatsteam • Hverdagsrehabilitering • Treningstiltak i hjem, skole, arbeidsplass i kombinasjon med gruppetilbud ved frisklivssentraler og/eller dagsentra • Lærings – og mestringstilbud
Lovverk:	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2 første ledd nr. 5. Som nevnt over er et habiliterings-/rehabiliteringsopplegg gjerne sammensatt av flere ulike behandlings-, opplærings- og støttetilbud.
Formål:	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, men er i hovedsak et tiltak som retter seg 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.

	Ytes til alle som har behov for habilitering/rehabilitering grunnet medfødt eller ervervet funksjonshemming eller kronisk sykdom, for eksempel: • Den som står i fare for å utvikle varig funksjonshemming eller kronisk sykdom. • Den som har vanskeligheter med å opprettholde og mestre hverdagsaktiviteter i eget hjem og i andre omgivelser som er viktige for dem.
Målgruppe:	Rehabilitering og habilitering kan gjelde for alle målgrupper og alle aldersgrupper og skal kunne dekke både sosiale, psykososiale og medisinske behov. Det kan gjelde for personer med mindre omfattende behov, med middels omfattende behov eller med omfattende behov for tjenester
Kriterier/vurdering:	• Det må foreligge potensiale for rehabilitering/habilitering og søker må være motivert for dette. • Det skal foreligge en klar målsetting med tiltaket der det fremgår at dette er søkers målsetting. • Behovet/tiltaket krever ikke opphold i institusjon. Tverrfaglig tilnærming legges til grunn i vurderingen. Nødvendig undersøkelse og utredning skal ligge til grunn, og ved behov skal det henvises til spesialisthelsetjenesten før habilitering/rehabilitering settes i gang. Kartlegging av behov med IPLOS-vurdering skal gjennomføres. Medisinske opplysninger fra fastlege/spesialist skal innhentes.
Egenandel:	Det kan kreves egenandel for praktisk bistand, der dette inngår i et habilitering/rehabiliteringsopplegg, men ikke for andre tjenester/tiltak utenfor institusjon.

4.3 PERSONLIG ASSISTANSE

Personlig assistanse er hjelp til og opplæring i alle dagliglivets gjøremål i og utenfor hjemmet, til en meningsfull fritid og til samvær med andre. Tjenesten tilbys gjerne som ulike hjemmehjelpstjenester, støttekontakt, boveiledning eller brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Den kan også tilbys i form av deltakelse i aktivitetsgrupper og/eller individuelt tilrettelagt tilbud i samarbeid med frivillige organisasjoner. Personlig assistanse inngår ofte i hverdagsrehabilitering sammen med ulike helsetjenester.

Tjenesten er aktuell for barn, unge og voksne med psykiske problemer, yngre og eldre med funksjonsnedsettelse, innvandrere som har problemer med å mestre dagliglivets gjøremål fordi de er ukjente med det norske samfunnet, familier med sammensatte problemer, personer med rusmiddelavhengighet, personer som skrives ut fra fengsel med mer.

Tilbudet kan også vurderes om et avlastende tiltak for pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver, f.eks. hvis de har behov for følge av mindreårige barn til barnehage, skole, SFO, lege eller helsestasjon. I så fall skal det tildeles som avlastning og være gratis for brukeren/familien.

Det er sentralt at tjenesten ytes med stor grad av brukermedvirkning og brukerstyring. Den skal baseres på en individuell og helhetlig vurdering av brukers behov. Trygghetsalarm kan være personlig assistanse der det f.eks. skal bidra til økt trygghet i hjemmesituasjonen og forebygge behov for andre tjenester. Dagsenter kan etter omstendighetene også være en måte å yte personlig assistanse på.

4.3.1 Praktisk bistand - daglige gjøremål

Praktisk bistand – daglige gjøremål	
Tjenestebeskrivelse:	Omfatter bistand til dagliglivets praktiske gjøremål, egenomsorg og personlig stell, for eksempel: • Hjelp til rengjøring • Sengetøyskift • Hjelp til å skrive handleliste eller til bestilling av varer • Matombringing • Hjelp til matlagning • Hjelp i spisesituasjonen • Hjelp til personlig stell: påkledning, dusj mm. • Annen nødvendig bistand, f.eks. fjerning av snø fra inngangsparti el. • Trygghetsalarm • Hjelp til koordinering av sysselsettingstiltak • Tilrettelegging av sysselsettingstiltak og dagtilbud • Bistand til økonomistyring • Bistand til opprettelse av ansvarsgruppe

	• Bistand til utarbeidelse av individuell plan
Loverk:	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b.
Formål:	Formålet med tjenesten er å bidra til at den enkelte kan bo i eget hjem lengst mulig, mestre dagliglivet og andre nødvendige oppgaver og/eller forebygge behovet for andre tjenester.
Målgruppe:	Personer som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller andre årsaker.
Kriterier/vurdering:	Tilbudet vurderes hvis personen har sviktende egenomsorg, som for eksempel: • Problemer med å ivareta personlig hygiene, ernæring mv. • Problemer med å ivareta daglige rengjøringsoppgaver i hjemmet. • Problemer med å mestre matlaging/innkjøp av mat eller inntak av mat • Problemer med å komme seg til lege, tannlege og lignende • Problemer med å opprettholde sosial kontakt • Behov for tilsyn og/eller veiledning for å mestre det å bo i eget hjem. Kartlegging av brukers behov med IPLOS vurdering skal gjennomføres. Medisinske opplysninger fra fastlege innhentes ut fra behov.
Egenandel	Det tas egenandel for praktisk bistand, men ikke for personrettet bistand (også kalt personlig stell).

4.3.2 Praktisk bistand - opplæring

Praktisk bistand– opplæring	
Tjenestebeskrivelse:	Opplæring i husarbeid og matstell, personlig hygiene, påkledning, opplæring i forbindelse med måltider og boveiledning. Kan også omfatte opplæring i bruk av trygghetsalarm, ulike velferdsteknologiske løsninger, hverdagsrehabilitering. Eksempler: • Hjelp og opplæring i ADL ferdigheter • Opplæring i å ivareta egen helse • Opplæring knyttet deltakelse i ulike typer aktiviteter • Trening og opplæring i sosiale ferdigheter • Opplæring i andre nødvendige aktiviteter •
Lovverk:	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b.
Formål:	Formålet med tjenesten er å gjøre den enkelte mest mulig selvstendig i dagliglivet.
Målgruppe:	Personer som kan mestrer mye selv, men har behov for tjenester i form av opplæring og/eller veiledning i dagliglivets gjøremål. Til personer med behov for å forebygge atferd som får negative konsekvenser for dem selv.
Kriterier/vurdering:	• Kan innvilges til personer som er avhengig av opplæring for å få økt mestring av dagliglivets gjøremål som personlig hygiene, toalettbesøk, av- og påkledning, tilbereding av måltid, innkjøp av klær, følge til lege, tannlege osv. Nødvendig tilsyn og tilsvarende grunnleggende behov. • Ved fri fra arbeid, dagtilbud eller manglede tilbud på dagtid kan tjenesten også innvilges til personer som har behov for oppfølging for å unngå negativ utvikling. Dette i form av selvskading, isolering eller atferd som er til irritasjon, til sjenanse eller som oppleves krenkende. Kartlegging av brukers behov med IPLOS vurdering skal gjennomføres. Medisinske opplysninger fra fastlege innhentes ved behov
Egenandel:	Det tas egenandel for praktisk bistand, men ikke for personrettet bistand (også kalt personlig stell).

4.3.3 Støttekontakt

Støttekontakt er et tilbud til personer som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer. Støttekontaktens viktigste oppgave er som regel å hjelpe den enkelte til en meningsfull fritid.

Støttekontakt	
Tjenestebeskrivelse:	En støttekontakt hjelper en annen person til en mer meningsfylt fritid gjennom sosialt samvær og ulike aktiviteter. Støttekontakt kan f.eks. gis som: • Individuell støttekontakt • Deltakelse i en aktivitetsgruppe • Et individuelt tilbud i samarbeid med en frivillig organisasjon
Lovverk:	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b.
Formål:	Tjenesten skal bidra til å øke brukerens opplevelse av livskvalitet gjennom sosial kontakt og samvær med andre. Det å ha en støttekontakt skal gi en mer meningsfull fritid, og det kan gi personen noe å se fram til, og noe å støtte seg til ved deltakelse i aktiviteter utenfor hjemmet. Støttekontakten hjelper ham/henne til å bli mer trygg på seg selv, kunne takle ulike livssituasjoner bedre og å omgås andre mennesker i større grad.
Målgruppe:	Personer som har vanskelig for å komme seg ut på egenhånd, og/eller trenger hjelp og støtte for å mestre forskjellige fritidsaktiviteter, og deltagelse i sosiale fellesskap.
Kriterier/vurdering:	Tilbudet vurderes til personer som har: • Behov for bistand til sosial kontakt på grunnlag av fysisk/psykisk funksjonsnedsettelse, sosiale problemer eller rusmisbruk • Behov for sosial trening • Behov for å ivareta interesser og ferdigheter som en del av den totale livskvaliteten Kartlegging av brukers behov med IPLOS vurdering skal gjennomføres. Medisinske opplysninger fra fastlege innhentes ved behov.
Egenandel:	Det kan ikke kreves egenbetaling for støttekontakt.

4.3.4 Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en alternativ måte å organisere tjenesten personlig assistanse på (omfatter praktisk og personlig bistand, opplæring og støttekontakt) på 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 funksjonsnedsettelse, kan arbeidslederrollen ivaretas av noen som kjenner tjenestemottaker godt, og som da kalles en medarbeidsleder. Medarbeidslederen ivaretar i slike tilfeller brukerstyringen/arbeidsledelsen sammen med eller på vegne av tjenestemottakeren.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 d har personer 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. Personer som ikke kan ivareta arbeidsledelsen selv er også omfattet av rettighetsbestemmelsen.

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.

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)	
Tjenestebeskrivelse:	BPA er en alternativ organisering av bl.a. personlig assistanse etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b.
Lovverk:	Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 a andre ledd og 2-1 bokstav d, samt helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1, 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b og c og 3-8.
Formål:	Å bidra til at personer med bistanndsbehov får et aktivt og mest mulig uavhengig liv til tross for funksjonsnedsettelsen. Brukerstyringen som ligger i arbeidslederrollen er et virkemiddel for å legge til rette for større fleksibilitet og en selvstendig tilværelse.
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/vurdering:	Det vises til rundskriv om rettighetsfestingen av BPA.

	Kartlegging av brukers behov med IPLOS vurdering skal gjennomføres. Medisinske opplysninger fra fastlege innhentes ved behov.
Egenbetaling	Det tas egenandel for den delen av tjenesten som omhandler praktisk bistand.

4.4 DAG- OG AKTIVITETSTILBUD

Aktivitet og trivsel er sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. For de fleste innebærer dette en mulighet for aktivitet på dagtid. Tilbud om ulike former for dagaktiviteter er derfor også en del av det kommunale omsorgstjenestetilbudet.

Dag- og aktivitetstilbud	
Tjenestebeskrivelse:	Dag – og aktivitetstilbud vil være tilbud til ulike målgrupper primært over 18 år, men kan også være aktuelt for yngre som ikke har annen dagaktivitet. Tilbudene kan være: • Dagsenter for personer med nedsatt funksjonsevne • Dagsenter for eldre • Aktivitetstilbud for personer med funksjonsnedsettelse eller sykdom • Dagsenter for demente og «inn på tunet» - tilbud • Ulike dag og aktivitetstilbud som gis i eget hjem • Aktivitetstilbud kan også gis på kveld og i helgene
Lovverk:	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1.
Formål:	• Dag- og aktivitetstilbud er en viktig arena for trening og rehabilitering, trivsel, mestring og deltaking, kunst og kultur. • Tjenesten sitt hovedmål er å bidra til at brukerne kan bo lengst mulig i eget hjem. Det kan videre være til hjelp i egenmestring, sosial støtte, aktivisering og opplæring i dagliglivets gjøremål. • Dag- og aktivitetstilbud kan bidra til å trygge hverdagen for brukere samt avlaste pårørende. • Dag- og aktivitetstilbud gis for å unngå isolasjon, bygge nettverk, sosial trening og helsefremmende tiltak.
Målgruppe:	Dag- og aktivitetstilbud ytes til personer som på grunn av sykdom, alder eller funksjonsnedsettelse har behov for tilrettelagt tilbud om aktivitet for formål som beskrevet over.
Kriterier/vurdering:	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 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 • å være et ledd et rehabiliteringsopplegg • bidra til mestring av eget liv Det må foreligge medisinsk begrunnet behov for rehabilitering for tildeling av plass for rehabilitering. Det må foreligge dokumentert diagnose om demens eller grad av forvirring/hukommelsestap ved tildeling av skjermet dag- og aktivitetstilbud. Kartlegging av brukers behov med IPLOS vurdering skal gjennomføres Medisinske opplysninger fra fastlege innhentes ut fra vurdert behov.
Egenandel:	Om det kan kreves egenandel vil variere ut fra hvilket behov tilbudet skal dekke.

4.5 OMSORGSSTØNAD

Av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 følger at kommunen skal ha et tilbud om omsorgsstønad til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid og utfører oppgaver som ellers måtte vært utført av kommunen. Kommunen står imidlertid fritt til å vurdere og beslutte om et konkret helse- og omsorgsbehov skal dekkes i form av ordinære tjenester til den pleie- og omsorgstrengende, eller om det skal gis omsorgsstønad til nærstående som ønsker å påta seg omsorgsoppgaven. Den enkelte har ingen rett til at omsorgsbehovet dekkes i form av omsorgsstønad.

Omsorgsstønad	
Tjenestebeskrivelse:	Omsorgsstønad skal gi en viss økonomisk kompensasjon til private som utfører særlig tyngende omsorgsarbeid som ellers ville være kommunens ansvar. Kommunen avgjør om du får omsorgsstønad eller om tjenestebehovet skal dekkes på annen måte. Kommunen avgjør også hvilket nivå lønnen skal ligge på.
Lovverk:	Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 Se også pasient- og brukerrettighetsloven § 2-8 om tiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver
Formål:	Omsorgsstønad er kommunal godtgjøring til pårørende eller frivillige omsorgsytere med omsorg for personer som har et stort omsorgsbehov på grunn av alder, funksjonshemming eller sykdom. Ordningen gjelder både gifte og andre frivillige omsorgsytere og foreldre som har omsorgsplikt for sine mindreårige barn. Det er ingen øvre aldersgrense for å motta omsorgsstønad.
Målgruppe:	Omsorgsstønad kan gis til personer over 18 år. Omsorgsyter må ha et særlig tyngende omsorgsarbeid.
Kriterier/vurdering:	Momenter som tas i betraktning er: • Antall timer pr mnd. det ytes omsorgsarbeid • Om omsorgsarbeidet er fysisk eller psykisk belastende • Om omsorgsarbeidet innebærer mye nattarbeid eller avbrudd i nattesøvnen • Om omsorgsarbeidet fører til sosial isolasjon og mangel på fritid Vurdering av omsorgsmottaker: • Kartlegging av brukers behov med IPLOS vurdering skal gjennomføres. • Medisinske opplysninger fra fastlege bør vurderes innhentet. Det er en forutsetning at omsorgen som ytes ellers ville ha vært omfattet av kommunens plikt til å sørge for helse- og omsorgstjenester til den enkelte. Det er videre en forutsetning at

	denne måten å løse det aktuelle omsorgsbehovet på vurderes som forsvarlig.
Egenandel:	Uaktuelt

4.6 AVLASTNING

Kommunen skal ha avlastningstilbud til personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid. Avlastning kan gis ut fra ulike behov og organiseres på ulik måte. Tjenesten kan tilbys i eller utenfor hjemmet, i eller utenfor institusjon og skal omfatte et forsvarlig tjenestetilbud for personen som har omsorgsbehovet.

Avlastningstiltak skal hindre overbelastning, gi omsorgsyter nødvendig fritid og ferie og mulighet til å delta i vanlige samfunnsaktiviteter. Det er viktig at det organiseres forskjellige avlastningsformer fordi behovene er svært ulike. Det har stor betydning at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov og at det gir trygghet og kontinuitet.

Avlastning	
Tjenestebeskrivelse:	Avlastningstjenester innebærer alle typer avlastning, i hjemmet, på institusjon, på dagsenter m.m. Alle typer helse- og omsorgstjenester kan tildeles som avlastning til alle aldersgrupper med hjelpebehov. Avlastningen skal gi deg rom for normal fritid, mulighet for å reise på ferier og tid til å bevare ditt sosiale nettverk. • Avlastning i form av besøkshjem/weekendhjem • Avlastning i form av dagsenter • Avlastning i form av døgn i hjemmet • Avlastning i form av døgn, aktivitetsbasert • Avlastning institusjon/bolig • Avlastning timer i hjemmet • Avlastning timer utenfor hjemmet, eks støttekontakt • Avlastning praktisk bistand husholdning
Lovverk:	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2 første ledd nr. 6 bokstav d. Se også pasient- og brukerrettighetsloven § 2-8 om tiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver
Formål:	Formålet er at omsorgsyter skal få avlastning fra tyngende omsorgsarbeid.

Målgruppe:	Avlastning gis til omsorgsyter som til daglig gir omfattende omsorg til en person med stort omsorgsbehov.
Kriterier/vurdering:	Tilbudet vurderes ut fra: • Det skal være et særlig tyngende omsorgsarbeid. • Hvor mange timer omsorgsarbeidet er beregnet til pr mnd. • Om omsorgsarbeidet er mer fysisk eller psykisk belastende enn vanlig • Om omsorgsarbeidet innebærer mye nattarbeid eller avbrudd i nattesøvn Kartlegging av brukers behov med IPLOS vurdering skal gjennomføres. Medisinske opplysninger fra fastlege skal innhentes ved behov.
Egenandel:	Det kreves ikke egenbetaling for avlastningstiltak.

5. KRITERIER FOR INSTITUSJONSTJENESTER

5.1 OM INSTITUSJONSTJENESTER

Med institusjon menes blant annet sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, aldershjem, barnebolig, avlastningsbolig, kommunal rusinstitusjon og døgnplasser for øyeblikkelig hjelp etter helse og omsorgstjenesteloven § 3-5. Lovteksten er ikke begrenset til disse institusjonstypene. En videreutvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan innebære at kommuner bygger opp andre institusjoner.

Omsorgsboliger og andre tilpassede boliger som bofellesskap, trygdeboliger eller lignende er ikke institusjoner. Beboere i slike boliger betaler leie og bor i sine egne hjem. De har krav på å få dekket sine hjelpebehov ved individuelle vedtak om helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse mv.

I dette forsøket er det laget kriterier for ulike korttidsopphold og langtidsopphold i institusjon og kan gjelde plass i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester eller annen institusjon.

Den 13. juni 2016 vedtok Stortinget lovendringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven om rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister. Grunnlaget for lovvedtaket er Prop. 99 L (2015-2016) og Innst. 372 L (201-2016).

Forskrift som gjelder for kommuner i forsøket er lagt inn i under kap. 5.3.1.

5.2 INSTITUSJONSTJENESTER - KORTTIDSOPPHOLD

5.2.1 Tidsbegrenset opphold – avlastning

Tidsbegrenset opphold - avlastning	
Tjenestebeskrivelse:	Tidsbegrenset opphold i institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester der formålet er å avlaste personen/personene (pårørende eller andre) som til daglig utfører omsorgsarbeidet.

Lovverk:	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav d.
Formål:	Den daglige omsorgsyter skal få avlastning fra sine daglige omsorgsoppgaver.
Målgruppe:	Avlastning gis til omsorgsyter som til daglig gir omfattende omsorg til en person med stort omsorgsbehov.
Kriterier/vurdering:	Følgende vurderes: • Om det er særlig tyngende omsorgsoppgaver for omsorgsyter • Om det er forsvarlig med avlastningstiltak i eget hjem • Om søker selv ønsker korttidsopphold i institusjon • Samtykkekompetanse skal vurderes Kartlegging av behov med IPLOS vurdering skal gjennomføres Medisinske opplysninger fra fastlege skal innhentes
Egenandel:	Det tas ikke egenandel for avlastningsopphold

5.2.2 Tidsbegrenset opphold i institusjon - rehabilitering

Tidsbegrenset opphold i institusjon - rehabilitering	
Tjenestebeskrivelse:	Tidsbegrenset opphold i institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester med særskilt tilrettelagte rehabiliteringstjenester.
Lovverk:	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c.
Formål:	Rehabilitering er en tidsavgrenset tjeneste som ytes for å kunne gi assistanse/ bistand til den enkeltes egen innsats for å oppnå best mulig funksjon og mestringsevne, likeverd og deltakelse sosialt og i samfunnet. • Ytes til alle som har behov for rehabilitering grunnet medfødt eller ervervet funksjonshemming eller kronisk sykdom. • Den som står i fare for å utvikle varig funksjonshemming eller kronisk sykdom. • Den som har vanskeligheter med å opprettholde og mestre hverdagsaktiviteter i eget hjem og i andre omgivelser som er viktige for dem.
Målgruppe:	Rehabilitering i institusjon kan være et tilbud til • Personer der rehabilitering utenfor institusjon ikke er nok eller som et tilbud i en lengre rehabiliteringsprosess. • Personer som har behov for tverrfaglige, koordinerte tjenester for å forbedre eller vedlikeholde sitt funksjonsnivå og opplevelsen av selvstendighet og mestring. • Personer som av helsemessige årsaker, boforhold, utrygghet, risiko for fall og lignende ikke kan gis nødvendig oppfølging og trening i eget hjem.
Kriterier/vurdering:	Følgende vurderes: • Om personen selv er motivert for rehabilitering • Om tilrettelegging i hjemmet, eller rehabilitering på andre arenaer vurderes som uten nytte, vanskelig eller uønsket. • Om det er dokumentert potensiale for rehabilitering av samarbeidspartnere i og utenfor kommunen, eksempelvis spesialisthelsetjenesten, fastlege og andre faggrupper i kommune • Om det er et rehabiliteringsbehov som fortrinnsvis ikke krever opphold i rehabiliteringssenter på 2 eller 3 linje nivå.

	• Samtykkekompetanse skal vurderes Kartlegging av behov med IPLOS vurdering skal gjennomføres. Tverrfaglig vurdering skal legges til grunn. Medisinske opplysninger fra fastlege og/eller spesialisthelsetjenesten skal innhentes
Egenandel:	Det tas egenandel for korttids – og rehabiliteringsopphold

5.2.3 Tidsbegrenset opphold – annet korttidsopphold

Tidsbegrenset opphold – annet korttidsopphold	
Tjenestebeskrivelse:	Tidsbegrenset opphold i institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester med særskilt tilrettelagte helsetjenester kan gjelde: • Behandling og utredning • Tilbud om lindrende behandling ved livets slutt • Annet
Loverk:	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c.
Formål:	Tidsbegrenset opphold i institusjon er tjenester til personer som for en kortere periode har omfattende behov for helse- og omsorgstjenester eller for utredning og vurdering.
Målgruppe:	Korttidsopphold i institusjon kan være et tilbud til: • Personer som i en overgangsperiode trenger medisinsk behandling, omsorg ved sykdom, utredning og observasjon, samt etterbehandling/oppfølging etter sykehusopphold. • Personer med behov for lindrende behandling ved livets slutt og der tjenester ikke kan, eller familien ikke ønsker at disse skal gis i hjemmet. • Personer som har andre omfattende behov for helse – og omsorgstjenester og der heldøgns tidsbegrenset opphold i institusjon vil være best egnet. • Personer med kjent demensdiagnose der det er behov for observasjon og vurdering av bistandsbehov
Kriterier/vurdering:	Annet korttidsopphold kan gjelde: • Utskrivningsklare pasienter fra sykehus • Hjemmeboende personer med forverret helsetilstand ○ henvendelse fra pasienten selv og/eller pårørende ○ henvendelse med opplysninger fra fastlege, hjemmetjenesten, andre • Der det er nødvendig med døgntilstand for observasjon, oppfølging og behandling av en kortere eller forbigående karakter. • Der det er behov for palliativ helse- og omsorg.

	Søker må selv ønske korttidsopphold i institusjon. Samtykkekompetanse vurderes. Kartlegging av behov med IPLOS vurdering skal gjennomføres. Medisinske opplysninger fra sykehus og/eller fastlege skal innhentes.
Egenandel:	Det tas egenandel for korttids – og rehabiliteringsopphold

5.3 INSTITUSJONSTJENESTER - LANGTIDSOPPHOLD

5.3.1 Kommunal forskrift om kriterier for langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig for kommunene i forsøket

I henhold til brev av 10.11.2016 fra Helse- og omsorgsdepartementet fikk Helsedirektoratet i oppdrag å utvikle forskrift som fastsetter kriterier for tildeling av langtidsopphold for de fire kommunene som inngår i forsøk med statlig finansierings modell A i tråd med ny § 3-2 a i helse- og omsorgstjenesteloven. Helsedirektoratet samarbeidet med kommuner i modell A om utarbeiding av forskriften. Denne forskriften vil gjelde for alle kommuner som deltar i forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene.

Forskriften skal ivareta innbyggernes behov for nødvendige helse- og omsorgstjenester i form av opphold på sykehjem, eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester og gi innbyggerne forutsigbarhet ved tildelingen av langtidsopphold.

Forskriften som gjelder for kommuner i forsøket er gjengitt her. I tillegg er Notat om kommunal forskrift lagt som vedlegg til dette dokumentet.

Følgende forskrift gjelder for kommunene i forsøket:

Kommunal forskrift om kriterier for langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester for kommune

Kommunal forskrift om langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester for kommune er gitt med hjemmel i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24. juni 2011 nr. 30 § 3-2 a annet ledd. Forskriften er gitt av kommunestyre i vedtak av xx.xx.xxxx, og kunngjort i Norsk Lovtidend den xx.xx.xxxx.

Kapittel 1 Formål og virkeområde

§ 1-1 Formål

Forskriften skal ivareta innbyggernes behov for nødvendige helse- og omsorgstjenester i form av opphold på sykehjem, eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester og gi innbyggerne forutsigbarhet ved tildelingen av langtidsopphold.

§ 1-2 Virkeområde

Forskriften gjelder personer som søker eller har behov for langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester i kommune, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 e, 2-1 a annet ledd, og helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c) og 3-2 a første ledd.

§ 1-3 Definisjoner:

I forskriften her menes med:

a) tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester: Bolig utformet for yting av samme type helse- og omsorgstjenester som gis på sykehjem, der tjenestemottaker får heldøgns helse- og omsorgstjenester med tilsyn og tilkallingstid likt som for sykehjem. Tilsyn skal tilbys hele døgnet og personell skal ha base i eller i umiddelbar nærhet av boligene. Boligene skal ha ordninger for legetilsyn, enten ved fastlege eller tilsynslege. Responstiden skal være kort og ivareta beboernes behov for trygghet. Tjenestene skal som utgangspunkt ytes umiddelbart.

b) langtidsopphold: Opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester på ubestemt tid.

c) yngre personer: Personer under 67 år.

Kapittel 2 Tildelingskriterier

§ 2-1 Generelle tildelingskriterier

Personer som ikke på et forsvarlig nivå får dekket sitt daglige behov for helsetjenester, pleie og omsorg i eget hjem skal innvilges langtidsopphold.

Videre skal det innvilges langtidsopphold til personer som er varig ute av stand til å ta vare på seg selv og som ikke mestrer dagliglivets gjøremål, grunnet mentalt og/eller fysisk funksjonstap og /eller alvorlig sykdom.

Personer som fyller kriteriene for langtidsopphold i andre ledd, men som forsvarlig kan ivaretas i eget hjem inntil slik plass tilbys, kan settes på venteliste i påvente av ledig plass i kommunens helse- og omsorgstjeneste eller kjøp av egnet tilbud fra annen leverandør.

Langtidsopphold skal fortrinnsvis være et tilbud til eldre. For yngre personer skal det søkes å etablere et alternativt tilbud i eget hjem (eksempelvis omsorgsbolig, bofelleskap eller lignende).

Personer med diagnosen demens skal fortrinnsvis gis tilbud om skjermet/tilrettelagt langtidsopphold.

§ 2-2 Vurdering av behovet for langtidsopphold

Før tildeling av langtidsopphold, eller plass på venteliste skal det innhentes:

1. opplysninger fra bruker og fra pårørende/verge,
2. dokumentert vurdering inkludert oppdatert IPLOS registrering, fra aktuelle tjenester dersom søker mottar andre helse og omsorgstjenester
3. medisinske opplysninger fra fastlege eller fra spesialisthelsetjenesten

Før tildeling skal andre relevante tiltak som tidsbegrenset opphold i institusjon, dagtilbud, utvidet hjemmetjenester og bedre tilrettelegging i hjemmet være utprøvd og/eller vurdert i tråd med

prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå (LEON). Mistanke om svikt i egenomsorg på grunn av demens, skal være utredet før langtidsopphold tilbys.

§ 2-3 Samboergaranti

Personer som fyller kriteriene, og har ektefelle/samboer som mottar langtidsopphold skal gis opphold på samme sted.

Hvis begge ønsker det, bør ektefelle/samboer som ikke fyller kriteriene, tilbys å kunne bo sammen med person med langtidsopphold. Ektefelle/samboers behov for helse- og omsorgstjenester må vurderes på vanlig måte.

Kapittel 3 Vedtak og venteliste

§ 3-1 Venteliste

Kommunen skal ha en venteliste som oppdateres kontinuerlig med oversikt over søkere som er vurdert til å være best tjent med langtidsopphold, men som i påvente av plass kan ivaretas forsvarlig i eget hjem.

Informasjon om ventelistene skal inngå i kommunens styringssystem for å sikre riktig dimensjonering av kommunens helse- og omsorgstjeneste.

§ 3-2 Vedtak

Personer som blir vurdert å være best tjent med langtidsopphold, men som kan ivaretas forsvarlig i eget hjem inntil slik plass kan tilbys, skal få vedtak om at de står på venteliste for langtidsopphold. Av vedtaket skal det fremgå at det er klagerett etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. Videre skal vedtaket fylle de krav som stilles i forvaltningsloven kapittel V.

Personer som har fått vedtak om å settes på ventelisten skal på vanlig måte tildeles nødvendige helse- og omsorgstjenester i ventetiden.

§ 3-3 Prioritering av personer på ventelisten

Personer som står på listen og som ikke lengre forsvarlig kan ivaretas i hjemmet skal umiddelbart gis langtidsopphold.

Ved ledig kapasitet skal personen som etter en helse- og sosialfaglig vurdering har størst behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester prioriteres først. I vurderingen bør det legges særskilt vekt på om personen har behov for omsorg ved livets slutt, kognitiv svikt eller andre særskilte behov som tilsier at behovet for langtidsopphold er større enn andre på listen. Det skal legges stor vekt på pasienten eller brukerens ønsker.

Videre kan det i prioriteringsvurderingen blant annet legges vekt på:

- pasienten eller brukerens fysiske og psykiske funksjonsnivå og hjelpebehov

- medisinske vurderinger og diagnoser
- ernæringsstatus
- prognoser for hjelpebehov og funksjonsnivå
- vurdering av rehabiliteringspotensialet
- kommunens øvrige tjenestetilbud, herunder hjemmetjenester, velferdsteknologi og andre tilretteleggingsmuligheter i eget hjem
- pasienten eller brukerens hjemmesituasjon, herunder pårørendes situasjon
- pasientens ektefelle eller samboer mottar langtidsopphold

§ 3-4 Ventelistegaranti

Personer som er satt på venteliste skal få tilbud om langtidsopphold innen 3 måneder.

Ved fristbrudd, skal pasient/bruker gis mulighet til å velge mellom tilgjengelig plass hos andre tilbydere eller fortsatt vente på langtidsopphold i kommunen.

Kapittel 4 Ikrafttredelse

§ 4-1 Ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft fra

5.3.2 Langtidsplass i institusjon – ordinær sykehjemsplass

Ordinær sykehjemsplass	
Tjenestebeskrivelse:	Langtidsplass i institusjon er et varig botilbud for personer med heldøgns helse- og omsorgsbehov. Gjelder plass i sykehjem. Kan også gjelde plass i aldershjem.
Lovverk:	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c.
Formål:	• Å ivareta personens grunnleggende behov, med respekt for det enkelte menneskes egenverd og livsførsel • Å gi et samordnet helse-, helse- og omsorgstilbud hvor den enkelte føler trygghet og som ivaretar medvirkning, livskvalitet og rettssikkerhet • Å bidra til en aktiv og meningsfylt hverdag for beboerne.

Målgruppe:	Personer som er varig ute av stand til å ta vare på seg selv og som ikke lenger mestrer dagliglivets gjøremål på grunn av mentalt eller fysisk funksjonstap. Personer som ikke på et forsvarlig nivå får dekket sitt daglige behov for helsetjenester, pleie og omsorg i eget hjem.
Kriterier/vurdering:	Langtidsopphold i institusjon skal fortrinnsvis være et tilbud til eldre. For yngre personer skal det søkes å etablere et alternativt tilbud i eget hjem (eksempelvis omsorgsbolig, bofelleskap eller lignende). Andre relevante tiltak som f.eks tidsbegrenset opphold i institusjon, dagtilbud, utvidet hjemmetjenester og bedre tilrettelegging i hjemmet skal på forhånd være utprøvd og/eller vurdert (LEON) Mistanke om svikt i egenomsorg på grunn av demens, skal være utredet før langtids plass i sykehjem tilbys. Personer med diagnosen demens skal fortrinnsvis gis tilbud i skjermet/tilrettelagt sykehjemsplass. Det skal innhentes opplysninger fra bruker og fra pårørende/verge etter samtykke. Det må foreligge en dokumentert vurdering inkludert oppdatert IPLOS registrering, fra de aktuelle tjenester dersom søker mottar andre helse og omsorgstjenester. Medisinske opplysninger fra fastlege eller fra spesialisthelsetjenesten innhentes.
Egenandel:	Det beregnes vederlag for fast plass i sykehjem

5.3.3 Langtidsplass i institusjon – skjermet/tilrettelagt plass

Skjermet/ tilrettelagt institusjonsplass	
Tjenestebeskrivelse:	Skjermet/tilrettelagt institusjonsplass er et varig botilbud for personer med kognitiv svikt og personer med demens og som har behov for heldøgns helse- og omsorg. Kan gjelde plass i sykehjem eller annen institusjon.
Lovverk:	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a, annet ledd, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, bokstav c.
Formål:	• Å ivareta brukernes grunnleggende behov, med respekt for det enkelte menneskes egenverd og livsførsel • Å gi et samordnet helse-, helse- og omsorgstilbud hvor den enkelte føler trygghet og som ivaretar medvirkning, livskvalitet og rettssikkerhet • Å bidra til en aktiv og meningsfylt hverdag for beboerne.
Målgruppe:	Personer som er varig ute av stand til å ta vare på seg selv og som ikke lenger mestrer dagliglivets gjøremål på grunn av kognitiv svikt (f.eks. personer med demens). Personer som ikke på et forsvarlig nivå får dekket sitt daglige behov for helsetjenester, pleie og omsorg i eget hjem.
Kriterier/vurdering:	Skjermet institusjonsplass skal fortrinnsvis være et tilbud til eldre. For yngre personer skal det søkes å etablere et alternativt tilbud i eget hjem (eksempelvis omsorgsbolig, bofelleskap eller lignende). Andre relevante tiltak som t.d. tidsbegrenset opphold i institusjon, dagtilbud, utvidet hjemmetjenester og bedre tilrettelegging i hjemmet skal på forhånd være utprøvd og/eller vurdert (LEON) Mistanke om svikt i egenomsorg på grunn av demens, skal være utredet før langtids skjermet/tilrettelagt plass i sykehjem tilbys. Det skal innhentes opplysninger fra bruker og pårørende/verge. Det må foreligge en dokumentert vurdering inkludert oppdatert IPLOS registrering, fra de aktuelle tjenester dersom søker mottar andre helse og omsorgstjenester.

	Medisinske opplysninger fra fastlege eller fra spesialisthelsetjenesten innhentes
Egenandel:	Det beregnes vederlag for fast plass i sykehjem/institusjon

5.3.4 Langtidsplass i institusjon – forsterket plass

Forsterket institusjonsplass	
Tjenestebeskrivelse:	Forsterket institusjonsplass er et varig botilbud for personer med særskilte behov for et forsterket tilbud av heldøgns helse- og omsorgstjenester. Kan gjelde plass i sykehjem, barnebolig, eller annen institusjon.
Lovverk:	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a, annet ledd, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, bokstav c.
Formål:	• Å ivareta brukernes grunnleggende behov, med respekt for det enkelte menneskets egenverd og livsførsel • Å gi et samordnet helse- og omsorgstilbud hvor den enkelte føler trygghet og som ivaretar medvirkning, livskvalitet og rettssikkerhet • Å bidra til en aktiv og meningsfylt hverdag for beboerne.
Målgruppe:	Personer som er varig ute av stand til å ta vare på seg selv og som ikke mestrer dagliglivets gjøremål, grunnet mentalt og/eller fysisk funksjonstap og /eller alvorlig sykdom. Personer som ikke på et forsvarlig nivå får dekket sitt daglige behov for helsetjenester i eget hjem.
Kriterier/vurdering:	Andre relevante tiltak som t.d. korttidsplass, dagtilbud, utvidet hjemmetjenester og bedre tilrettelegging i hjemmet skal på forhånd være utprøvd og/eller vurdert (LEON) Det skal innhentes opplysninger fra den som søker om plass og pårørende/verge. Det må foreligge en dokumentert vurdering inkludert oppdatert IPLOS registrering, fra de aktuelle tjenester dersom søker mottar andre helse- og omsorgstjenester. Det skal innhentes medisinske opplysninger fra fastlege og spesialisthelsetjeneste, herunder også kompetansesenter som har vært involvert i utredning og oppfølging.

Notat om Kommunal forskrift om kriterier for langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester i A-kommuner - Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene

1 Bakgrunn for forskriften

1.1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet ga i brev av 10. november 2016 Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide kommunale forskrifter til bruk i de fire A-kommunene som deltar i Forsøk om statlig finansiering av omsorgstjenestene (heretter SIO).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24. juni 2011 nr. 30 § 3-2 a, innebærer at kommunen skal gi forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Forskriften skal også omfatte pasienter og brukere som vil være best tjent med langtidsopphold, men hvor kommunen vurderer at vedkommende med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold. Forskriften skal videre regulere hvordan kommunen skal følge opp pasienter eller brukere som venter på langtidsopphold.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a lyder:

«§ 3-2 a. Kommunens ansvar for tilbud om opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester

Kommunen skal tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Kommunen skal gi forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Forskriften skal også omfatte pasienter og brukere som vil være best tjent med langtidsopphold, men hvor kommunen vurderer at vedkommende med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold. Forskriften skal videre regulere hvordan kommunen skal følge opp pasienter eller brukere som venter på langtidsopphold.

(Kommunen skal treffe vedtak om kriteriene etter andre ledd er oppfylt. Kommunen skal føre ventelister over pasienter og brukere som venter på langtidsopphold etter andre ledd.) fjerde ledd trer ikraft 1.7.2017.»*

Pasient eller bruker er gitt en motsvarende rett til opphold i sykehjem eller bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 e, som lyder:

Pasient eller bruker har rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

[Pasient eller bruker som med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, men som oppfyller kriteriene for tildeling av langtidsopphold etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a andre ledd, har rett til vedtak om dette.] (Trer i kraft fra 1.7.2017)

I samarbeidsavtalene mellom staten v/Helsedirektoratet og de fire A-kommunene er det under punkt 1.4 lagt til grunn at «Kommunen skal i forsøksperioden følge de instruksjoner som Helsedirektoratet gir om forståelse og praktisering av de statlige kriteriene for arbeidsprosess og tjenestetildeling (...)» For at forsøket skal kunne nå sitt mål om å sikre likebehandling av tjenestemottakere i de ulike kommunene, må det vedtas fire likelydende kommunale forskrifter. Kommunene som deltar i SIO må derfor legge samme forskrift til grunn i sin tildeling av helse- og omsorgstjenestene.

Dette notatet er basert på forarbeidene til lovbestemmelsen i prop. 99 L (2015-2016) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister), samt møter i arbeidsgruppen med deltakere fra alle de fire A-kommunene i SIO. Notatet bygger på tilbakemeldingene kommunene har gitt i arbeidsgruppemøter 5. januar, 23. januar, 7. februar og 23. februar 2017. Notatet med vedlagt utkast til kommunal kriterieforskrift har vært på høring i kommunene, og skal vedtas i kommunestyrene før den skal kunngjøres i Norsk Lovtidend.

1.2 Spørsmål kommunene har tatt stilling til

Selv om forskriften må bygge på de kriteriene som gjelder for tildeling av tjenester i SIO, er kommunene bedt om å ta stilling til en rekke spørsmål i tillegg til forskriften i sin helhet. Helsedirektoratet har bedt om en særskilt vurdering av disse spørsmålene:

- Er definisjonen av «Tilsvarende bolig for heldøgns tjenester» dekkende for kommunens tilbud, herunder om det er mer hensiktsmessig å definere tilsvarende tilkallingstid mer konkret enn utkastet?
- Hvordan praktiserer kommunene «*ynge personer*» i kriteriene?
- Ønskes det at forskriften skal omfatte en ordning med fritt valg av sted for langtidsopphold?
- Er det ønske om en bestemmelse om «*samboergaranti*»?
- Gir momentene i forskriften § 3-3 et forsvarlig grunnlag for prioritering mellom søkere på ventelisten?
- Ønsker kommunene at forskriften skal ha en ventelistegaranti og hvor lang bør fristen for iverksetting eventuelt være?

1.3 Høringsprosessen

Alle fire kommuner har hatt egne prosesser i kommunene for å sikre at interessenter for forskriften har fått anledning til å uttale seg.

1.3.1 Hobøl

Fra Hobøl kommune har vi fått tilbakemelding i brev av 3. februar 2017. I tilbakemeldingen fremgår det at forskriften er diskutert av hovedutvalg oppvekst og omsorg samt at en administrativ gruppe har arbeidet med forskriften. Det er ikke kommet ønsker om vesentlige endringer i forskriften.

Hobøl ønsker som eneste kommune at ventelistegarantien bør være 6 måneder, kommunen uttaler imidlertid at de har erfaringer med at personer som er alvorlig syke allikevel blir prioritert raskt.

1.3.2 Lillesand

Høringsutkastet er diskutert i Helse-, kultur- og velferdsutvalget møte, Eldrerådet og Helse-, kultur- og velferdsutvalget. Av høringsinnspillene fremgår blant annet at det ønskes en samboergaranti, også for samboere og ektefeller som kun delvis fyller kriteriene.

1.3.3 Stjørdal

Høringsnotatet har vært behandlet i ledermøter i etat omsorg, i møte med brukerforum og pårørende foreninger, samt behandlet politisk i Stjørdal eldreråd, Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne og i Komite levekår.

Stjørdal kommune ønsker at forslag til § 2-3 om fritt valg av langtidsopphold tas inn i forskriften. Stjørdal kommune foreslår at bestemmelsen om samboergaranti tas inn, men ikke som en garantibestemmelse som utløser et rettskrav om lokalisering på et bestemt sted. Bestemmelsen bør i stedet kun gi uttrykk for et ønskemål og en forventning den enkelte kan ha til den kommunale omsorgstjenesten. Dette kan gjøres ved at ordlyden endres fra «skal» til «bør». Det kan vurderes at dette tas inn som et eget ledd i § 2-3 om fritt valg av langtidsopphold fremfor i en egen bestemmelse.

Videre foreslår Stjørdal kommune at ordlyden som er foreslått i § 2-4 vurderes endret fra «personer som fyller kriteriene» til «personer som tildeles langtidsopphold» eller lignende, slik at ordlyden eksplisitt avskjærer muligheten for at opphold tildeles basert på en prejudisiell vurdering av kriteriene.

1.3.4 Os

I Os har høringsnotatet vært behandlet i tjenesteutvalget, Os eldreråd, råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Høringsinnspillene er positive til høringsnotatet.

2. Helsedirektoratets vurderinger og forslag

Helsedirektoratet og kommunene har i fellesskap kommet frem til en forskrift som bidrar til en forutsigbar tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester og en god praksis for håndtering av ventelister.

Helsedirektoratet har tilpasset arbeidsgruppens forslag til en felles forskrift for alle kommunene på bakgrunn av de høringsinnspillene som har kommet fra de fire kommunene. Helsedirektoratet har forsøkt å ivareta alle høringsinnspill så langt det har latt seg gjøre, der direktoratet har lagt til grunn at forslaget støttes av et flertall av kommunene.

Det er kommunestyret som har kompetanse til å fatte vedtak om forskrift. I utkastet er alle de fire A-kommunene skrevet inn i forskriftsteksten. Før forskriften vedtas av kommunestyret må kommunen fjerne de tre øvrige kommunenavnene slik at det kun står navnet til kommunen den gjelder for.

2.1 Formål, virkeområde og definisjoner

Hva er formålet med forskriften?

Helsedirektoratet har i forslag til § 1-1 lagt til grunn at forskriften skal ivareta innbyggernes behov for nødvendige helse- og omsorgstjenester i form av opphold i sykehjem, eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Videre er det i formålsangivelsen løftet frem hensynet til forutsigbarhet ved tildeling av langtidsopphold, som forarbeidene har lagt stor vekt på. Helsedirektoratet har ikke fått høringsinnspill på forslag til formålsbestemmelse.

Hvem gjelder forskriften for?

I angivelsen av virkeområde i forskriften § 1-2 har Helsedirektoratet foreslått at den skal gjelde personer som søker eller har behov for langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester i Hobøl/Lillesand/Os/Stjørdal kommune. I tråd med departementets rundskriv I-43/99 - *Ansvar for å yte pleie- og omsorgstjenester til sterkt pleietrengende ved flytting mellom kommuner* (det såkalte flytterundskrivet) er det imidlertid ikke et krav for å falle inn under forskriften at en person som søker om helse- og omsorgstjenester i en av de nevnte kommunene oppholder seg i aktuell kommune på søknadstidspunktet. Søkere som bor utenfor kommunen, men som ønsker å flytte dit og derfor søker om nødvendige helse- og omsorgstjenester, skal vurderes på lik linje med personer som oppholder seg i kommunen. For øvrig er det en forutsetning at pasient/bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 a annet ledd, eller 2-1 e første og annet ledd. Helsedirektoratet har ikke fått innspill til forskriftens virkeområde.

Forskriftens definisjoner fremgår av § 1-3

- Hva menes med «tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester»?

Ved definisjonen av begrepet «tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester» har direktoratet lagt til grunn uttalelsene fra Prop. 99 L (2015-2016) der det fremgår at utforming, tilsyn og tilkallingstid er sentrale momenter ved vurderingen av om boligen er å anse som tilsvarende. I forarbeidene er dette formulert slik:

«... boliger som er tilpasset for å kunne yte tjenester som dekker beboerens behandlings-, omsorgs- og assistansebehov døgnet rundt. Beboeren må ved hjelp av tilkallingsmuligheter, som for eksempel velferdsteknologiske innretninger, trygghetsalarm, snoralarm eller lignende kunne få kontakt og bistand fra egnet personell, med tilsvarende responstid som vedkommende ville fått på sykehjem. Tilsyn med pasienten eller brukeren må tilsvare det tilsynet som ville blitt gitt dersom vedkommende hadde vært innlagt på institusjon.»

Forskriften er ikke ment å skulle omfatte alle kommunenes omsorgsboliger, men kun rette seg mot de pasient- og brukergruppene som har samme behov for heldøgns tjenester som ytes i sykehjem. Videre har vi lagt til grunn innspillene fra arbeidsgruppen med representanter fra de fire A – kommunene. Vi har derfor lagt til grunn at det skal ytes heldøgns helse- og omsorgstjenester og personell skal ha base i eller i umiddelbar nærhet av boligene. For at boligen skal anses som tilsvarende har vi også tatt med innspill om at det skal være ordning for legetilsyn, enten ved fastlege

eller tilsynslege slik det er krav om i sykehjem, jf. forskrift for sykehjem mv. § 3-2 bokstav b). Definisjonen skal ikke være til hinder for at kommunen velger å tilby tjenester til tjenestemottakere utenfor boligen der slik organisering vurderes som hensiktsmessig, f.eks. tilsyn ved et dagaktivitetssenter.

Slik Helsedirektoratet har formulert kravet til tilkallingstid er det i vårt forslag definert til å være kort og skal ivareta beboernes behov for trygghet. Arbeidsgruppen har vurdert om «kort tid» skal ytterligere presiseres, men har kommet til at det vil gjøre det vanskeligere med lokal tilpasning til forskriften. I definisjonen har vi stilt krav til at tjenestene som utgangspunkt skal kunne ytes umiddelbart. Arbeidsgruppens forslag støttes av Stjørdal kommune.

Ikke alle pasienter kan motta tjenester i omsorgsbolig, det gjelder særlig personer som har vedtak om tilbakehold i institusjon, etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. At enkelte pasienter må gis tjenester i sykehjem er imidlertid ikke til hinder for at de omsorgsboligene som faller inn under definisjonen anses som tilsvarende. Kommunene tilbyr også ulike tjenester i ulike langtidsopphold. Pasienter og brukere må gis opphold i den boligen som kan tilby de tjenestene pasient eller bruker har behov for, f.eks. skjermet avdeling for pasienter med demens.

Kommunene er bedt om å ta stilling til om vedlagt definisjon omfatter de kommunale tilbudene de har som bør være omfattet av forskriften. Om definisjonen er for snever ved at den ikke omfatter alle tilbud som skal omfattes, eller at den er for vid slik at den omfatter tilbud som ikke er å anse som tilsvarende til sykehjem, ved f.eks. at den omfatter tilbud beregnet på andre pasient/brukergrupper. Det er ikke kommet høringsinnspill som tilsier en annen definisjon.

Helsedirektoratet oppfordrer kommunene til selv å benytte definisjonen til å lage en liste over sitt tilbud av «tilsvarende boliger», slik at det er klart hvilke boliger som er ment omfattet av forskriften.
- Hva menes med «*ynge personer*»?

«*Yngre personer*» skal etter forskriften forstås som personer under 67 år. Det er samme definisjon som benyttes i kommunens rapporteringer. Arbeidsgruppen har også vurdert å benytte aldersgrensen 65 år som er lagt til grunn ved definisjonen av «*ynge demente*» i demensretningslinjen som er under utarbeiding i Helsedirektoratet. Også aldersgrensen på 50 år som benyttes av kommunene i rapporteringen av unge funksjonshemmede i alders- og sykehjem kan være et alternativt utgangspunkt for definisjonen. Grensen for å defineres som yngre er imidlertid etter denne definisjonen satt lavt, og er tidligere kritisert av Norges handikapforbund og FFO. En lavt definert alder vil imidlertid gi kommunene et større handlingsrom ved utformingen av tjenestetilbudet.

Helsedirektoratet vil presisere at yngre personer som vurderes å fylle vilkårene for sykehjems plass, og som ønsker et slikt tilbud skal få slik plass uavhengig av definisjonen. Slik kriteriene er utformet i SIO stilles det kun krav til at det skal forsøkes å finne andre løsninger først. Forskriftens § 2-1 tredje ledd lyder:

«Langtidsopphold skal fortrinnsvis være et tilbud til eldre. For yngre personer skal det søkes å etablere et alternativt tilbud i eget hjem (eksempelvis omsorgsbolig, bofelleskap eller lignende).» (Vår understrekning)

Det har også vært vurdert om det i det hele tatt har vært behov for å definere hva som menes med «yngre». Arbeidsgruppen har kommet frem til at å unnlate å definere en slik alder vil tilsløre kriteriene og ikke være i tråd med lovens og forskriftens formål om å bidra til forutsigbarhet ved tildeling av langtidsopphold.

Fra Stjørdal kommune har det kommet innspill på at definisjonen av yngre personer ikke bør være til hinder for å få rett tilbud. Helsedirektoratet mener at dette er ivaretatt av forskriften, da § 2-1 tredje ledd forutsetter det skal søkes å etablere alternative tilbud i eget hjem. Der dette ikke er forsvarlig eller av andre grunner ønsket av yngre personer å motta sykehjemsplass er ikke forskriften til hinder for slik tildeling.

- Hva menes med «*langtidsopphold*»?

Det fremgår av forarbeidene¹ at «*langtidsopphold*» etter kriterieforskriften skal forstås som «*opphold uten sluttdato, dvs. tidsubegrenset opphold*». Det er derfor verdt å merke seg at definisjonen etter kriterieforskriften ikke defineres likt som langtidsopphold etter forskrift om egenandel for helse- og omsorgstjenester av 16. desember 2011 nr. 1349. Kriteriene gitt med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a er begrunnet i andre hensyn enn egenandelsforskriftens regulering av betalingen for oppholdet, og kriterieforskriften må derfor legge en annen definisjon til grunn. I egenandelsforskriften defineres langtidsopphold som tidsubegrenset eller mer enn 60 døgn pr. kalenderår. Definisjonen etter forarbeidene innebærer i motsetning til egenandelsforskriften at personer som i løpet av ett kalenderår har behov for flere korttidsopphold som til sammen utgjør mer enn 60 dager ikke nødvendigvis omfattes av kriterieforskriften. Det avgjørende i slike tilfeller blir om pasient/bruker har behov for et «*tidsubegrenset*» opphold.

¹ Pkt. 7.3.4 s. 27

For å forenkle forskriftens språk benyttes begrepet «*langtidsopphold*» også som samlebegrep for «*sykehjem og tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester*». Begrepet er ment å omfatte både tidsaspektet i langtidsopphold i betydning «*tidsubegrenset*», og for tjenestested «*sykehjem og tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester*».

Helsedirektoratet foreslår derfor følgende definisjon av «*langtidsopphold*»:

«*Opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester på ubestemt tid.*»

Vi har ikke mottatt høringsinnspill knyttet til definisjonen av langtidsopphold.

2.2 Tildelingskriterier

Kriteriene er de samme som gjelder for tildeling av langtidsopphold i kriteriedokumentet A-kommunene i SIO skal følge. Det er ikke rom for å endre innholdet i kriteriene da det vil endre forsøket. Et av hovedhensynene bak SIO-forsøket er å undersøke om statlige kriterier kan bidra til likere tildeling av helse- og omsorgstjenester i kommunene. Det er derfor av stor betydning for forsøket at de fire A-kommunene har like forskrifter.

Kriteriene for langtidsopphold i sykehjem er i forsøket delt opp i tre. Det er gitt kriterier for ordinære sykehjemsplasser, forsterket institusjonsplass, og skjermet/tilrettelagt institusjonsplass. Kriteriene er langt på vei overlappende selv om de retter seg mot noe ulike brukergrupper.

I forskriften er kriteriene systematisert i to ulike bestemmelser. I forskriften § 2-1 er kriteriene som retter seg mot vurdering av om hvorvidt pasient/bruker skal få tilbud om langtidsopphold. Mens forskriftens § 2-2 inneholder kriteriene som knytter seg til arbeidsprosessen forut for vurderingen. Kommunene gjøres derfor oppmerksomme på at det er begrenset anledning til å gjøre endringer i utkastet til forskriftens bestemmelser §§ 2-1 og § 2-2.

Tildelingskriteriene må også leses på bakgrunn av arbeidsprosesskriteriene i SIO som blant annet bygger på «hva er viktig for deg» metodikken, og som stiller krav til tverrfaglige vurderinger. Hvem har krav på langtidsopphold?

Kriteriene for å få innvilget langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig bygger på en helse- og omsorgsfaglig vurdering av søkers nødvendige behov for slikt opphold. Kriteriene skiller mellom to ulike grupper med søkere. Den første er personer som ikke på et forsvarlig nivå får dekket sitt daglige behov for helsetjenester, pleie og omsorg i eget hjem. Slike søkere skal innvilges langtidsopphold i sykehjem eller i tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester uten å bli satt på venteliste, og vedtaket skal effektueres så raskt som mulig.

Videre følger det av forskriftens § 2-1 annet ledd at søkere som er varig ute av stand til å ta vare på seg selv og som ikke mestrer dagliglivets gjøremål, grunnet mentalt og/eller fysisk funksjonstap og /eller alvorlig sykdom, og derfor vil være best tjent med langtidsopphold, skal innvilges langtidsopphold.

Av bestemmelsens tredje ledd fremgår det at personer som forsvarlig kan ivaretas med tjenester i eget hjem kan settes på venteliste i påvente av ledig plass i kommunens helse- og omsorgstjeneste eller kjøp av egnet tilbud fra annen tilbyder. Det forutsettes at disse pasientene gis tilbud om langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig beregnet for heldøgns tjenester innen tre måneder, jf. forskriftens § 3-4.

Langtidsopphold i sykehjem har lenge vært problematisert for yngre personer med funksjonshemninger. I kriteriene til SIO har det vært forutsatt at langtidsopphold i institusjon skal fortrinnsvis være et tilbud til eldre. Kriteriene tar derfor utgangspunkt i at for «yngre personer» skal det søkes å etablere et alternativt tilbud i eget hjem (eksempelvis omsorgsbolig, bofelleskap eller lignende), i stedet for sykehjem. Det må i denne vurderingen legges stor vekt på pasienten/brukerens ønsker.

Informasjon som må foreligge før det fattes vedtak om langtidsopphold:

Kriteriene for SIO forutsetter at det skal innhentes informasjon før vedtak om langtidsopphold fattes. I § 2-2 er disse kriteriene sammenfattet. Bestemmelsen innebærer at det må innhentes, opplysninger fra pasient/bruker, fra pårørende og eventuelt verge med mandat på det personlige området, dokumentert vurdering inkludert oppdatert funksjonsvurdering ved bruk av IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk), fra aktuelle tjenester dersom søker mottar andre helse og omsorgstjenester, samt medisinske opplysninger fra fastlege eller fra spesialisthelsetjenesten.

Videre skal det forut for tildelingen vurderes eller forsøkes andre relevante tiltak som tidsbegrenset opphold i institusjon, dagtilbud, utvidet hjemmetjenester og bedre tilrettelegging i hjemmet, i tråd med prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå (LEON). For søkere der det er mistanke om svikt i egenomsorg på grunn av demens, skal det foreligge en utredning av demens før langtidsopphold i sykehjem tilbys. Videre forutsetter kriteriene at personer med diagnosen demens fortrinnsvis skal gis tilbud i skjermet/tilrettelagt sykehjemsplass eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester.

2.3 Fritt sykehjemvalg og samboergaranti

Fritt valg av sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester
I SIO er det ikke stilt krav til fritt sykehjemvalg. Det er imidlertid mange kommuner som har slike ordninger. Helsedirektoratet har foreslått en bestemmelse for hvordan dette kan løses dersom kommunene ønsker en slik ordning.

I forslaget kan søkere gis anledning til selv å prioritere mellom kommunens ulike tilbud om langtidsopphold. Det er imidlertid forutsatt at søkere kun kan velge mellom tilbud med et nødvendig omsorgsnivå. De ulike tilbudene om langtidsopphold har ulike tjenestetilbud. Dersom man prioriterer en plass til et botilbud man ikke har behov for f.eks. skjermet botilbud for personer med demens, vil man ikke har krav på plass. Søkere som takker ja til annen ledig plass enn den prioriterte, vil måtte få tilbud om den prioriterte når det er ledig kapasitet. Dersom søker takker nei til plassen, vil vedkommende bli stående på ventelisten i påvente av ledig kapasitet ved det ønskede sykehjemmet eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Ventelistegarantien kan ikke gjelde for pasienter som takker nei til en ikke prioritert plass.

§ 2-3 Fritt valg av langtidsopphold

Personer som søker om langtidsopphold skal gis anledning til selv å prioritere mellom kommunens ulike tilbud om langtidsopphold, forutsatt at omsorgsnivået som tilbys er nødvendig.

Ved tildeling av annen langtidsopphold enn den søker har ønsket, skal det gis tilbud om å flytte til ønsket plass så snart det er mulig.

Søkere som takker nei til ikke prioritert plass mister ikke retten til å stå på ventelisten, men har ikke krav på ventelistegarantien.

Arbeidsgruppen har vurdert Helsedirektoratets forslag og kommet til at en slik ordning vil bli for vanskelig å praktisere. Spesielt det å håndtere kombinasjonen venteliste til plass og venteliste til prioritert plass kan by på problemer for kommunens tildelingsenhet. Det er også reist innvendinger mot at det vil være vanskelig å håndtere søknader der pasient/bruker ikke har behov for særskilte tjenester som ytes i botilbudet. Bestemmelsen ble derfor tatt ut av forskriftsforslaget som var på høring.

Stjørdal har som eneste kommune gitt innspill på at de ønsker en bestemmelse om fritt valg av langtidsopphold. Helsedirektoratet ser at en slik bestemmelse kan være ønskelig for søkere av langtidsopphold. Kommunenes ulike tilbud om langtidsopphold varierer mellom kommunene. Helsedirektoratet har derfor kommet til ikke å ta med bestemmelsen i forskriften. Stjørdal kommune står imidlertid fritt til å praktisere fritt valg av langtidsopphold i sin kommune uten at dette forskriftsfestes.

Samboergaranti

Etter innspill fra Lillesand kommune har arbeidsgruppen drøftet samboergaranti på bakgrunn av mediaoppslag fra Arendal kommune. For ektefeller og samboere som ønsker å bo sammen vil en samboergaranti kunne være av stor betydning for de den gjelder. Blant annet har Oslo kommune følgende samboergaranti:

«Ektepar eller samboere kan søke om å få bo sammen på institusjon. Ektepar eller samboere skal få mulighet til å bo sammen på institusjon selv om bare en har fått vedtak om langtidsopphold. Det forutsetter at den andre part også trenger helse- og omsorgstjenester, samt delvis oppfyller kriterier for tildeling av korttidsopphold.»

Helsedirektoratet har derfor drøftet samboergaranti med arbeidsgruppen.

For ektepar/samboerpar kan det være av stor verdi at man får tilbringe de siste leveårene sammen. Det fremkom i drøftingen at ønsket om felles bopel på institusjon for ektepar/samboere fremkom relativt sjelden. I alle kommunene var erfaringene at de så langt det lot seg gjøre imøtekom slike ønsker innenfor dagens ordning. Hvis ektepar/samboere begge var vurdert i behov av langtidsopphold ble det tilrettelagt for at de kunne bo på samme sted. Der en av dem var hjemmeboende kunne det bli etablert ordninger som daglig transport fra hjemmet til institusjonen, muligheter for felles måltider og hvilestol på rommet til beboer. Tilbudet blir tilrettelagt gjennom dialog med sykehjemsbeboer, ektefelle og pårørende og tilpasses ektefeller i størst mulig grad ut fra ønsker og behov. Det vil kunne oppstå situasjoner der ektefelle som ikke er vurdert å ha behov for langtidsopphold ønsker å flytte til sykehjemmet sammen med ektefellen. Spørsmålet er da om den som er gitt rett til sykehjemsopphold uten å ha et nødvendig behov, må flytte ut etter ektefellens død. En slik flytting kan skape krevende situasjoner, særlig hvis beboeren har solgt sitt opprinnelige hjem.

Det har i arbeidsgruppen ikke vært ønske om en samboergaranti som den som benyttes i Oslo, da det gir rett til sykehjems plass for ektefeller som ikke fyller kriteriene.

Tilbudet om å bo på samme sted må også sees i lys av at enkelte beboerrom ikke er dimensjonert som dobbeltrom. Der kommunen har dobbeltrom bør ektefeller gis mulighet for å flytte sammen så snart dette er praktisk mulig. Ektepar kan også være vurdert til å ha behov for et ulikt tjenestetilbud, der f.eks den ene har demens og er i behov for særskilt tilrettelagt tjeneste og botilbud. Det bør legges stor vekt på ektefellers ønsker om felles bopel også i en slik sammenheng, men det må avveies mot ulempene det kan medføre for alle parter som berøres. I slike tilfeller vil det også måtte vurderes om den som har demens kan gis langtidsplass på et dobbeltrom i en ordinær sykehjemsavdeling sammen med ektefellen. Ektefellens behov for tjenester og tjenestetilbudet bør i slike tilfeller kontinuerlig vurderes med muligheter for endringer ut fra behov.

Med bakgrunn i dette ble følgende vurdert tatt inn i forskriften:

«§ 2-4 Samboergaranti

Personer som fyller kriteriene, og har ektefelle/samboer som mottar langtidsopphold skal gis opphold på samme sted.»

I drøftingen ble det vektlagt at behovet for en slik garanti i kommunene var lite og erfaringsmessig ønsket ikke hjemmeboende å flytte i sykehjem. Det ble opplyst av kommunene i arbeidsgruppen at de allerede hadde ektefeller boende på samme langtidsopphold. Med bakgrunn i kommunenes erfaring om at slike ønsker allerede ble innfridd i kommunene ble bestemmelsen vurdert som unødvendig. Både fra Lillesand og Stjørdal har det kommet ønske om samboergaranti. Innspillet fra Lillesand ønsker en samboergaranti på lik linje med den i Oslo kommune. Helsedirektoratet har vurdert at en bestemmelse slik de har i Oslo vil innebære at personer som ikke fyller kriteriene vil kunne få plass. Det vil kunne endre forsøkets kriterier under forsøket å åpne for tildeling av langtidsopphold til personer som ikke fyller kriteriene. Helsedirektoratet har derfor ikke funnet å kunne imøtekomme innspillet.

I høringsinnspill fra Stjørdal ønskes det en samboerbestemmelse som ikke er en garantibestemmelse som utløser et rettskrav om lokalisering på et bestemt sted, men en forventning til omsorgstjenestene. Bestemmelsen forslås slik:

«Personer som personer som tildeles langtidsopphold, og har ektefelle/samboer som mottar langtidsopphold bør gis opphold på samme sted».

Helsedirektoratet har på bakgrunn av innspillene kommet til å ta inn Stjørdals forslag om samboergaranti, men slik at det er en skal bestemmelse. Det vurderes at en slik bestemmelse i stor grad er tråd med kommunenes praksis i dag, og bør være praktisk gjennomførbart.

Bestemmelsen gis i § 2-3 og lyder:

«Personer som tildeles langtidsopphold, og har ektefelle/samboer som også mottar langtidsopphold skal gis opphold på samme sted».

2.4 Venteliste og vedtak

Kravene til ventelisteføringen følger av forskriften § 3-1. Det er viktig at ventelisten oppdateres kontinuerlig. Kommunene må sørge for å ha oversikt over søkerne som er vurdert til å være best tjent med langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Selv om søkerne kan ivaretas forsvarlig i eget hjem i påvente av plass, må kommunen sørge for at endringer i behovet for tjenester fanges opp og videreformidles til den som fører ventelisten. Videre må informasjon om ventelistene inngå i kommunens styringssystem for å sikre riktig dimensjonering av kommunens helse- og omsorgstjeneste, jf. forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring § 6 første ledd bokstav b).

Pasienter som vurderes til ikke å ha et behov som tilsier at de vil være best tjent med langtidsopphold, men som kan ivaretas med tjenester i eget hjem skal få avslag på søknaden, og ikke

settes på venteliste. Ventelisten skal som utgangspunkt kun omfatte søkere som er vurdert til å trenge langtidsopphold innen ventelistegarantiens utløp.

Krav til utforming av vedtak følger av forskriften § 3-2

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a fjerde ledd at kommunen skal treffe vedtak for personer som blir vurdert å kunne ivaretas forsvarlig i eget hjem også når de blir satt på venteliste i påvente av nødvendig sykehjemsplass eller annen tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Vedtaket skal fylle de krav som stilles til vedtak etter forvaltningsloven kapittel V, herunder begrunnelse for vedtaket, klageadgang etter pbrl. § 7-2, klagefrist, klageinstans, mv.

Personer på ventelisten skal få vedtak på vanlig måte for andre helse- og omsorgstjenester vedkommende har et nødvendig behov for, som f.eks. helsetjenester i hjemmet, i påvente av tilgjengelig langtidsplass.

Hvem skal prioriteres på ventelisten?

Søkere som står på ventelisten og som ikke lengre forsvarlig kan ivaretas i hjemmet skal umiddelbart tas ut av listen og gis tjenester i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Det kan være at personer som står på ventelisten mottar behandling fra spesialisthelsetjenestene og har behov for tilsyn utover det som kan tilbys i eget hjem. Slike situasjoner kan praktisk løses ved å innvilge et korttidsopphold, med et påfølgende vedtak om langtidsplass.

Den pasienten som etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering har størst behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester skal prioriteres først. Lovteksten i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a bestemmer at det skal gjøres en «*helse- og omsorgsfaglig*» vurdering av behovet. I forskriften § 3-3 har Helsedirektoratet foreslått momenter som det bør legges vekt på i vurderingen. I bestemmelsens andre ledd har vi særlig løftet frem søkere som har behov for omsorg ved livets slutt, og søkere med kognitiv svikt som tilsier at de har et større behov for langtidsopphold enn andre på listen. Det er videre presisert i andre ledd at det skal legges stor vekt på pasienten eller brukerens ønsker.

I bestemmelsens tredje ledd har vi foreslått følgende momenter til bruk i prioriteringsvurderingen:

- brukeren eller pasientens funksjonsnivå og hjelpebehov
- medisinske vurderinger og diagnoser
- ernæringsstatus
- prognoser for hjelpebehov og funksjonsnivå
- vurdering av rehabiliteringspotensialet
- kommunens øvrige tjenestetilbud, herunder hjemmetjenester, velferdsteknologi og andre tilretteleggingsmuligheter i eget hjem
- pasienten eller brukerens hjemmesituasjon, herunder pårørendes situasjon
- pasientens ektefelle eller samboer mottar langtidsopphold

Arbeidsgruppen har vurdert om det er ønskelig og behov for en så omfattende momentliste, og har kommet til at selv om dette er vurderinger som allerede gjøres i kommunene kan det gi søkere nødvendig innsikt i hva som blir tillagt vekt i prioriteringsvurderingen.

Helsedirektoratet har mottatt høringsinnspill fra Lillesand kommune som støtter at personer som mottar lindrende behandling bør prioriteres særskilt. Forskriften ivaretar etter vårt syn slike pasienter godt.

Tre måneders frist for å tilby langtidsopphold - Ventelistegaranti

Helsedirektoratet har i vårt utkast valgt å ta med en bestemmelse i forskriften § 3-4 om ventelistegaranti. Dette skyldes til dels forsøkets finansieringsordning der kommunene er forutsatt å kjøpe plasser til søkere som er vurdert å ha et nødvendig behov for langtidsopphold, dersom kommunen ikke selv har ledig plass. Videre har vi valgt å ta med bestemmelsen fordi slike garantier er vanlige i mange kommuner og gir kommunens tildelingsenheter en frist for iverksetting eller kjøp av plasser. Fristen kan derfor bidra til å gi søkere forutsigbarhet og likere praksis for effektivering og kjøp av plasser mellom forsøkskommunene. Etter diskusjoner i arbeidsgruppen har vi falt ned på tre måneders frist. Det er ikke knyttet noen sanksjoner til en slik frist. Etter innspill fra arbeidsgruppen er det allikevel en oppfatning om at en slik frist vil være et nyttig verktøy i kommunens rapportering og planlegging og dimensjonering av tjenestetilbudet.

Med unntak av Hobøl kommune støtter alle kommunene tre måneders ventelistegaranti. Hobøl kommune legger imidlertid til grunn at deres praksis i dag tilsier at de med behov gis langtidsopphold raskt.

2.5 Ikraftredelse

Når gjelder forskriften fra?

Det er forutsatt at forskriften skal tre i kraft 1. juli 2017. Helsedirektoratet har derfor i forskriften § 4-1 lagt til grunn siste mulige dato for ikraftredelse. Ikrafttredelsesdatoen er lik for de fire A-kommunene, og gjelder uavhengig av kommunestyrets vedtaksdato

