

Døgnklokkeskjema for utmåling av nødvendig pårørendestøtte, eks omsorgsstønad og/eller avlastningstiltak

Navn på pasienten:

Navn på den som yter omsorgsarbeidet

Mottar den omsorgstrengende hjelpestønad fra NAV  Ja  Nei  
Hvis ja, hvilket beløp er innvilget?

#### Informasjon:

Omsorgsstønad er ment som en kompensasjon for en del av tiden du bruker på pleie og omsorg, og vil derfor ikke dekke arbeid time for time eller tapt arbeidsinntekt. Det er likevel viktig at du oppgir antall timer du bruker på omsorgsarbeidet, da dette er en faktor for å kunne vurdere om omsorgen du gir er særlig tyngende.

Omsorgsstønad gis ikke for oppgaver som vanligvis er en del av foreldres omsorg for mindreårige barn eller for dagligdagse oppgaver som er forventet av familiemedlemmer. I skjemaet er det derfor viktig at det er tydelig nødvendig for ekstra støtte utover det som vanligvis kan forventes.

Avlastning er en tjeneste som skal avhjelpe personer som har et særlig tyngende pleie- og omsorgsarbeid. Avlastning skal gjøre det mulig å opprettholde gode familierelasjoner og bevare sosiale nettverk. Tjenesten skal hindre utmattelse hos omsorgsyter(e) og gi pårørende nødvendig og regelmessig fritid og ferie med mulighet til å nyttiggjøre seg vanlige samfunngoder og deltakelse på aktiviteter.

Avlastningstiltak skal sees i sammenheng med andre tiltak og det skal vurderes hvilke kommunale tiltak som er mest hensiktsmessig. Avlastning skal bidra til utsettelse av behov for et høyere omsorgsnivå.

Her må det beskrives hjelpebehovet til pasienten, og omfanget av tidsbruken.

#### BEVEGELIGHET OG GANGFUNKSJON

Hvor selvhjulpen er du i å bevege deg innendørs og utendørs.

Beskriv omfanget av tidsbruken du er i behov av bistand i løpet av døgnet.



**PERSONLIG STELL OG PLEIE**

Hvor selvhjulpen er du når det kommer til hygiene, påkledning og toalettbesøk?  
Beskriv omfanget av tidsbruken du er i behov av bistand i løpet av døgnet.

**MÅLTIDER**

Hvor selvhjulpen er du når det gjelder tilberedning av varm og kald mat, spise varm og kald mat på egenhånd?  
Beskriv omfanget av tidsbruken du er i behov av bistand i løpet av døgnet.

**MEDISINER**

Hvor selvhjulpen er du i å håndtere egne medisiner? Har du multidose eller benytter du deg av dosett?  
Beskriv omfanget av tidsbruken du er i behov av bistand i løpet av døgnet.

**PSYKISK HELSE**

Har du utfordringer med psykisk helse som påvirker hverdagen din?  
Beskriv omfanget av tidsbruken du er i behov av bistand i løpet av døgnet.

**SELVTENDIGHET**

Er du på aktiviteter alene, og hva liker du å gjøre i hverdagen?  
Beskriv omfanget av tidsbruken du er i behov av bistand i løpet av døgnet.



**KOMMUNIKASJON**

Har du nedsatt syn, hørsel eller talevansker som gjør det vanskelig å kommunisere med andre?

Beskriv omfanget av tidsbruken du er i behov av bistand i løpet av døgnet.

**NATT**

Er du våken om natten? Hva er ditt bistandsbehov om natten?

Beskriv omfanget av tidsbruken du er i behov av bistand i løpet av natten.

**BOSITUASJON**

Bor du i egen bolig, og er boligen tilrettelagt etter ditt behov?

**NETTVERK**

Er det personer du tilbringer tid med i hverdagen? Er det andre som bistår deg i det daglige?

**HJELPEMIDLER**

Har du hjelpemidler du benytter deg av i det daglige?

HVA OPPLEVER DU SOM MEST UTFORDRENDE I HVERDAGEN? HVORDAN KAN VÅRE TJENESTER BIDRA?

HVA SKAL TIL FOR AT DU SKAL VÆRE MEST MULIG SELVHJULPEN I HVERDAGEN?

ER DET ANDRE OPPLYSNINGER OM DIN SITUASJON, SOM VIL VÆRE NYTTIG AT VI KJENNER TIL (RELEVANTE HELSEOPPLYSNINGER, DIAGNOSER ELLER ANNET)

### Informasjon fra den som utfører omsorgsarbeidet

HVORDAN VURDERER DU BELASTNINGEN AV OMSORGSARBEIDET

**Fysisk belastende:**

(Beskriv eventuelle fysiske utfordringer du står ovenfor i omsorgsarbeidet.)

**Psykisk belastende:**

(Beskriv eventuelle psykiske belastninger du opplever.)



**Nattarbeid:**

(Er du involvert i nattarbeid, eller er nattesøvnen forstyrret av omsorgsbehovet?)

Ja  Nei

Hvis ja, hvor ofte og i hvilken grad?

**Sosial isolasjon eller mangel på fritid:**

(Har omsorgsarbeidet ført til at du har fått mindre sosialt liv eller fritid)

Ja  Nei

Hvis ja, skriv hvordan.

**Er du ansvarlig for mer enn én person som trenger omsorg?**

Ja  Nei

Hvis ja, beskriv situasjonen.

**Omsorgsarbeidets fordeling:**

(Er omsorgsarbeidet jevnt fordelt eller skjer det i perioder med mer intensiv belastning?)

Jevnt fordelt  Skjer i perioder

Hvis perioder, beskriv når og hvorfor det er mer intensivt i enkelte perioder.

**Hvordan vurderer du belastningen av omsorgsarbeidet? Er det andre spesifikke faktorer som gjør omsorgsarbeidet spesielt tyngende?**

(For eksempel en kombinasjon av arbeidet eller andre faktorer)

**Har du behov for råd, veiledning eller støtte for å kunne utføre omsorgsarbeidet:**

Ja  Nei

Hvis ja, skriv hvordan.