

**Vedlegg 3.9 Avtale om kommunalt ansatt ledsager for pasient under innleggelse i sykehus mellom behandlende helseforetak og pasientens hjemkommune** 

*Skjemaet fylles ut av aktuell sykehusenhet der pasienten skal legges inn, og sendes aktuell tjenesteenhet i kommunen. Signeres av ledere med fullmakt på vegne av henholdsvis STHF og kommunen.*     
*Signert skjema skal foreligge både i den avdelingen i foretaket der pasienten var innlagt og avtale inngått, samt hos leder av aktuell tjenesteenhet i kommunen, og skal utgjøre grunnlaget for utgiftsdekning.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Sykehuset Telemark, seksjon:** | |
| **Kommune:** | |
| **Pasientens navn**: | **Pasientens fødselsnummer:** |

**Ledsagerbehovet gjelder**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Planlagt innleggelse (Sett kryss) |
|  | Pasienten er blitt akutt innlagt (Sett kryss) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tidsrom for bistand fra kommunal ledsager | Fra dato: | Til dato (forventet utskriving): |

**Hva skyldes pasientens ledsagerbehov? Sett kryss**    
*Vurdering av behov og beslutning om ledsager under innleggelse er dokumentert i pasientjournalen av behandlende lege i helseforetaket og sendt elektronisk til kommunen.*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Kommunikasjonsutfordringer pga utviklingshemming eller annen funksjonshemming.   Kan ikke i tilstrekkelig grad gi uttrykk for egen helsesituasjon eller forstå informasjon. |
|  | Er avhengig av avansert teknisk utstyr som krever kjent fagpersonell |
|  | Stor grad av uro, angst og/eller utagerende adferd |
|  | Andre behov (beskriv nedenfor) |

**Hvilke(n) ledsagerrolle(r) vurderes som aktuell(e). Sett kryss. Vær obs på taushetsplikt/samtykke**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Kommunalt helse- og omsorgspersonell | *Leder for aktuell tjenesteenhet inngår avtale med helseforetaket (dette avtaleskjemaet)* |
|  | Brukerstyrt personlig assistent | *NB! Tildelingskontoret eller tilsvarende kontaktes om økonomiske forhold* |
|  | Vekter, politi, fengselspersonell | *Dersom pasienten er under fengselsomsorg eller det er annen spesiell problematikk* |
|  | Annen ledsager | *Beskriv nedenfor dersom det er annen type ledsager som sykehuset skal dekke utgifter for* |

**Beskrivelse av pasientens behov og hvilke oppgaver ledsager skal utføre**

**Pasientens behov:**

**Ledsagerens oppgaver under oppholdet på sykehuset** (evt. behov for opplæring. HF har ansvaret for all behandling):

**Følgende avtales:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Dag | Kveld | Natt | Annet |
| Antall ledsagere |  |  |  |  |
| Klokkeslett-vaktlengde |  |  |  |  |

Kommunen utarbeider en arbeidsplan for de ansatte som sendes leder i aktuell enhet i foretaket. Arbeidstid skal være i tråd med AMLs tjenestetidsbestemmelser. Pasientansvarlig sykepleier signerer timeliste for ledsagers vakter i eget skjema. Det skal spesifiseres klokkeslett for alle vakter. Det legges ikke inn rapporttid da dette forutsettes ivaretatt av helseforetakets personell.

**Kommunen bekrefter at bistand kan gis uten at det påløper overtidskostnader (Sett kryss**):

Prosess 7, ShapeJa Prosess 6, ShapeNei Prosess 5, ShapeDelvis

**Skal overtidskostnader dekkes?** Beskriv evt. avtalte overtidskostnader

**Hvilke utgifter sykehuset skal dekke?**

**Kontaktinfo til ledsager(e)** (Fylles inn dersom dette er klart når avtalen inngås)

|  |  |
| --- | --- |
| Ledsager navn | Telefonnummer |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sted og dato:** | **Sted og dato:** |
| **Fullmaktshaver kommune** | **Fullmaktshaver STHF** |
| **Navn, stilling, kontaktinformasjon for den som har undertegnet skjemaet** | **Navn, stilling, kontaktinformasjon for den som har undertegnet skjemaet** |