

**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**):

Ja Nei Delvis

**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**  |