

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 sykehuset og kommunen. Avtalen skal være i samsvar med helseforetakets avtaler og retningslinjer for ledsager under sykehusopphold, og i henhold til pasientens dokumenterte behov for ledsager (DIPS).

Signert skjema skal foreligge 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.

| | |
|----------------------|---------------------------|
| Helseforetak: | |
| Kommune: | |
| Pasientens navn: | Pasientens fødselsnummer: |

Ledsagerbehovet gjelder

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Planlagt innleggelse (Sett kryss) |
| <input type="checkbox"/> | Pasienten er blitt akutt innlagt (Sett kryss) |

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

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.

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

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

| | | |
|--------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Kommunalt helse- og omsorgspersonell | Leder for aktuell tjenesteenhet inngår avtale med helseforetaket (dette avtaleskjemaet) |
| <input type="checkbox"/> | Brukerstyrt personlig assistent | NB! Tildelingskontoret eller tilsvarende kontaktes om økonomiske forhold |
| <input type="checkbox"/> | Vekter, politi, fengselspersonell | Dersom pasienten er under fengselsomsorg eller det er annen spesiell problematikk |
| <input type="checkbox"/> | 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 (**DocMap ...**). 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

Det er avtalt at følgende utgifter i forbindelse med kommunalt ansatt ledsager dekkes av sykehuset: f.eks. overnatting, kost under ledsagers reise og opphold, parkeringsutgifter etter bilag, reise ved bytte av ledsager (når ledsager reiser uten pasient). Reisemåte skal være avtalt på forhånd.

| |
|--|
| |
|--|

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 helseforetaket |
| Navn, stilling, kontaktinformasjon for den som har undertegnet skjemaet | Navn, stilling, kontaktinformasjon for den som har undertegnet skjemaet |

NB! Signert skjema skal foreligge både i den avdelingen i foretaket der pasienten var innlagt og avtale inngått, og i aktuell kommunal tjenesteenhet.