



YHTEISTOIMINTASOPIMUS

1. **Sairaala** (sairaalan ja korvayksikön nimi) ja **Yhdistys** (yhdistyksen nimi) ovat sopineet yhteistyöstä yhdessä laaditun yhteistoimintamallin mukaisesti. Yhteistoiminnan tavoitteena on parantaa erityisesti niiden potilaiden elämänlaatua, joilla on vahva epäily tai diagnoosi Ménièreen taudista tai muusta sisäkorvaperäisestä huimaussairaudesta. Tämä toteutetaan yhdistämällä lääketieteellinen hoito ja vertaistuen tarjoamat mahdollisuudet. Lisäksi tavoitteena on vähentää potilaiden sairaalakäyntien määrää.
2. Korvayksikön tehtävänä on vastata sisäkorvaperäistä huimausta sairastavien potilaiden hoitoprosessista. Yhteistoimintamallin mukaisesti yksikkö huolehtii myös siitä, että potilaille, joiden kohdalla on vahva epäily tai diagnoosi Ménièreen taudista tai muusta sisäkorvaperäisestä huimaussairaudesta, toimitetaan Yhdistyksen laatima **potilastietopaketti**. Paketti sisältää **Huimaus-oppaan, esitteen** sekä **vertaistukihenkilöiden yhteystiedot**. Lisäksi korvayksikkö ohjaa potilaita aktiivisesti heidän tarvitsemansa vertaistuen piiriin.
3. Yhdistyksen tehtävänä on huolehtia siitä, että Korvayksiköllä on käytettävänä ajan tasalla oleva potilastietopaketti sekä vertaistukihenkilöiden yhteystiedot. Yhdistyksen vertaistukihenkilöt huolehtivat vertaistukiprosessin läpiviemisestä potilaan kanssa. Vertaistuen tarkoitus ei ole korvata potilaan hoitoa vaan tukea sitä.
4. Korvayksikön ja Yhdistyksen välisestä yhteydenpidosta vastaavat pääasiassa vastuusairaan hoitaja ja vertaistukivastaava. Yhteistoiminnan tulosten arviointi suoritetaan kerran vuodessa Korvayksikön vastuulääkärin, vastuuhoitajan ja Yhdistyksen puheenjohtajan ja vertaistukivastaavan tapaamisessa. Sen yhteydessä päätetään yhteistoiminnan parantamiseen tähtäävistä toimenpiteistä.
5. Yhteistoiminnan tuloksia arvioidaan pääasiassa elämänlaadun mittarilla E-QoL 5D sekä vertaistuen piiriin saatujen potilaiden osuudella.
6. Osapuolet vastaavat kumpikin osaltaan omista yhteistoiminnan mahdollisesti aiheuttamista kustannuksista.
7. Mikäli jompi kumpi osapuoli haluaa keskeyttää tai lopettaa yhteistoiminnan kokonaan, ilmoitus asiasta toiselle osapuolelle riittää.

Paikka ja päiväys:

Allekirjoitus ja allekirjoituksen selvennys

Nimi
Sairaalan ja Korvayksikön nimi

Nimi
Yhdistyksen nimi