

Delavtale nr. 2d

# Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for palliasjon

---

**Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester**

Samarbeidsavtale mellom Helse Stavanger HF og kommunene i helseforetaksområdet

## **Innhold**

1. Parter.....	3
2. Bakgrunn.....	3
3. Formål.....	3
4. Virkeområde .....	4
5. Rettskilder.....	4
6. Ansvars- og oppgavefordeling mellom helseforetaket og kommunene for området palliative pasienter.....	4
6.1 Samhandling om palliative pasientforløp .....	5
6.1.1 Felles ansvar og oppgaver.....	5
6.1.2 Kommunens ansvar og oppgaver.....	5
6.1.3 Helseforetakets ansvar og oppgaver .....	6
6.2 Kompetanse .....	6
6.2.1 Felles ansvar og oppgaver.....	6
6.2.2 Kommunens ansvar og oppgaver.....	6
6.2.3 Helseforetakets ansvar og oppgaver .....	6
6.3 Veiledning og opplæring .....	7
6.3.1 Felles ansvar og oppgaver.....	7
6.3.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver .....	7
6.4 Utvikling av tjenester.....	7
6.4.1 Felles ansvar og oppgaver.....	7
7. Oppfølging av avtalen.....	7
8. Avvik og mislighold .....	7
9. Uenighet.....	8
10. Iverksetting, revisjon og oppsigelse.....	8

# Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for palliasjon

---

**Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester**

## 1. Parter

Avtalen er inngått mellom Hå kommune og Helse Stavanger HF.

## 2. Bakgrunn

Delavtalen er inngått i henhold til overordnet samarbeidsavtale pkt. 5, første avsnitt, nr. 2. Avtalen omfatter samarbeid omkring palliative pasienter<sup>1</sup> fra Helse Stavanger HF og kommunen.

Avtalen bygger på bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, 1. ledd, nr. 2 om helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

Avtalen bygger videre på Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (2010). De generelle forhold som er omtalt i handlingsprogrammet, vil imidlertid også ha gyldighet for palliative pasienter med andre diagnoser. Palliasjon foregår innenfor de fleste fagområder og på alle nivåer i helsevesenet.

## 3. Formål

Avtalen skal bidra til samhandling mellom Helse Stavanger HF og kommunen angående palliative pasienter, og dessuten medvirke til at behandlingen blir tilpasset pasientens behov og gitt på rett nivå med nødvendig kontinuitet.

Avtalen skal:

- bidra til at den enkelte pasient får et forsvarlig og verdig tjenestetilbud
- sikre at pasientforløpet er i overensstemmelse med pasient- og brukerrettighetsloven, samt basert på nasjonalt handlingsprogram og relevante palliative kartleggingsverktøy
- sikre hvordan palliative pasientforløp kan integreres i eksisterende og framtidige pasientforløp, basert på kriterier knyttet til pasientens tilstand, behov for kompetanse og krav til teknologi/hjelpemidler
- sikre krav til nødvendig kompetanse på alle nivåer, jf. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen

---

<sup>1</sup> «Pasient» leses som «pasient/bruker» der dette passer.

- sikre Helse Stavanger HFs veiledningsansvar overfor kommunene, samt partenes gjensidige opplæringsansvar
- gi anbefalinger til videreutvikling av palliative tjenester

#### **4. Virkeområde**

Avtalen omfatter samarbeid omkring palliative pasienter<sup>2</sup> fra Helse Stavanger HF og kommunen.

«Verdens Helseorganisasjon (WHO 2002) definerer palliasjon»:

*Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved hjelp av tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art.”*

Delavtale 3 og 5 skal gjelde på området.

#### **5. Rettskilder**

Partenes ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester og tiltak knyttet til dette er i hovedsak regulert i følgende lovverk med tilhørende forskrifter og retningslinjer:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61
- Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63
- Lov om helsepersonell mv. av 2. juli 1999 nr. 64
- Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (2010)
- Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

Listen er ikke uttømmende og også bestemmelser i andre lovverk har betydning for partenes utførelse av oppgaver.

Partene har ansvar for til enhver tid å ha oppdatert kunnskap om gjeldende lovverk og endringer i disse som har betydning for utførelsen av helse- og omsorgsoppgaver. Partene har videre ansvar for å informere og lære opp egne ansatte, brukere og pasienter i nødvendige lovbestemmelser.

#### **6. Ansvars- og oppgavefordeling mellom helseforetaket og kommunene for området palliative pasienter**

Palliasjon praktiseres på alle områder og nivåer av helsevesenet. Palliativ medisin er en naturlig del av de fleste kliniske spesialiteter, men har i tillegg en egenart som ikke dekkes av noen eksisterende spesialitet.

Kriterier som definerer den palliative pasient i denne avtalen kan beskrives slik:

---

<sup>2</sup> «Pasient» leses som «pasient/bruker» der dette passer.

- pasienter med uhelbredelig, progressiv sykdom med svekket funksjon og stor symptombyrde og med behov for kvalifisert behandling, forebygging og lindring
- pasienter med behov for helhetlig, tverrfaglig tilnærming og systematisk samarbeid, samt behov for et samordnet behandlingsforløp i helseforetaket og kommunehelsetjenesten

## **6.1 Samhandling om palliative pasientforløp**

Palliativ behandling, pleie og omsorg krever samhandling på tvers av nivåene. For å imøtekomme pasientenes og de pårørendes behov er det nødvendig at en rekke ulike yrkesgrupper samarbeider.

Individuell plan er grunnleggende verktøy for samhandling og kontinuitet, dersom ikke annet anses som mer formålstjenlig for den enkelte pasient.

Alle valg i palliativ behandling må være basert på respekt for pasientens ønsker, autonomi, verdighet, individuelle behandlingsmål og hvor pasienten befinner seg i sykdomsforløpet.

De fleste pasienter i palliativ fase har et ønske om å tilbringe mest mulig tid i eget bosted/kommune. Kommunen har et ansvar for disse pasientene.

Forutsatt at pasientens problemer ikke kan bli tilfredsstillende ivaretatt av helse- og omsorgstjenesten i kommunen, har alle pasienter rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Ved behov for prioritering gjelder følgende kriterier (jf. nasjonalt handlingsprogram) for pasienter i spesialisthelsetjenesten i gitt rekkefølge: gruppe A: Akutte tilstander, gruppe B: Symptomlindring, gruppe C: Symptomforebygging og problemforebygging.

### **6.1.1 Felles ansvar og oppgaver**

1. bidra til å initiere og delta i nettverksmøter/felleskonsultasjoner
2. dokumentasjon for begge parter skal gi opplysninger om:
  - a. hvor i sykdomsforløpet pasienten befinner seg (stabil, progresjon, akselererende sykdom, kort forventet levetid, døende)
  - b. vurdere videre behandlingsintensitet
  - c. vurdering av hensiktsmessige tiltak – ønsker og reserverasjoner
  - d. hva skal/bør gjøres dersom det oppstår nye situasjoner/komplikasjoner
  - e. hvilken informasjon som er formidlet til pasient/pårørende

### **6.1.2 Kommunens ansvar og oppgaver**

1. opprette koordinerende enheter (helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3)
2. opprette koordinator for pasienter som avtalen gjelder for (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2)
3. iverksette individuell plan og utpeke plankoordinator
4. sørge for at innleggelsesskriv<sup>3</sup> følger pasienten
5. tilstrebe planlagt innleggelse i størst mulig grad

---

<sup>3</sup> Egen mal

6. vurdere behandlingstilbud/omsorgsnivå i kommunen før sykehusinnleggelse
7. sørge for riktig bruk av lindrende senger og palliativ kompetanse
8. vurdere interkommunalt samarbeid

### **6.1.3 Helseforetakets ansvar og oppgaver**

1. etablere formålstjenlige tverrfaglig team av spesialister med utgangspunkt i problemstillinger og behov hos den enkelte pasient
2. definere en relevant spesialitet/avdeling som har hovedansvaret for pasienten, dersom kontakt med Helse Stavanger HF er påkrevd. Dette ansvarsforhold kan endre seg i pasientforløpet og skal være vurdert i en tverrfaglig sammenheng
3. opprette koordinator for pasienter som avtalen gjelder for (jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a)
4. definere pasienter som har behov for åpen kontakt<sup>4</sup>
5. vurdere behov for individuell plan
6. sørge for at epikrise<sup>5</sup> og utskrivningsrapport skal følge pasienten ved utskrivelse.

## **6.2 Kompetanse**

Et av hovedmålene for organisering av palliasjon er at pasientene til enhver tid skal ha tilgang til nødvendig kompetanse. Kompetanseutvikling i palliasjon forutsetter at det utvikles strategier og planer for en gjensidig kompetanseutvikling, ref. pkt. 7.

Helse Stavanger HF har ansvar for å bistå med kvalifisert kompetanse og kunnskapsoverføring slik at kommunene settes i stand til å utføre oppgaver på en forsvarlig måte.

### **6.2.1 Felles ansvar og oppgaver**

1. drift av Nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling (KLB<sup>6</sup>)<sup>7</sup>
2. drift og videreutvikling av Palliativt forum<sup>8</sup>. Forumet består av eksisterende og fremtidige tverrfaglige kompetansemiljøer innen palliasjon.

### **6.2.2 Kommunens ansvar og oppgaver**

1. sørge for at ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven, får påkrevd videre- og etterutdanning
2. medvirke til at personell som utfører tjeneste eller arbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven i privat virksomhet som har avtale med kommunen, får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning

### **6.2.3 Helseforetakets ansvar og oppgaver**

1. sørge for tilstrekkelig kompetanse innad i Helse Stavanger HF

---

<sup>4</sup> Definisjon: «Åpen kontakt er et tilbud til enkeltpasienter som på grunn av sykdom eller sykdomsutvikling, kan forvente behov for akutt innleggelse i sykehuset. Det skal være et supplement, ikke en erstatning, for primærhelsetjenestens tilbud om omsorg og behandling. Pasient, pårørende eller primærhelsetjenesten skal kunne ta kontakt med den aktuelle sengepost for avklaring av problemstillinger relatert til sykdom eller behandling pasienten har vært innlagt for.»

<sup>5</sup> Egen mal

<sup>6</sup> Regionalt Kompetansesenter i lindrende behandling HR Vest, Bergen

<sup>7</sup> Se egen avtale om drift av nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling

<sup>8</sup> Palliativt forum bestående av lindrende enheter/senger, mobilt palliativt team og andre

2. legge arbeidsforholdene til rette slik at nødvendig kunnskap, personalmessige og tekniske ressurser er tilstrekkelig
3. sørge for at relevante avdelinger til enhver tid har ulike fagpersoner med grunnleggende kunnskap om palliasjon
4. etablere et adekvat palliativt fagmiljø ved Helse Stavanger HF

### **6.3 Veiledning og opplæring**

I tillegg til spesialisthelsetjenestens opplærings- og veiledningsplikt er partene enige om en gjensidig forpliktelse til kompetansehevende tiltak gjennom nettverksmøter/felleskonsultasjoner. Det er viktig at hospiteringsordninger videreføres og utvides til å gjelde flere yrkesgrupper.

#### **6.3.1 Felles ansvar og oppgaver**

1. utvikle kunnskap gjennom gjensidig systematisk hospitering, samarbeid om kompetansebygging mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten
2. veiledning/opplæring skal gis ved behov der pasient/bruker oppholder seg til enhver tid

#### **6.3.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver**

1. sikre at de ulike aktørene i kommunene får nødvendig opplæring for å fortsette behandlingstilbud som er påbegynt av Helse Stavanger HF
2. bidra til å heve og opprettholde nødvendig kompetanse innad i spesialisthelsetjenesten og i kommunens helse- og omsorgstjeneste

### **6.4 Utvikling av tjenester**

Målsettingen er at det er til enhver tid er tilgang til en kvalifisert fagperson, spesielt i situasjoner der iverksatte tiltak ikke fører frem.

Helse Stavanger HF skal etablere et fullverdig palliativt tilbud med et palliativt senter bestående av palliativt team og palliativ enhet i henhold til nasjonalt handlingsprogram.

#### **6.4.1 Felles ansvar og oppgaver**

1. videreutvikling og tydeliggjøring av ordningen åpen kontakt<sup>6</sup>
2. begge parter forplikter seg til å bidra til videre utvikling av tjenester som er nødvendig for et adekvat tjenestetilbud i forhold til relevante lover, forskrifter og ny kunnskap
3. begge parter skal bidra til oppstart og gjennomføring av relevant forskning, også når pasienten befinner seg på et annet nivå i helsetjenesten enn der forskningsprosjektet er formelt forankret

## **7. Oppfølging av avtalen**

Det vises til overordnet avtale når det gjelder samhandling mellom partene. Samhandlingsutvalget vurderer hvordan avtalen nærmere skal følges opp.

## **8. Avvik og mislighold**

Det vises til overordnet samarbeidsavtale når det gjelder håndtering av avvik og mislighold.

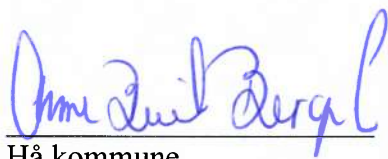
## 9. Uenighet

Uenighet og tvist etter denne avtalen skal løses etter bestemmelsene i overordnet samarbeidsavtale.

## 10. Iverksetting, revisjon og oppsigelse.

Bestemmelsene vedrørende iverksetting, revisjon og oppsigelse i punkt 14 i overordnet samarbeidsavtale gjelder tilsvarende for denne delavtalen.

Dato, 17.1.18.



Hå kommune

Dato, 2/1-18



Helse Stavanger HF