

Referat fra felles møte i fagrådene for pasientsamarbeid og legesamarbeid 30.01.2025

Sted: Teams

Til stede: Hanne Frøyshov, Elisabeth Kvam Tronstad, Gro Nina Helberg, Snorre Ness, Lene Gustavsen, Karin Wang Holmen, Kristian Børstad, Elisabeth Bratland Romuld, Solveig Kleven, Mona Lersveen, Sverre Morten Iversen, , Mihai Petreaca, Veronika Otervik, Liv Leth-Olsen , Sabine Moshövel, Lill-Merethe Bye, Tommy Aune Rehn, Turid Eian, Ann Sissel Helgesen, Ingvald Kjesbu, Carl Platou, Annbjørn Johansen, Emeli Sagmo Lauve, og Jonas Sjørmøling.

Agenda

1. Velkommen og kort om hvorfor vi har felles møte

v/ fagrådslederne Hanne Frøyshov og Elisabeth Tronstad

Møtet er satt opp på bakgrunn av at man ønsker en bedre samordning mellom fagrådene, basert på at det er mange saker som er overlappende, og at man har vil ha nytte av hverandres kompetanse.

2. Palliativ plan - tiltak i Handlingsplan og arbeidsgruppe i Fagråd for pasientsamarbeid

v/ Ann Sissel Wangberg Helgesen

Et ønske fra både fagpersoner, pasienter og pårørende om palliativ plan. Dette er også fastsatt i egen veileder. Lenke.

Ansatte fra Stjørdal har vært på besøk i Møre og Romsdal og fått innsikt i deres arbeid med palliativ plan.

Fagrådet for pasientsamarbeid har sett på arbeidet fra M&R, og ønsker å se videre på denne modellen. <https://www.helse-mr.no/fag-og-forskning/samhandling/palliativ-plan>

Innspill:

- Det er viktig at fastlegene må komme på banen i palliative forløp rundt sine pasienter. Her var man tettere på før. Veilederen er tydelig på at fastlegen er ansvarlig for pasienter når de er hjemme. Ønske om å legge en plan for pasienten på et tidlig stadium, og at fastlegen er påkoblet forløpet fra start av.
- Viktig å se i sammenheng med andre pakkeforløp.
- Nødvendig å oppnevne en primærkontakt/koordinator tidlig i et palliativt forløp. Mangelen på koordinering har gjort samarbeidet vanskelig i mange tilfeller. Dette er fastsatt i Helsedirektoratets veileder.
- Viktig å se dette i et bredere perspektiv et enkeltstående pakkeforløp. Prinsippene for palliativ plan må være gjennomgående for alle pasientforløp
- Ønskelig at dette er et forløp som er enkelt å dele/finne/følge opp i journalsystemene, og at det ikke blir for byråkratisk.

- Vi bør være forberedt på at antallet palliative pasienter med demensdiagnoser vil øke kraftig i årene som kommer. Samtidig er det en anbefale at vi bør tenke enklere, og ha et konkret forløp for alle palliative pasienter, uansett diagnoser. Det blir veldig arbeidskrevende dersom vi skal ha et løp for hver gruppe.
- Handlingsplanen til helsedirektoratet oppleves som tydelig, dersom vi kan få koblet på fastlegene i større grad vil vi kunne fått en bedre flyt.
- Et langvarig ønske fra brukerorganisasjonene at man skal få mest mulige standardiserte pasientforløp, uavhengig av diagnose og hvem som gir behandlingen.
- Standardiserte pasientforløp vil fungere best dersom de ikke blir for detaljerte, men angir en klar retning for behandlingen. Implementering av veldig detaljerte pakke/pasientforløp har vist seg vanskelig før.
- Pasienter og pårørende må involveres i helsefellesskapets arbeid med en palliativ plan.
- Pasienter og pårørende må involveres konkret i arbeidet med den enkelte palliative plan og få eierskap til denne. Samtidig er det viktig at alle parter får innsikt i en slik plan (kommuner, fastlege, sykehus etc.).

Sekretariatet og ledere/nestledere i fagrådene følger opp innspillene, og kommer tilbake til fagrådene om hvordan vi tar dette arbeidet videre i vårt Helsefellesskap.

3. Status og endringer i prosjektet «Hjem til hjem»

v/ Hanne Frøyshov

Endringsforslag [presenteres i ASU 17. februar.](#)

ASU ga et oppdrag til styringsgruppa i møtet i 18. september, gjennom dette vedtaket:

1. *ASU støtter vedtaket fra styringsgruppen og ber prosjektledelsen om å bidra til implementeringen i samarbeid med kommunene og Helse Nord-Trøndelag.*
2. *ASU sine medlemmer og observatører bes om å fortsatt bidra aktivt til forankring, understøttelse og forståelse for prosjektet i sitt bakapparat (organisasjon eller kommunegruppe).*
3. *ASU ber styringsgruppa gjøre en evaluering på i hvilken grad de gjenstående forbedringsmulighetene fortsatt er relevante for den videre framdriften i prosjektet, eller om det bør gjøres endringer på disse. Styringsgruppa rapporterer tilbake til ASU på dette 4. desember.*

Arbeidet i styringsgruppa har tatt lengre tid enn planlagt, og rapporteringen tilbake til ASU blir gjort 17. februar. Styringsgruppa har gjennomført en workshop der alle tiltak er gjennomgått og evaluert. Dette har ført til at de 12 tidligere forbedringsområdene blir redusert/konkretisert til tre tiltak.

4. Veien videre – framtidig samhandling mellom fagrådene

En verdi om samarbeid rundt saker som er overlappende utvikles.

Enkle tiltak er deling av arbeid og saker, men gjerne også felles møter innimellom

Viktig å ta opp saker i fellesskap dersom det ene fagrådet ser at man har behov for samarbeid/bistand/forankring. Pasienten er i sentrum i begge fagråd, og vi er sannsynligvis gjensidig avhengig av hverandre på mange områder.