
Forhåndssamtaler om siste livsfase

KORT RAPPORT

HEGE IHLE-HANSEN

hmihle@ous-hf.no

Senter for medisinsk etikk

Universitetet i Oslo

og

Medisinsk avdeling

Oslo universitetssykehus

og

Forskningsavdelingen

Bærum sykehus

Forfatterbidrag: idé, design, analyser, tolkning, litteratursøk, manusutkast, revisjon, innsending og godkjenning av innsendte manusversjon.

Hege Ihle-Hansen er ph.d., spesialist i indremedisin og i geriatri og førsteamanuensis.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt foredragshonorar fra Astellas, AstraZeneca og Novartis samt rådgivningshonorar fra AstraZeneca og Novo Nordisk uten relasjon til dette manuskriptet.

HÅKON IHLE-HANSEN

Forskningsavdelingen

Bærum sykehus

og

Medisinsk avdeling

Bærum sykehus

Forfatterbidrag: design, analyse, tolkning, revisjon og godkjenning av innsendte manusversjon.

Håkon Ihle-Hansen er ph.d., spesialist i indremedisin og i geriatri, overlege og forsker.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredragshonorar fra Pfizer, Bayer og Astellas uten relasjon til dette manuskriptet.

SIRI ROSTOFT

Geriatrisk avdeling

Oslo universitetssykehus

og

Institutt for klinisk medisin

Universitetet i Oslo

Forfatterbidrag: tolkning, revisjon og godkjenning av innsendte manusversjon.

Siri Rostoft er ph.d., spesialist i indremedisin og i geriatri og professor.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JOHN MUNKHAUGEN

Medisinsk avdeling

Drammen sykehus

og

Avdeling for atferdsmedisin

Universitet i Oslo

Forfatterbidrag: idé, design, tolkning, litteratursøk, revisjon og godkjenning av innsendte manusversjon.

John Munkhaugen er ph.d., spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer, enhetsoverlege og professor.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt forelesningshonorar fra Boehringer Ingelheim, Sanofi, Bayer og Novartis uten relasjon til dette manuskriptet.

SIRI FÆRDEN WESTBYE

Senter for medisinsk etikk

Universitetet i Oslo

Forfatterbidrag: tolkning, revisjon, litteratursøk og godkjenning av innsendte manusversjon.

Siri Færden Westbye er ph.d.-stipendiat og lege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MARIA ROMØREN

Senter for medisinsk etikk

Universitetet i Oslo

Forfatterbidrag: design, datainnsamling, tolkning, revisjon og godkjenning av innsendte manusversjon.

Maria Romøren er ph.d., spesialist i allmenntidrett og førsteamanuensis.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TRYGVE JOHANNES LEREIM SÆVAREID

Senter for medisinsk etikk

Universitetet i Oslo

Forfatterbidrag: tolkning, revisjon og godkjenning av innsendte manusversjon.

Trygve Johannes Lereim Sævareid er ph.d., sykepleier, postdoktor og førsteamanuensis.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LINN BRØDERUD

Senter for medisinsk etikk

Universitetet i Oslo

Forfatterbidrag: tolkning, revisjon, litteratursøk og godkjenning av innsendte manusversjon.

Linn Brøderud er ph.d.-stipendiat og sykepleier.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KARIN BERG HERMANSEN

Institutt for helsevitenskap

NTNU

Ålesund

Forfatterbidrag: tolkning, revisjon og godkjenning av innsendte manusversjon.

Karin Berg Hermansen er ph.d.-stipendiat og intensivsykepleier.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MARIE HAMILTON LARSEN

Avdeling for atferdsmedisin

Universitet i Oslo

og

Lovisenberg diakonale høgskole

Forfatterbidrag: design, datainnsamling, tolkning, revisjon og godkjenning av innsendte manusversjon.

Marie Hamilton Larsen er ph.d., spesialsykepleier og professor.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ASTRID KLOPSTAD WAHL

Institutt for helse og samfunn
Universitet i Oslo

Forfatterbidrag: tolkning, revisjon og godkjenning av innsendte manusversjon.

Astrid Klopstad Wahl er ph.d., sykepleier og professor.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MARC AHMED

Geriatrisk avdeling

Oslo universitetssykehus

Forfatterbidrag: tolkning, revisjon og godkjenning av innsendte manusversjon.

Marc Ahmed er spesialist i indremedisin og i geriatri og seksjonsleder.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

REIDAR PEDERSEN

Senter for medisinsk etikk

Universitetet i Oslo

Forfatterbidrag: design, datainnsamling, tolkning, revisjon og godkjenning av innsendte manusversjon.

Reidar Pedersen er ph.d., lege og professor.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Bakgrunn

Det foreligger nye nasjonale faglige råd om forhåndssamtaler om siste livsfase. Trygghet i kommunikasjon er viktig for implementering. Formålet med denne studien var å kartlegge helsepersonells selvopplevde trygghet i kommunikasjon om fremtidig helsehjelp og pasientens ønsker i livets slutfase.

Materiale og metode

Helsepersonell ved tolv geriatriske enheter i Helse Sør-Øst besvarte en nettbasert spørreundersøkelse høsten 2022. De fire svaralternativene for selvrapportert trygghet – «lite trygg», «nokså trygg», «meget trygg» og «svært trygg» – er slått sammen til to kategorier: «begrenset trygghet» («lite trygg» og «nokså trygg») og «høy trygghet» («meget trygg» og «svært trygg»).

Resultater

Vi fikk svar fra 289 av 470 (61,5 %) av de inviterte, med en gjennomsnittsalder på $37,8 \pm 11,3$ år, hvorav 217 av 289 (75 %) hadde mer enn fem års yrkeserfaring. Blant legene rapporterte 15 av 67 (22 %) begrenset trygghet i kommunikasjon om «fremtidig forverring av pasientens helsetilstand», 20 av 67 (30 %) om «livsforlengende behandling» og 13 av 67 (19 %) om «ønsker for livets slutfase». For annet helsepersonell var tilsvarende responser 119 av 222 (54 %), 140 av 222 (63 %) og 109 av 222 (49 %).

Fortolkning

Egenvurdert trygghet i kommunikasjon om fremtidig forverring, fremtidig helsehjelp og pasientens egne ønsker i livets slutfase varierer, og er begrenset blant mye helsepersonell i geriatiske enheter. Det synes nødvendig med tiltak for å øke tryggheten i kommunikasjon og implementering av forhåndssamtaler i helsetjenesten.

Hovedfunn

Blant leger oppga 20 av 67 (30 %) begrenset trygghet i kommunikasjon om «fremtidig helsehjelp», mens av annet helsepersonell svarte 140 av 222 (63 %) det samme. For kommunikasjon om «ønsker for livets siste fase» fant vi at 13 av 67 (19 %) av legene og 109 av 222 (49 %) av annet helsepersonell oppga begrenset trygghet.

Helsedirektoratet lanserte nylig nasjonale faglige råd om forhåndssamtaler for pasienter med begrenset levetid [\(1\)](#). Forhåndssamtaler er en kommunikasjonsprosess om pasientens verdier og ønsker for medvirkning og fremtidig behandling, pleie og omsorg for å bidra til at helsehjelpen samsvarer med disse, også når pasienten blir dårligere. Det er anbefalt at pårørende involveres, og samtalene bør dokumenteres.

Forhåndssamtaler er særlig aktuelt hos eldre med stor sykdomsbelastning og skrøpeligheit. Systematiske oversiktsartikler viser at forhåndssamtaler oppfattes positivt av pasienter, pårørende og klinikere, og at de fører til bedre kommunikasjon og medvirkning [\(2\)](#). Likevel er forhåndssamtaler lite brukt i sykehus. En mulig årsak er mangelfull trygghet i kommunikasjon [\(3\)](#). Kunnskap og erfaring med pasienter i livets slutfase bidrar trolig til økt trygghet i å gjennomføre forhåndssamtaler [\(3\)](#).

Vi ønsket å kartlegge hvor trygge helsepersonell i geriatiske enheter var i å kommunisere om fremtidig forverring i helsetilstand, samt pasientens ønsker om fremtidig behandling og omsorg i livets slutfase.

Materiale og metode

I forkant av en klyngerandomisert studie av implementering av forhåndssamtaler ved geriatrike enheter i Helse Sør-Øst, med mål om bedre involvering av pasient og pårørende (4), gjennomførte vi en nettbasert spørreundersøkelse (se appendiks 1). Helsepersonell ved geriatrike enheter i 12 av 15 sykehus deltok fra 18.10.2022 til 14.11.2022, mens 3 avdelinger ikke ønsket å delta. Hensikten var å undersøke dagens praksis for kartlegging av preferanser og etterfølgelse av disse, beslutningsprosesser ved manglende samtykkekompetanse, og trygghet i kommunikasjon om fremtidig helsetilstand. Her presenteres del 3 i spørreundersøkelsen om egenvurdert trygghet i kommunikasjon for fremtidig helsehjelp, mens i hvilken grad vi inkluderer pasientens preferanser for informasjon, involvering og behandling når vi tilbyr helsehjelpen her og nå, er publisert tidligere (5). Sykehusene som deltok, hadde enten egne akuttgeriatrike enheter eller indremedisinske enheter med egne senger for geriatrike pasienter, bemannet med spesialisert tverrfaglig helsepersonell, inkludert minst én geriater.

De fire svaralternativene for selvrapportert trygghet – «lite trygg», «nokså trygg», «meget trygg» og «svært trygg» (se appendiks 2) – er i tabell 1 slått sammen til to kategorier: «begrenset trygghet» («lite trygg» og «nokså trygg») og «høy trygghet» («meget trygg» og «svært trygg») for å forenkle analyser og gi en tydeligere resultatpresentasjon. Kontinuerlige variabler presenteres med gjennomsnittsverdi ± standardavvik, og kategoriske variabler som antall/total og prosentandel, separat for leger og annet helsepersonell (tabell 1). Vi sammenlignet i tillegg svarene til sykepleiere med svarene til fysioterapeuter, ergoterapeuter og helsefagarbeidere for å se om sykepleiere skilte seg fra annet helsepersonell enn leger.

Tabell 1

Egenrapporter trygghet i kommunikasjon blant helsepersonell ($n = 289$) ved tolv geriatrike enheter i Helse Sør-Øst høsten 2022.

Spørsmål	Leger ($n = 67$)	Annet helsepersonell ($n = 222$)
Hvor trygg er du på at du kan snakke om ...	n (%)	n (%)
... fremtidig forverring av pasientenes helsetilstand?		
Med pasient		
Begrenset trygghet	15 (22)	119 (54)
Høy trygghet	52 (78)	103 (46)
Med pårørende		
Begrenset trygghet	14 (21)	142 (64)
Høy trygghet	53 (79)	80 (36)

Spørsmål	Leger (n = 67)	Annet helsepersonell (n = 222)
Med pasient og pårørende		
Begrenset trygghet	19 (28)	143 (64)
Høy trygghet	48 (72)	79 (36)
Med annet helsepersonell		
Begrenset trygghet	7 (10)	46 (21)
Høy trygghet	60 (90)	176 (79)
... hvor mye livsforlengende behandling pasienten ønsker ved alvorlig forverring av helsetilstanden?		
Med pasient		
Begrenset trygghet	20 (30)	140 (63)
Høy trygghet	47 (70)	82 (37)
Med pårørende		
Begrenset trygghet	19 (28)	156 (70)
Høy trygghet	48 (72)	66 (30)
Med pasient og pårørende		
Begrenset trygghet	23 (34)	156 (70)
Høy trygghet	44 (66)	66 (30)
Med annet helsepersonell		
Begrenset trygghet	7 (10)	72 (32)
Høy trygghet	60 (90)	150 (68)
... pasientens ønsker for pleie og omsorg i fremtiden?		
Med pasient		
Begrenset trygghet	5 (7)	31 (14)
Høy trygghet	62 (93)	191 (86)
Med pårørende		
Begrenset trygghet	6 (9)	42 (19)
Høy trygghet	61 (91)	180 (81)
Med pasient og pårørende		
Begrenset trygghet	7 (10)	41 (18)
Høy trygghet	60 (90)	181 (82)
Med annet helsepersonell		
Begrenset trygghet	4 (6)	20 (9)
Høy trygghet	63 (94)	202 (91)

Spørsmål	Leger (n = 67)	Annet helsepersonell (n = 222)
... behandling og omsorg når livet nærmer seg slutten for pasientene?		
Med pasient		
Begrenset trygghet	13 (19)	109 (49)
Høy trygghet	54 (81)	113 (51)
Med pårørende		
Begrenset trygghet	13 (19)	121 (55)
Høy trygghet	54 (81)	101 (45)
Med pasient og pårørende		
Begrenset trygghet	17 (25)	123 (55)
Høy trygghet	50 (75)	99 (45)
Med annet helsepersonell		
Begrenset trygghet	5 (7)	50 (23)
Høy trygghet	62 (93)	172 (77)

Studien er godkjent av Sikt (805491) med digital samtykkeløsning. ClinicalTrials.gov identifier: NCT05681585.

Resultater

Til sammen deltok 289 av 470 (61,5 %) inviterte helsepersonell, der 217 av 289 (75 %) hadde mer enn fem års yrkeserfaring. Gjennomsnittsalderen var 37,8 ± 11,3 år, 235 av 289 (81 %) var kvinner, 67 av 289 (23 %) var leger (hvorav 41 av 67 (61 %) var geriatere), 156 av 289 (54 %) var sykepleiere, 31 av 289 (11 %) var fysio,- og ergoterapeuter og 35 av 289 (12 %) var helsefagarbeidere. Deltakelsen mellom de ulike enhetene varierte fra 6 av 16 (38 %) til 24 av 30 (80 %).

Totalt rapporterte 15 av 67 (22 %) av legene og 119 av 222 (54 %) av annet helsepersonell begrenset grad av trygghet i å snakke med pasienten om fremtidig forverring (tabell 1). Videre oppga 20 av 67 (30 %) av legene og 140 av 222 (63 %) av annet helsepersonell begrenset grad av trygghet i kommunikasjon med pasienten om livsforlengende behandling, og 13 av 67 (19 %) vs. 109 av 222 (49 %) om ønsker for livets slutfase. Flere av respondentene oppga begrenset trygghet i kommunikasjon med pasient og pårørende sammen, sammenlignet med kommunikasjon med pasient alene (tabell 1). Sykepleiernes besvarelser skilte seg ikke fra de øvrige i gruppen «annet helsepersonell» (data ikke vist).

Diskusjon

I denne nettbaserte undersøkelsen oppgis det varierende grad av trygghet i kommunikasjon om fremtidig forverring, livsforlengende behandling og helsehjelp i livets slutfase. Rundt en fjerdedel av legene og halvparten av annet helsepersonell oppgir begrenset trygghet. Kommunikasjon med pasient og pårørende sammen ble av noen rapportert som mer utrygt, mens en stor andel opplever høy grad av trygghet i kommunikasjon kun med helsepersonell.

Det er mange mulige forklaringer på den rapporterte utryggheten. Det kan være økende muligheter for livsforlengelse, vektlegging av kurasjon, usikkerhet rundt prognose og hva som er akseptabel livskvalitet, manglende åpenhet eller høy terskel for å snakke om døden. Mangelfull opplæring eller liten erfaring kan også spille inn. Andre forklaringer kan være urealistiske forventninger og begrenset helsekompetanse hos pasient og pårørende (6). En norsk kvalitativ studie av yngre leger beskriver en generell usikkerhet, der mange unnlater å si noe konkret om prognose på grunn av usikkert kunnskapsgrunnlag, manglende konsensus i kollegiet og personlig utrygghet (7).

To tredjedeler av legene i denne undersøkelsen var geriatere. Denne spesialiteten gir kompetanse og erfaring i å snakke om livets slutfase, noe som kan forklare hvorfor legene rapporterte høyere grad av trygghet enn annet helsepersonell. Videre arbeider sykepleierne pasientnært og kan derfor føre samtaler om livets slutfase, mens prognose og behandlingsoalternativer primært er legenes oppgave. Det er grunn til å anta at det kan være større utrygghet i denne typen kommunikasjon andre steder i helsetjenesten.

Trygghet i kommunikasjon er trolig en nødvendig, men ikke tilstrekkelig, forutsetning for gjennomføring av forhåndssamtaler. Opplæringsbehov kan variere avhengig av profesjon. Ved implementering av forhåndssamtaler bør tverrfaglig kompetanse i kommunikasjon med både pasient og pårørende vektlegges. Legers rolle ser ut til å være viktig, spesielt i de medisinskfaglige aspektene av samtalene. Kompetanseheving bør også innlemmes i helseutdanningene, inkludert i etterutdanningene (8).

Svakheter ved studien er begrenset validering av spørreskjemaet, varierende svarprosent der det ikke kan utelukkes at de som ikke besvarte, ville respondert annerledes, samt ulik størrelse på enhetene. Vi vet ikke om selvrappert trygghet, slik vi har målt det, øker kvaliteten på forhåndssamtaler, kommunikasjon eller medvirkning. Dette bør undersøkes nærmere.

Konklusjon

Egenvurdert trygghet i kommunikasjon om fremtidig helsehjelp og pasientens ønsker mot livets slutt var varierende og begrenset blant mye helsepersonell i geriatriske enheter. Kompetanse og erfaring bidrar trolig til økt trygghet.

REFERENCES

1. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige råd for forhåndssamtaler og planlegging ved begrenset forventet levetid.
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/Forhandssamtaler-og-planlegging-ved-begrenset-forventet-levetid> Lest 23.9.2024.
2. Jimenez G, Tan WS, Virk AK et al. Overview of Systematic Reviews of Advance Care Planning: Summary of Evidence and Global Lessons. *J Pain Symptom Manage* 2018; 56: 436–459.e25. [PubMed][CrossRef]
3. Westbye SF, Rostoft S, Romøren M et al. Barriers and facilitators to implementing advance care planning in naïve contexts - where to look when plowing new terrain? *BMC Geriatr* 2023; 23: 387. [PubMed][CrossRef]
4. Romøren M, Hermansen KB, Sævareid TJJ et al. Implementation of advance care planning in the routine care for acutely admitted patients in geriatric units: protocol for a cluster randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2024; 24: 220. [PubMed][CrossRef]
5. Ihle-Hansen H, Pedersen R, Westbye SF et al. Patient preferences in geriatric wards, a survey of health care professionals' practice, experience and attitudes. *Eur Geriatr Med* 2024; 15: 153–8. [PubMed][CrossRef]
6. Magelssen M, Førde R. Etikk ved livets slutt. I: Magelssen M, red. *Etikk i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal, 2020: 118.
7. Ofstad EH, Asdal K, Nightingale B et al. LIS1-leger og medisinsk usikkerhet – en kvalitativ studie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.22.0428. [PubMed][CrossRef]
8. Okada H, Morita T, Kiuchi T et al. Health care providers' knowledge, confidence, difficulties, and practices after completing a communication skills training program for advance care planning discussion in Japan. *Ann Palliat Med* 2021; 10: 7225–35. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 1. november 2024. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0105

Mottatt 21.2.2024, første revisjon innsendt 11.6.2024, godkjent 23.9.2024.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.