

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Felles rutiner gjør det lettere å samarbeide om forhåndssamtaler i hjemmetjenesten

Sykepleiere og leger synes det kan være vanskelig å vite når de skal ta initiativ til en forhåndssamtale. Pasientens behov og mottakelighet bør styre tidspunktet.

Anne Dvergsnes Aamodt

Spesialsykepleier
Sørlandet sykehus HF

Camilla Jenshus Hansen

Avansert klinisk allmennsykepleier
Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Agder (vest)

Ellen Dahl Gundersen

Dosent
Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Universitetet i Agder

Palliasjon

Samhandling

Hjemmesykepleie

Sykepleien 2026;110(109573):e-109573

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2026.109573](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2026.109573)

Hovedbudskap

En felles forståelse av pasientens situasjon er viktig for et godt samarbeid om forhåndssamtaler og palliativ plan i hjemmetjenesten. Tidlig og individuelt tilpasset oppstart, avtalte samarbeidsformer, tydelig ansvarsfordeling og opplæring av hele teamet kan gjøre dette arbeidet lettere.

Som følge av endret oppgavefordeling i helsetjenesten har kommunene fått større ansvar for alvorlig syke pasienter som får palliativ behandling hjemme (1, 2).

Meld. St. 24 (3) og NOU 2017: 16 (4) fremhever planlegging og samhandling som viktig for å skape helhetlige, trygge og forutsigbare palliative forløp. Forhåndssamtaler og palliative planer kan være verktøy for å følge opp disse anbefalingene.

En forhåndssamtale gir pasienten mulighet til å fortelle om bekymringer og om hva som er viktig nå og fremover. Pårørende kan delta dersom pasienten ønsker det (5). Samtalen kan danne grunnlag for en palliativ plan som beskriver mål, ansvar og tiltak. Planen kan bidra til trygghet og forutsigbarhet (6).

Sykepleieren fanger opp pasientens behov

Å utarbeide og følge opp planen krever samarbeid mellom fastlegen og sykepleieren i hjemmetjenesten. Fastlegen har det medisinske ansvaret (7), mens sykepleieren ivaretar pleie- og omsorgsbehov og ofte har tette kontakt med pasienten (8).

Sykepleieren har derfor en sentral rolle i å fange opp behovet for en forhåndssamtale, formidle pasientens ønsker og følge opp planen.

«Sykepleieren har en sentral rolle i å fange opp behovet for en forhåndssamtale, formidle pasientens ønsker og følge opp planen.»

Med unntak av et prosjekt i Helse Møre og Romsdal (6) er det forsket lite på forhåndssamtaler i hjemmetjenesten. Vi vet derfor lite om hvordan sykepleiere i hjemmetjenesten opplever samarbeidet med fastleger om å ta initiativ til og gjennomføre forhåndssamtaler og følge opp palliative planer.

Kunnskap om hva som fremmer og hemmer dette samarbeidet, er viktig for å styrke sykepleiernes rolle og sikre gode palliative forløp i hjemmet.

Leger og sykepleiere delte sine erfaringer

I 2025 startet Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester, USHT Agder (vest), prosjektet «Innføring av palliativ plan i Agder» (9). Denne kvalitative studien ble gjennomført som en masteroppgave og var knyttet til USHT-prosjektet gjennom Kommuneforskningsprogrammet (10).

Hensikten med studien var å få innsikt i hva leger og sykepleiere vurderte som viktig i samarbeid om forhåndssamtaler for alvorlig syke som bor hjemme.

Data ble samlet inn gjennom tre fokusgrupper med til sammen ti sykepleiere og to leger. Deltakerne ble rekruttert fra legesentre og hjemmetjenester som deltok i USHT-prosjektet, og gjennom nettverk for ressurspersoner innen lindring. For å delta måtte legene og sykepleierne ha minst ett års arbeidserfaring.

Masterstudenten gjennomførte intervjuene ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide. Det ble lagt opp til en åpen dialog der deltakerne kunne komme med sine tanker og innspill. Intervjuene ble tatt opp, transkribert til tekst og analysert etter Braun og Clarkes reflekssive modell for tematisk analyse (11).

Felles forståelse styrker samarbeidet

Deltakerne pekte på en felles forståelse av pasientens situasjon som en forutsetning for godt samarbeid. Legen og sykepleieren møter pasienten i ulike situasjoner og gjør forskjellige observasjoner. Derfor kan de også vurdere tilstanden ulikt.

De bruker dessuten ulike digitale systemer og har ikke tilgang til det den andre journalfører. Det kan gjøre det vanskelig å se observasjoner og vurderinger i sammenheng og få et helhetlig bilde av pasientens situasjon.

Elektroniske meldinger ble beskrevet som viktige for å utveksle informasjon og samarbeide godt. Når legen og sykepleieren ikke har tilgang til hverandres journaler, kan elektroniske meldinger få ekstra stor betydning for en felles forståelse av pasientens situasjon.

Samtidig fortalte deltakerne at det tidvis kunne bli mange meldinger, noe som økte risikoen for at viktig informasjon glapp.

Fysiske møter gir rom for samarbeid

Deltakerne mente også at fysiske møter mellom lege og sykepleier var viktige. Felles hjemmebesøk ga mulighet til å drøfte situasjonen og observere pasienten sammen. Dette samsvarer med Orvik (12), som fremhever møteplasser for tverrprofesjonelle drøftinger, og Vik (13), som knytter godt samarbeid til nærhet og relasjoner mellom aktørene.

Store geografiske avstander og mange fastleger knyttet til hjemmesykepleien kunne gjøre det vanskelig å etablere og opprettholde nære relasjoner og et godt samarbeid. Selv om deltakerne fremhevet fysiske møter, kan mangel på tid og ressurser samt store avstander gjøre andre samarbeidsformer nødvendige.

«Felles hjemmebesøk ga mulighet til å drøfte situasjonen og observere pasienten sammen.»

Telefon- og videomøter kan være gode alternativer som gir rom for dialog og felles vurderinger.

Valg av samarbeidsform bør ta utgangspunkt i pasientens behov og situasjon og legge til rette for god nok informasjonsutveksling og utvikling av en felles forståelse. Felles hjemmebesøk bør prioriteres i komplekse situasjoner, ved store endringer i pasientens tilstand eller når en palliativ plan skal utarbeides.

Pleie- og omsorgsmeldinger kan brukes til løpende oppdateringer og spørsmål om behov for å justere planen.

Tidspunktet for samtalen er vanskelig å vurdere

Både sykepleierne og legene syntes det var vanskelig å vurdere når en forhåndssamtale burde gjennomføres. Sykepleierne mente at samtalen kunne tilbys når pasientens tilstand begynte å forverres, men før døden var nært forestående.

Samtidig var de redde for å ta initiativ for tidlig. Det var lettere når pasienten eller de pårørende tok initiativ, fordi det ga en «inngangsport» til vanskelige temaer. For fastlegene kunne informasjon fra hjemmetjenesten eller en epikrise åpne for en samtale om veien videre.

Deltakerne trakk også frem legemiddelgjennomgang, årskontroll og oppfølging etter sykehusinnleggelse som naturlige anledninger til å vurdere behovet for og introdusere en forhåndssamtale. Sykepleierne etterlyste et skåringsverktøy som kunne hjelpe dem med å vurdere hvilke pasienter som burde tilbys en slik samtale.

Pasientens mottakelighet avgjør tidspunktet

Funnene viser at det kan være vanskelig å finne balansen mellom å starte tidlig og å finne riktig tidspunkt. Combes og medarbeidere (14) fant at en tidlig oppstart kan gi pasienten tid til å forstå hva planleggingen innebærer, delta aktivt og etablere tillit til helsepersonellet.

Det riktige tidspunktet kan likevel variere med sykdomsforløpet og hvor klar pasienten er for en slik samtale.

«Legemiddelgjennomgang, årskontroll og oppfølging etter sykehusinnleggelse kan være naturlige anledninger til å ta opp temaet.»

Koblingen til legemiddelgjennomgang, årskontroll og oppfølging etter sykehusinnleggelse bør kun fungere som en påminnelse til helsepersonell og ikke være en fast regel.

Pasientens mottakelighet og behov bør være styrende. Kunnskap om betydningen av å starte tidlig og om naturlige anledninger til å ta opp temaet er derfor ikke alltid nok. Helsepersonell må også være trygge på når og hvordan samtalen bør innledes.

Veiledning gjør sykepleierne tryggere

SPICT (15) er et validert kartleggingsverktøy som kan hjelpe helsepersonell med å identifisere behov for palliativ behandling og planlegging. Flere av indikatorene handler imidlertid om klinisk forverring og funksjonsfall. Hvis disse får stor betydning for når samtalen tas opp, kan forhåndssamtalen komme senere i sykdomsforløpet enn ønskelig.

SPICT bør derfor brukes som støtte i faglige vurderinger og i dialog med pasienten, og ikke som en prosedyre for når samtalen skal innledes.

Deltakerne fremhevet støtte fra erfarne kollegaer som viktig når de skulle vurdere tidspunktet for en forhåndssamtale. Det tyder på at denne kompetansen også utvikles gjennom praktisk erfaring og faglige diskusjoner i kollegiet. Simuleringstrening i forhåndssamtaler ble også trukket frem.

Funnene kan peke mot at simulering og veiledning fra erfarne kolleger kan gjøre sykepleierne tryggere på å vurdere tidspunktet og innlede forhåndssamtalen.

Hele teamet bidrar i forhåndssamtalen

Deltakerne var enige om at alle i teamet kunne og burde ta initiativ til en forhåndssamtale, men at de ulike profesjonene hadde forskjellige oppgaver i gjennomføringen. Legen hadde hovedansvaret for medisinske spørsmål, mens sykepleieren ivaretok pleie- og omsorgsbehov samt eksistensielle og sosiale forhold.

Helsefagarbeiderne ble også trukket frem som viktige. De kjenner ofte pasienten godt og kan fange opp behovet for en forhåndssamtale og formidle det videre til sykepleieren eller fastlegen.

For at hele teamet skal kunne bidra, må alle få opplæring i hva en forhåndssamtale er, og hvilke pasienter den kan være aktuell for. Dette støttes av Combes og medarbeidere (14), som fremhever tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter som en forutsetning for å kunne forstå, delta i og følge opp planleggingen.

Nagarajan og medarbeidere (16) fant også at opplæring av bare én yrkesgruppe kunne føre til manglende støtte fra andre yrkesgrupper som ikke hadde fått den samme opplæringen. Det viser hvor viktig det er at hele teamet får opplæring, ikke bare enkelte yrkesgrupper.

Tydelige rutiner gjør samarbeidet enklere

I tillegg til felles opplæring kan tydelige rutiner gjøre det lettere å koordinere arbeidet mellom yrkesgruppene. Ifølge Sævareid og medarbeidere (17) kan manglende standardisering av palliativ omsorg føre til ulik praksis og kvalitet.

Mauleon og Staffileno (18) fant at bruken av forhåndssamtaler økte etter at det ble innført et standardisert program. Programmet omfattet opplæring, identifisering av aktuelle pasienter og en trinnvis, tverrfaglig prosess med avklarte oppgaver og ansvar.

«Sjekklistene og prosedyrer kan gi faglig støtte, avklare hvem som har ansvar for hva, og gjøre samarbeidet mellom yrkesgruppene enklere.»

Sjekklistene og prosedyrer kan gi faglig støtte, avklare hvem som har ansvar for hva, og gjøre samarbeidet mellom yrkesgruppene enklere.

Samtidig kan faste punkter føre til at helsepersonellets agenda styrer samtalen mer enn pasientens ønsker og behov. Slike verktøy bør derfor brukes fleksibelt og tilpasses den enkelte pasient.

Tre tiltak kan gjøre samarbeidet enklere

Denne studien viser at en felles forståelse av pasientens situasjon og et strukturert samarbeid mellom fastlegen og hjemmetjenesten er viktig for å innføre forhåndssamtaler og palliative planer. På bakgrunn av funnene foreslås følgende tiltak:

- **Etablere rutiner for å finne aktuelle pasienter og vurdere tidspunkt:**
Legemiddelgjennomgang, årskontroll og oppfølging etter sykehusinnleggelse kan være naturlige anledninger til å vurdere behovet for en forhåndssamtale. Samtidig må pasientens behov og mottakelighet være styrende.
- **Avklare samarbeidsformer og ansvar mellom fastlegen og hjemmetjenesten:**
Elektroniske meldinger, telefon- og videomøter og fysiske møter kan brukes til å utveksle informasjon, avhengig av pasientens situasjon. Felles hjemmebesøk bør prioriteres ved komplekse behov, store endringer i pasientens tilstand og når en palliativ plan skal utarbeides.
- **Gi opplæring til hele teamet:** Det bør legges til rette for opplæring og simulering i forhåndssamtaler, kombinert med erfaringsdeling og veiledning fra erfarne kolleger. Opplæringen bør omfatte alle yrkesgrupper som er involvert i arbeidet.

Studien gir innsikt i et lite utforsket tema

Studien belyser et tema som det er forsket lite på i hjemmetjenesten. Fokusgruppeintervjuer med leger og sykepleiere ga verdifull innsikt i hva de vurderte som viktig i samarbeid om forhåndssamtaler.

Selv om utvalget var geografisk avgrenset og sammensetningen av deltakerne var skjevfordelt, kan funnene likevel være relevante for andre hjemmetjenester med liknende rammer og organisering.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



ROM FOR SAMTALE: Legemiddelgjennomgang, årskontroll og oppfølging etter sykehusinnleggelse kan være gode anledninger til å snakke om hva som er viktig for pasienten fremover. *Illustrasjonsfoto: Studio Romantic / Shutterstock / NTB*

1. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009 [hentet 24. mars 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>
2. Johansen LB. – Flere vil dø hjemme [internett]. Oslo: Sykepleien; 24. september 2021 [hentet 24. mars 2026]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/2021/09/flere-vil-do-hjemme>
3. Meld. St. 24 (2022–2023). Fellesskap og meistring – Bu trygt heime [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023 [hentet 6. september 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/>
4. NOU 2017: 16. På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2017 [hentet 24. mars 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/>
5. Ahmed MV. Forhåndssamtaler med alvorlig syke (geriatiske) pasienter i sykehus – en veileder og en pilotstudie. *Omsorg*. 2020;37(2):11–5.
6. Alme TY, Driller B, Olsen LA. Implementering av Palliativ plan – fokus på livet og livskvalitet. *Omsorg*. 2020;37(2):36–41.
7. Husebø BS, Husebø S. Behandling ved livets slutt – legen har nøkkelposisjonen. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2012;132:1426–7. DOI: [10.4045/tidsskr.12.0221](https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0221)

8. Fjørtoft AK. Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter. 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2024.
9. Kristiansand kommune. Palliativ plan 2025 [internett]. Kristiansand: Kristiansand kommune; 2. juni 2025 [oppdatert 24. juni 2025; hentet 24. mars 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.kristiansand.kommune.no/tema/usht/prosjekter/palliativplan/>
10. Universitetet i Agder (UiA). Kommuneforskningsprogrammet [internett]. Grimstad: UiA; u.å. [hentet 24. mars 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.uia.no/om-uia/senter-og-nettverk/sof/kfp/index.html>
11. Braun V, Clarke V. Thematic analysis: a practical guide. London: SAGE; 2022.
12. Orvik A. Organisatorisk kompetanse: innføring i faglig ledelse, samhandling og kvalitetsforbedring. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2022.
13. Vik E. Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. Tidsskr Velferdsforskn. 2018;21(2):119–47. DOI: [10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03](https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03)
14. Combes S, Nicholson CJ, Gillett K, Norton C. Implementing advance care planning with community-dwelling frail elders requires a system-wide approach: An integrative review applying a behaviour change model. Palliat Med. 2019;33(7):743–56. DOI: [10.1177/0269216319845804](https://doi.org/10.1177/0269216319845804)
15. Bergenholtz H, Weibull A, Raunkjær M. Kan SPICT bidrage til at identificere mennesker med livstruende sygdom og lægge en palliativ plan? Omsorg. 2020;37(2):26–31. Tilgjengelig fra: <https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2020/08/Kan-SPICT-bidrage-til-at-identificere-mennesker-Omsorg-2.2020.pdf>
16. Nagarajan SV, Lewis V, Halcomb E, Rhee J, Morton RL, Mitchell GK, et al. Barriers and facilitators to nurse-led advance care planning and palliative care practice change in primary healthcare: a qualitative study. Aust J Prim Health. 2022;28(2):151–7. DOI: [10.1071/PY21081](https://doi.org/10.1071/PY21081)
17. Sævareid TJL, Aasmul I, Hjorth NE. Implementation of Advance Care Planning in Norway. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2023;180:163–7. DOI: [10.1016/j.zefq.2023.05.017](https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.05.017)
18. Mauleon J, Staffileno BA. Integration of an Advance Care Planning Model in home health: favorable outcomes in end-of-life discussions, POLST rates, and 60-day hospital readmissions. Home Healthc Now. 2019;37(6):337–44. DOI: [10.1097/NHH.0000000000000797](https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000797)