
Om forhåndssamtaler, retningslinjer og randomisering

INVITERT KOMMENTAR

METTE KALAGER

mette.kalager@medisin.uio.no

Mette Kalager er lege og professor ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo og Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus. Hun leder forskergruppen Klinisk effektforskning og er også medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har bidratt i den redaksjonelle vurderingen av det omtalte manuskriptet (referanse nr. 5).

Nasjonale faglige råd og anbefalinger om forhåndssamtaler ved livets slutt er vedtatt. Men må det forskningsmidler til for å få dem implementert?

Oppsummert forskning viser at såkalte forhåndssamtaler mellom lege og pasient om planlegging av livets slutt, øker pasientens følelse av å bli hørt og fremmer gjensidig forståelse og avklaring av forventninger og behov [\(1\)](#).

Fra 2023 er forhåndssamtaler også anbefalt av Helsedirektoratet [\(2\)](#). Direktoratet skriver at slike samtaler bør tilbys «alle pasienter med begrenset forventet levetid» [\(2\)](#). Samtalen skal resultere i en konkret plan utarbeidet i samarbeid med pasienten og eventuelt pårørende. Planen skal tydeliggjøre hva som er viktig for pasienten, og hva som skal gjøres, og ikke gjøres, av behandling nå og i fremtiden. I tillegg til behandlingsavklaring skal fordeling av ansvar for tiltak og avgjørelser fremgå. Planen bør dokumenteres i pasientens journal og kontinuerlig oppdateres i tråd med pasientens ønsker og behov.

Råd og anbefalinger i Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer er såkalt normerende. De beskriver helsemyndighetenes oppfatning av god faglig praksis og skal påse at prioriteringer er i samsvar med vedtatt politikk.

Helsedirektoratet angir graden av normering i sine anbefalinger slik [\(3\)](#): «Skal» brukes om anbefalingen er i henhold til lov eller forskrift eller der «det sjeldent er forsvarlig ikke å gjøre det anbefalte» [\(3\)](#). «Bør» eller «'anbefaler' er en sterk

anbefaling/råd som vil gjelde de fleste», mens «'kan' eller foreslår er en svak anbefaling/råd der ulike valg kan være riktig» (3). Forhåndssamtaler er en «bør»-anbefaling.

«Helsedirektoratet er tydelige i sine anbefalinger, og de fleste er enige om at forhåndssamtaler bør gjennomføres. Det er likevel usikkert i hvilken grad dette etterleves i norsk helsevesen i dag»

Helsedirektoratet er tydelige i sine anbefalinger, og de fleste er enige om at forhåndssamtaler bør gjennomføres. Det er likevel usikkert i hvilken grad dette etterleves i norsk helsevesen i dag. Ihle-Hansen og medarbeidere publiserer nå i Tidsskriftet den andre artikkelen basert på spørreundersøkelser fra før anbefalingene, utført ved tolv geriatriske sengeposter i Sørøst-Norge. I den første rapporten framkom det at bare halvparten av legene aktivt engasjerte pasienter og pårørende i behandlingsvalg og preferanser, slik det kreves for forhåndssamtaler (4).

I denne utgave av Tidsskriftet rapporterer den samme gruppen om i hvilken grad helsepersonell ved geriatriske avdelinger har trygghet i å føre slike samtaler (5). De fleste av legene i studien oppga at de følte seg trygge i kommunikasjon om «livsforlengende behandling», om «livets slutfase» og «fremtidig forverring av pasientens helsetilstand». Om lag halvparten av sykepleierne og fysioterapeutene rapporterte at de var utrygge i kommunikasjonen rundt disse temaene. Begge studiene gir et nyttig bilde av hva som må på plass dersom de snart ett år gamle anbefalingene skal ha ønsket effekt.

Det er nylig igangsatt en randomisert klyngestudie på geriatriske avdelinger ved sykehus i Helse Sør-Øst (6). Vanligvis brukes randomiserte studier til å teste ut en ny behandling eller intervensjon når det er usikkerhet om intervensjonen er bedre enn dagens standard. Om vi allerede vet at forhåndssamtale er bedre enn ingen forhåndssamtale for pasienter med begrenset gjenværende levetid, er det ofte etisk utfordrende å randomisere pasienter. Da skal alle ha forhåndssamtalen, slik Helsedirektoratet anbefaler.

I den pågående studien er det imidlertid ikke forhåndssamtaler som skal randomiseres, men støtten til å gjennomføre samtalene på de avdelingene som deltar (6). Sengepostene som randomiseres til intervensjonen, får hjelp til å implementere forhåndssamtaler i form av ressurser, informasjonsmateriale, trening og veiledning for personale, samt forankring og prioritering hos ledelsen på sengeposten.

«Man kan argumentere for at helsevesenet selv, og dets eier Staten, bør sørge for god implementering av Helsedirektoratets anbefalinger, som jo også er statlig eid»

Det er prisverdig at forskerne har satt i gang dette prosjektet, finansiert av Norges forskningsråd (6). Samtidig kan man argumentere for at helsevesenet selv, og dets eier Staten, bør sørge for god implementering av

Helsedirektoratets anbefalinger, som jo også er statlig eid. Det kan også diskuteres om forskningsmidler skal brukes til å implementere tiltak som nasjonale retningslinjer har vedtatt at sykehusene bør gjennomføre.

I et lærende helsevesen (7) er det naturlig at sykehusene setter sammen tverrfaglige team og stiller ressurser til rådighet for å bryte barrierene for forhåndssamtaler, slik at de kan gjennomføres som anbefalt. Det forutsetter et helsevesen der kontinuerlig systematisk kvalitetsforbedring, inspirert av PDSA-sirkelen (Plan, Do, Study, Act), inngår som del av tjenesten (7, 8). I et slikt helsevesen vil dagens kunstige skille mellom helsehjelp, kvalitetsarbeid og forskning viskes ut til gjensidig fordel for pasienter, pårørende og behandlere.

REFERENCES

1. Malhotra C, Shafiq M, Batcagan-Abueg APM. What is the evidence for efficacy of advance care planning in improving patient outcomes? A systematic review of randomised controlled trials. *BMJ Open* 2022; 12: e060201. [CrossRef]
2. Helsedirektoratet. Forhåndssamtaler og planlegging ved begrenset forventet levetid. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/Forhandssamtaler-og-planlegging-ved-begrenset-forventet-levetid/forhandssamtaler> Lest 29.9.2024.
3. Helsedirektoratet. Nasjonale anbefalinger, råd, pakkeforløp og pasientforløp. Om helsedirektoratets normerende produkter. <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter> Lest 30.9.2024.
4. 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]
5. Ihle-Hansen H, Ihle-Hansen H, Rostoft S et al. Forhåndssamtaler om siste livsfase. *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.24.0105. [CrossRef]
6. 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]
7. Kalager M. Helse uten kunnskap? *Tidsskr Nor Legeforen* 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.17.1058. [PubMed][CrossRef]
8. Helsebiblioteket. Kvalitetsforbedring. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kvalitetsforbedring/kvalitetsforbedring> Lest 7.10.2024.

Publisert: 1. november 2024. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0539

