

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Palliative pasienter får bedre oppfølging med en felles plan for kommune og sykehus

Mange pasienter trenger hjelp fra både kommune og sykehus. Dårlig informasjonsflyt svekker kvaliteten på behandlingen.

[Randi Bjørgen Johannessen](#)

Spesialsykepleier

Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, Haukeland universitetssykehus

[Alette Heggernes Svellingen](#)

Førstemanuensis

Institutt for sykepleie, Fakultet for helsefag, VID vitenskapelige høgskole, Bergen

[Trine Oksholm](#)

Førstemanuensis

Institutt for sykepleie, Fakultet for helsevitenskap, VID vitenskapelige høgskole, Bergen

[Palliasjon](#)

[Kvalitativ studie](#)

Sykepleien 2025;113(99244):e-99244

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2025.99244](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2025.99244)

Hovedbudskap

Når man jobber med palliative pasienter, er det viktig å planlegge godt. Behandling og omsorg bør så langt som mulig respektere pasientens og de pårørendes ønsker. For å få til dette trengs et godt samarbeid med pasienten og de pårørende og god samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Palliative pasienter trenger ofte hjelp både fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. For å gi god og trygg behandling er det viktig å overføre informasjon om hva pasienten og de pårørende ønsker, og hva som er planen videre.

Kommunikasjonssvikt og dårlig samarbeid mellom sykehuset og kommunen når pasienten skrives ut, kan føre til nye innleggelse og komplikasjoner. Skriftlige planer er et viktig verktøy for å sikre godt samarbeid, god planlegging og tilrettelegging av tiltak (1).

Felles plan styrker samhandling

Denne fagartikkelen bygger på resultater fra et mastergradsprosjekt som undersøkte sykepleieres erfaringer med en palliativ kartleggings- og behandlingsplan.

Totalt 13 sykepleiere fra kommunen og sykehus ble intervjuet i tre fokusgruppeintervjuer. Studien viste at en felles palliativ plan for sykehus og kommune kan bidra til bedre samhandling og kontinuitet innad i og mellom tjenestenivåene.

«Planen hjalp sykepleierne med å involvere pasienter og pårørende, unngå dobbeltarbeid og redusere risikoen for reinnleggelser.»

Sykepleierne opplevde at planen hjalp dem med å involvere pasienter og pårørende, unngå dobbeltarbeid og redusere risikoen for reinnleggelser.

Noen sykepleier sa også at det ble enklere å identifisere og følge opp palliative pasienter med andre diagnoser enn kreft. Systematisk bruk av planen krevde imidlertid forankring på ledelsesnivå, opplæring og gode rutiner.

Behovet for palliativ behandling øker

Palliativ behandling har som mål å forbedre livskvaliteten til pasienter og pårørende som lever med livstruende sykdom. Dette gjøres ved tidlig å identifisere, kartlegge, vurdere og behandle smerte og andre fysiske, psykiske eller åndelige problemer (2).

I fremtiden forventes det at flere personer vil ha behov for palliativ behandling og omsorg, blant annet fordi vi blir flere eldre, lever lenger og flere har alvorlige, kroniske sykdommer (3). Palliativ behandling skal være et tilgjengelig tilbud til alle, uavhengig av diagnose, prognose og bosted (4).

Palliative pasienter har ofte sammensatte behov og sliter med plager som smerter, utmattelse og andre kroniske plager som følge av sykdom og behandling (2).

Flyttinger svekker kontinuiteten

Tidligere forskning (5–9) viser at kontinuiteten i omsorgen ofte utfordres når palliative pasienter flyttes mellom ulike nivåer i helsetjenesten. Det kommunale tjenestetilbudet varierer fra kommune til kommune, og alvorlig syke pasienter blir ofte flyttet mellom sykehus, hjem og sykehjem.

Å følge opp pasienter i overgangen fra sykehus til hjemmesykepleie kan være vanskelig. Ofte er samhandlingen preget av ulike meninger om hva som er viktig.

«Dårlig kommunikasjon og samarbeid mellom tjenestenivåene kan føre til at pasientene blir dårligere og må legges inn på sykehuset igjen.»

Sykepleierne i hjemmesykepleien føler at de har lite makt og innflytelse. Det er heller ikke etablert en felles forståelse av hva de skal samhandle om, eller hvordan samarbeidet skal foregå (6, 9).

Dårlig kommunikasjon og samarbeid mellom tjenestenivåene ved utskrivning kan føre til at pasientene blir dårligere og må legges inn på sykehuset igjen (10–12).

Planen forbedrer kommunikasjonen

Samhandlingsreformen (13) førte til at alle sykehus og kommuner implementerte elektronisk pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) innen 2015. Tidligere studier (12, 14) viser at PLO-meldinger er et nyttig verktøy for å sikre informasjonsflyt ved overføring av pasienter fra sykehus til hjemmetjeneste.

Likevel har meldingene ofte begrenset innhold, og selv om det finnes et fritekstfelt, er dette ofte ikke tilstrekkelig til å dekke kommunikasjonsbehovet for alvorlig syke pasienter (15).

I Bergen samarbeidet sykehuset og kommunen i et prosjekt fra 2021 til 2022. De utarbeidet en enklere versjon av en palliativ plan, for å gjøre det lettere å jobbe sammen på tvers av tjenestenivåene.

Planen har nå vært i bruk i to år, og målet med studien var å få kunnskap om hvordan planen fungerer. Studien kan være nyttig for helsepersonell som ønsker å implementere en palliativ kartleggings- og behandlingsplan, uavhengig av hvilken kommune de arbeider i.

Alle har rett på en individuell plan

Helsedirektoratet (16) har gitt ut nasjonale faglige råd om bruk av forhåndssamtaler med pasienter som har kort tid igjen å leve. Forhåndssamtaler er samtaler hvor pasienten og pårørende får mulighet til å dele ønsker og behov for situasjonen her og nå, samt i tiden frem mot livets siste fase.

Som en del av samtalene bør pasienten få tilbud om en plan som beskriver deres ønsker og behov. En slik plan kalles gjerne en palliativ plan, uavhengig av hvilket planverktøy som blir benyttet (16).

Pasienter som trenger hjelp fra både sykehus og kommune, har ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (17, § 2–5) rett til å få en individuell plan (IP) (3).

Ulik praksis utfordrer samhandlingen

En palliativ plan kan lages uavhengig om pasienten har en IP eller ikke (3). Formålet med planen er å sikre god samhandling, planlegging og tilrettelegging av tiltak, slik at pasienten og pårørende får best mulig livskvalitet og trygghet (3).

«Formålet med planen er å sikre god samhandling, planlegging og tilrettelegging av tiltak.»

En god behandlingsplan for lindring i livets slutfase, som inkluderer håndtering av akutsituasjoner og med tydelig ansvarsfordeling, kan også redusere risikoen for unødvendige reinnleggelser (18).

I de senere årene er det utviklet flere ulike palliative planer. Det kan skape utfordringer, spesielt hvis kommunene har ulike rutiner for samarbeid mellom tjenestenivåene. En felles plan kan derfor bidra til å kvalitetssikre de palliative tiltakene og sikre mer helhetlig omsorg.

Prosjektet utviklet felles plan

«Palliative kartlegging og behandlingsplan» ble utviklet i et samhandlingsprosjekt mellom Helse Bergen og Bergen kommune i 2021–2022. Planen skulle være et verktøy for bedre samarbeid mellom tjenestenivåene. Det er laget rutiner for hvordan planen skal tas i bruk, både på sykehuset og i kommunen.

Tabell 1. Palliativ kartlegging og behandlingsplan

1. Hoveddiagnose/symptomer/funksjon (ECOG¹, ESAS²): Fylles ut av sykepleier.
 2. Hjemmesituasjon (boforhold, hjelpemiddelbehov, pårørende inkl. barn, tverrfaglige ressurser engasjert): Fylles ut av sykepleier.
 3. Hva er viktig for pasienten/pårørende nå? (eksistensielle og psykososiale behov, har/ønsker individuell plan): Fylles ut av sykepleier.
 4. Behandlingsplan (plan for aktuell sykdom og symptomlindring): Fylles ut av lege.
 5. Behandlingsavgrensning (prognose og forhåndsbeslutninger): Fylles ut av lege.
 6. Informasjon (hva er kommunisert til hvem, samtykkekompetanse, informasjonspreferanse, legemiddel og bilkjøring): Fylles ut av lege.
-

Prosedyre:

- Dokumenteres hos pasienter med palliative behov enten i kommunen (Profil) eller sykehus (DIPS Arena).
 - Sykepleier fyller ut punkt 1–3, lege punkt 4–6 og godkjenner.
 - Sendes i innleggelsesopplysninger og epikrise (fastlege og hjemmesykepleie).
 - Oppdateres ved betydelige endringer i tilstand eller plan.
-

Forklaringer:

¹ECOG: Brukes for å vurdere pasienters generelle velvære og evne til å gjennomføre aktiviteter i dagliglivet.

²ESAS symptomregistrering: Et kartleggingsverktøy for å registrere symptomer hos palliative pasienter.

Studien har et kvalitativt forskningsdesign, og det ble gjennomført tre semistrukturerte fokusgruppeintervjuer. Totalt deltok 13 sykepleiere fra både sykehuset og kommunen, som hadde tatt i bruk palliativ kartlegging og behandlingsplan.

Sykepleierne ble intervjuet på arbeidsplassen deres, intervjuene ble tatt opp på bånd og skrevet ut. Dataene ble analysert ved hjelp av Braun og Clarke sin reflekssive tematiske analysemetode (19).

Resultatene fra analyseprosessen ble delt inn i tre hovedtemaer:

1. Et verktøy for samhandling
2. Identifisering og oppfølging av den palliative pasienten
3. Hinder for bruk av planen

1. Et verktøy for samhandling

Sykepleierne opplevde den palliative kartleggings- og behandlingsplanen som et nyttig verktøy som gjorde samarbeidet på avdelingen bedre. De hadde rutiner for å kartlegge pasientenes hjelpebehov tidlig, men dokumentasjonen ble ikke alltid fullført samme dag og måtte videreføres av neste skift.

Tidligere kunne viktig informasjon bli borte i journalnotater, men den nye planen ga bedre oversikt og struktur.

En sykepleier sa det slik: «Da har jeg alt samlet på en plass, jeg kan bare gå inn og redigere det dokumentet. Det er mer oversiktlig, og jeg har kontroll på det.»

Flere sykepleiere mente at planen reduserte dobbeltarbeid og kvalitetssikret arbeidet. Samarbeidet mellom lege og sykepleiere ble også bedre, særlig i familiesamtaler, der planen fungerte som en mal og hjalp alle til å få en felles forståelse av videre behandling.

Planen gjorde det også lettere å involvere pasienten og pårørende. Sykepleierne i kommunen fikk ofte planen med fra sykehuset, men sykepleierne på sykehuset opplevde sjelden å få tilsvarende informasjon fra kommunen når pasienter ble lagt inn.

2. Identifisering og oppfølging av den palliative pasienten

Noen sykepleiere fortalte at den palliative kartleggings- og behandlingsplanen i starten hovedsakelig ble brukt for kreftpasienter, men etter hvert gjorde den det lettere å lage planer også for pasienter med andre diagnoser, som kols. Planen hjalp helsepersonell med å være i forkant av utfordringer.

En sykepleier sa: «Det kan være vanskelig å si hvor lenge en pasient med kols lever, og de kan være ganske dårlige. De kan ha mange utfordringer og behov for både hjemmesykepleie og fastlege. Dersom pasienten har en plan fra sykehuset, kan det kanskje bidra til at de slipper å bli en sånn svingdørspasient.»

«Planen hjalp helsepersonell med å være i forkant av utfordringer.»

Dokumentasjon fra familiesamtaler på sykehuset ble sett på som nyttig for hjemmesykepleien, fordi det gjorde det lettere å følge opp pasientens ønsker. Sykepleierne mente også at planen kunne bidra til å forhindre reinnleggelser.

I kommunen opplevde sykepleierne utfordringer i samarbeidet med fastlegene. Noen mente at enkelte fastleger var usikre i møte med palliative pasienter, men at de ble tryggere når en tydelig plan var på plass.

En sykepleier uttrykte: «Det handler om tankesettet, at alle tenker på samme måte og har felles fokus.»

Hvis pasienten hadde oppfølging fra kommunalt palliativt team, ble planen som rutine sendt til legevakten. Det gjorde det også enklere for hjemmesykepleien å samarbeide med legevaktleger når fastlegen ikke var tilgjengelig, noe som styrket kvaliteten på oppfølgingen.

3. Hinder for bruk av planen

Erfaringene med bruk av planen var varierende både på sykehuset og i kommunen. Noen sykepleiere mente den ikke ble brukt nok på grunn av manglende opplæring, mens andre var ikke klar over at begge nivåer benyttet samme plan.

Flere sykepleiere på sykehuset fortalte at de hadde faste rutiner for å bruke planen, for eksempel ved å legge den ved i epikrisen, men de savnet å få planen i retur fra kommunen ved reinnleggelse. Alle var enige om at planen må forankres i ledelsen, og at jevnlig opplæring er nødvendig for en felles forståelse.

Ulike journalsystemer på sykehuset og i kommunen skapte utfordringer for informasjonsflyten. Sykepleierne understreket behovet for faste rutiner for å sikre at relevant informasjon blir overført.

En sykepleier sa: «De [kommunen] har jo et annet datasystem, og jeg vet at de har utfordringer når de får enkelte dokumenter fra oss. Da må de fysisk skrive det inn på nytt, og det er jo tungvint.»

For at planen skal bidra til bedre informasjonsflyt, mente alle at den må oppdateres jevnlig, følge pasienten ved overflytting og være en fast del av rutinene.

Planen trygger helsepersonellet

Sykepleierne i hjemmesykepleien opplevde at både de og fastlegene følte seg tryggere når planen fulgte med i pasientens epikrise. Det gjorde det lettere å være forberedt på potensielle utfordringer, og de kunne imøtekomme og følge opp pasientens og pårørendes ønsker for tiden fremover.

Når det mangler samhandling mellom tjenestenivåene, kan det gå utover pasientsikkerheten og føre til mer belastning på et allerede presset helsevesen (11).

Sykepleierne sa også at planen kunne bidra til å forhindre unødvendige reinnleggelse på sykehuset. Fastlegen har en viktig rolle og skal følge opp pasientens helhetlige behov gjennom hele sykdomsforløpet (13).

«Sykepleierne i hjemmesykepleien opplevde at både de og fastlegene følte seg tryggere når planen fulgte med i pasientens epikrise.»

Behovet for spesialisert palliativ behandling vil variere med sykdommens fase. Hvis bruk av en palliativ kartleggings- og behandlingsplan kan bidra til å trygge helsepersonell i kommunen i møte med de palliative pasientene, kan det også styrke pasientsikkerheten og kvaliteten på omsorgen som tilbys.

For at den palliative planen skal bli brukt, mente flere sykepleiere at det er viktig med jevnlig opplæring og at ledelsen støtter arbeidet tydelig. Å innføre nye arbeidsverktøy kan være utfordrende, særlig i en travel hverdag med mange eksisterende oppgaver.

Kommunikasjon påvirker kvaliteten

God ledelse er avgjørende for å skape en positiv holdning blant de ansatte (22). For at implementeringen skal lykkes, kreves det god planlegging, systematisk gjennomføring og oppfølging over tid (22).

For å sikre trygge overganger mellom sykehus og kommune er det avgjørende å dele viktig medisinsk informasjon. Det anslås at rundt 80 prosent av feil i medisinsk behandling skyldes dårlig kommunikasjon, noe som kan føre til reinnleggelser og nye feil (3, 10, 13).

Manglende oversikt over pasienter som flyttes mellom tjenestenivåene, er en stor utfordring. Helsepersonell bruker mye tid på å finne informasjon, og dårlig kommunikasjon og ineffektive systemer utgjør en reell trussel for pasientsikkerheten og kvaliteten på behandlingen.

Ifølge Leonardsen (11) er digitalisering og nye e-helseløsninger nødvendig for å sikre en helhetlig og bærekraftig helsetjeneste. For at en palliativ plan skal bli et effektivt verktøy, må det også etableres bedre løsninger for informasjonsdeling på tvers av tjenestenivåene – og det må være lett å bruke planen i dokumentasjonssystemet.

Studien fremhever nytteverdi

Resultatene fra undersøkelsen viser at en palliativ kartleggings- og behandlingsplan kan være et nyttig verktøy for å styrke samarbeidet mellom ulike nivåer i pleie- og omsorgstjenesten, samt bidra til god behandling og økt pasientsikkerhet.

Studien indikerer at planen bidro til mer involvering av pasienten og pårørende og mindre dobbeltarbeid. Flere sykepleiere opplevde også at det ble lettere å identifisere og følge opp palliative pasienter med andre diagnoser enn kreft.

For at helsepersonell skal bruke en palliativ kartleggings- og behandlingsplan, må det være gode rutiner, støtte fra ledelsen, systematisk opplæring og journalsystemene må fungere godt sammen.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



BEHANDLINGSPLAN: En felles palliativ plan kan bidra til bedre samhandling mellom sykehus og kommune. Sykepleierne opplevde at planen hjalp dem med å involvere pasientene og de pårørende, unngå dobbeltarbeid og redusere risikoen for reinnleggelser.

1. NOU 2017: 16. På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende [internett]. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon; 2017 [hentet 3. desember 2023].

Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/995cf4e2d4594094b48551eb381c533e/nou-2017-16-pa-liv-og-dod.pdf>

2. HelseDirektoratet. Palliasjon i kreftomsorgen – handlingsprogram [internett]. Oslo: HelseDirektoratet; 2015 [oppdatert 14. oktober 2019; hentet 14. desember 2023]. Tilgjengelig fra:

<https://www.helseDirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/innledning/definisjon>

3. Meld. St. 24 (2019–2020). Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2020 [hentet 3. desember 2023]. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/>

4. Helse Bergen. Identifisering av den palliative pasienten [internett]. Bergen: Helse Bergen; 9. november 2020 [oppdatert 28. juni 2024; hentet 6. desember 2023]. Tilgjengelig fra:

<https://www.helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/identifisering-av-den-palliative-pasienten/>

5. Nordsveen H, Andershed B. Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem – Sykepleieres erfaring av samhandling. Nord Sykepleieforsk. 2015;5(3):239–52. DOI:

[10.18261/ISSN1892-2686-2015-03-02](https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2015-03-02)

[hentet 16. desember 2023]. IS-2278. Tilgjengelig fra:

https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir

17. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63 [hentet 13. januar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
18. Helse Bergen. Individuell plan til bruk i palliasjon [internett]. Bergen: Helse Bergen; 9. november 2020 [oppdatert 28. juni 2024; hentet 6. desember 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/individuell-plan-til-bruk-i-palliasjon/#individuell-plan-til-bruk-i-palliasjon>
19. Braun V, Clarke V. Thematic Analysis. A practical guide. London: Sage Publications Ltd; 2021.
20. Hellesø R, Olsen RM. Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2019.
21. Vik E. Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. Tidsskr Velferdsforsk. 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)
22. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Implementering: Der forskning møter praksis [internett]. Oslo: NKVTS; 2019 [hentet 20. januar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.nkvts.no/aktuelt/implementering-der-forskning-moter-praksis/>
23. Isaksen T. Hva skal til for å oppnå vellykket implementering av guidelines? En studie av gjennomføring av basal Hjerte-LungeRedning i sykehus [masteroppgave]. Kristiansand: Universitetet i Agder; 2014.