
Individuell beredskapsplan

DEBATT

KJARTAN OLAFSSON

kjartan@olafsson.biz

Kjartan Olafsson er spesialist i allmennmedisin, fastlege ved Legegruppa SMS i Florø og styremedlem i Norsk forening for allmennmedisin. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ØYVIND STOPLE SIVERTSEN

Øyvind Stople Sivertsen er spesialist i allmennmedisin, fastlege ved Bjølsen legesenter i Oslo og styremedlem i Norsk forening for allmennmedisin. Han er også medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Mange diskusjoner om dødshjelp kan unngås om vi tør å ta innover oss at vi en gang skal dø. Derfor må vi lage individuelle beredskapsplaner for våre pasienter.

«Kan jeg tatovere 'Ingen gjenopplivning' på brystet?» spurte Gerd, en pensjonert 90 år gammel sykepleier med alvorlig hjertesvikt. For noen år siden flyttet hun hjem til småbyen etter et langt og rikt liv i Oslo. Dersom hun døde og noen ringte 113, ville ambulansepersonellet startet full hjerte- og lungeredning. Hun var imidlertid fornøyd med livet og ønsket ikke å bli «reddet».

Det som var umulig for Gerd, er mulig nå. En slik opplysning kan registreres under kritisk informasjon i nasjonal kjernejournal, slik at akuttpersonell vil kunne se opplysningene før utrykning.

I høringsdokumentet til nasjonal veileder om begrensning av livsforlengende behandling [\(1\)](#) beskrives hvordan helsepersonell skal begrense slik behandling når det er til pasientens beste. Som helsepersonell bør vi være åpne om at man med fordel kan begrense en del diagnostikk og behandling i den siste livsfasen.

Det krever en plan, og hvis planen er god, vil mange kunne spares for behandling som ikke bare er faglig feil, men også mot pasientens vilje. Så trenger vi kanskje ikke snakke så ofte om dødshjelp.

Individuell beredskapsplan

Vi trenger altså en plan basert på ulike scenarioer som gir støtte til vanskelige behandlingsvalg ved forverringer av kjent sykdom eller ved nye, forutsigbare tilstander. Prosesser for å utvikle en slik plan med utgangspunkt i forhåndssamtaler er godt dokumentert (2, 3). I engelsk litteratur kalles dette *advance care planning* (4). Vi har ikke funnet noe norsk navn på en slik plan, og foreslår at dette kan kalles en *individuell beredskapsplan*. Behandlingsplan er et etablert begrep, men en beredskapsplan beskriver mye mer: løpende oppfølging, behandling og kontroll. Vi finner støtte for at en individuell beredskapsplan bør være adskilt fra en behandlingsplan (4). Oppdaterte og lett tilgjengelige individuelle beredskapsplaner er avgjørende for å sikre at alle behandlere, uansett nivå i helsevesenet, kan ta de rette valgene i vanskelige situasjoner. Legen eller behandleren som har kunnskap om pasientens totale situasjon og ønsker, må notere behandlingsbegrensninger i en individuell beredskapsplan, men også hvilken lindrende og støttende behandling som er aktuell.

«Gode individuelle beredskapsplaner kan motvirke overdiagnostikk og overbehandling, og sikre at pasienten får den beste behandlingen når en endring inntreffer»

Den individuelle beredskapsplanen er nødvendig dokumentasjon om beslutninger, og den skal deles med andre. Den må være lett tilgjengelig, og malen må være enkel å forstå. Kjernejournal er for øyeblikket et naturlig sted for å dele planen med helsepersonell, og på Helsenorge kan både pasienten og pårørende ha tilgang til den.

Gode individuelle beredskapsplaner kan motvirke overdiagnostikk og overbehandling, og sikre at pasienten får den beste behandlingen når en endring inntreffer. For i møte med nye behandlere som ikke kjenner pasienten eller planen, kan valgene bli feil. De kan gå på tvers av pasientens uttrykte ønske og faglig sett være feil i et individuelt perspektiv, selv om de støttes av retningslinjene.

Vi kan ikke forvente at legevaktleger eller leger i et travelt akuttinntak, som ikke kjenner pasienten fra før, på egen hånd skal komme frem til de beste valgene for hver enkelt pasient på dette komplekse området.

Pårørende må involveres i arbeidet med individuelle beredskapsplaner. Det sikrer enklere og bedre kommunikasjon med pårørende når en valgsituasjon oppstår.

Individuelle beredskapsplaner kan også avklare hva vi gjør ved symptomer som vanligvis utredes diagnostisk, for eksempel blod i avføringen. Pasienten og/eller behandleren kan avgjøre at det ikke skal startes utredning for å finne underliggende kreftsykdom hvis funnet ikke vil ha en lindrende betydning.

Kontinuitet

Ofte er det fastlegen som har kunnskap om pasientens medisinske historie, oppfatninger og ønsker for livets slutfase. Denne kunnskapen er ikke alltid skrevet ned, og heller ikke delt.

I tidligere tider kunne kontinuitetens frukter høstes enkelt. Legen som kjente pasienten, var alltid tilgjengelig, enten han var på jobb eller ikke. Slik er det ikke lenger. Likevel kan vi fortsatt ha glede av denne kunnskapen gjennom behandlingsplaner og individuelle beredskapsplaner der fastlegen har bidratt.

Annet helsepersonell kan også bygge kunnskap via gjentagende besøk, for eksempel hjemmesykepleiere. Vi ønsker imidlertid å vektlegge fastlegens rolle, for det finnes god forskningsbasert kunnskap om kontinuitetens betydning i denne sammenhengen [\(5\)](#).

Vi må planlegge

For mange handler det ofte om hvordan pasienten kan få den beste behandlingen raskt nok. I den siste tiden har diskusjonene dreid seg om hvorvidt den beste hjelpen innebærer aktive handlinger fra leger for å la pasienter få dø.

«Å velge vekk den beste behandlingen er ikke et valg om å avstå fra all behandling»

Retningslinjer ved akutt hjerneslag illustrerer problemstillinger som kan oppstå ved akutte hendelser. Her vektlegges naturlig nok rask innleggelse og diagnostikk. De vanskelige valgene oppstår når pasienten med symptomer på hjerneslag er svak, har demens, høy alder og er i siste fase av livet. Hvor mye akutt behandling skal gis? Slike drøftinger har sjelden vært med i veiledere. Hvilken støttende behandling og oppfølging anbefales for pasienten vi velger å beholde på den kommunale institusjonen? For la dette være klart: Å velge vekk den *beste* behandlingen er ikke et valg om å avstå fra *all* behandling.

Individuelle beredskapsplaner er avgjørende når vi blir eldre og nærmer oss livets slutt. De gir oss muligheten til å ta kontroll over eget liv og våre behandlingsvalg, og de er helt nødvendige for at helsepersonell skal være i stand til å fatte de beste faglige og etiske beslutningene. Befolkningen blir eldre, og en større andel av befolkningen er gamle, svekkede og har alvorlige sykdommer. Samtidig oppstår stadig flere diagnostiske og behandlingsmessige

muligheter. Det betyr at helsepersonell oftere vil stå overfor vanskelige valg. I disse situasjonene må kompasset peke mot hva vi *bør* gjøre, ikke hva vi *kan* gjøre. Vårt viktigste instrument er forståelsen av pasientens ønsker.

Øyvind Stople Sivertsen er medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Han har ikke deltatt i den redaksjonelle behandlingen av artikkelen.

REFERENCES

1. Helsedirektoratet. Nasjonal veileder om begrensning av livsforlengende behandling. <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/begrensning-av-livsforlengende-behandling> Lest 28.2.2025.
2. Friis P, Førde R. Forhåndssamtaler = advance care planning. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 462. [PubMed][CrossRef]
3. Gjerberg E, Lillemoen L, Weaver K et al. Forberedende samtaler i norske sykehjem. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 447–50. [PubMed][CrossRef]
4. Mullick A, Martin J, Sallnow L. An introduction to advance care planning in practice. BMJ 2013; 347 (oct21 3): f6064. [PubMed][CrossRef]
5. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract 2022; 72: e84–90. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 18. mars 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0058

Mottatt 26.1.2025, godkjent 28.2.2025.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. mars 2026.