

# Behandlingsstrategi – beslut om begränsning av livsuppehållande åtgärd.

Gäller för: Region Kronoberg

Faktaägare: Joar Björk, ST-läkare, medicinkliniken

## Innehållsförteckning

1	Riktlinjer för slutenvården .....	2
1.1	Bakgrund.....	2
1.2	På vilka grunder kan beslut om begränsningar av livsuppehållande behandling tas? .....	3
1.2.1	När livsuppehållande behandling inte är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet.....	3
1.2.2	När en patient inte vill ha livsuppehållande behandling .....	3
1.2.3	Skriftliga viljeyttringar.....	4
1.3	Vem kan ta beslut om begränsningar av livsuppehållande behandling? ...	4
1.3.1	Närståendes roll.....	5
1.3.2	Patienter under 18 år .....	5
1.4	Var hittar jag aktuella och gamla beslut?.....	6
1.5	När är ett beslut giltigt? .....	6
1.5.1	Nytt vårdtillfälle och byte av klinik .....	7
1.5.2	Fortlöpande omprövning.....	7
1.5.3	Operation .....	7
1.5.4	IVA.....	7
1.5.5	Täta kontakter på sjukhusets öppenvårdsmottagningar.....	8
1.5.6	Interhospitala ambulanstransporter .....	8
1.5.7	Utskrivning till primärvården .....	8
1.6	Hur ska beslutet dokumenteras? .....	8
1.7	Relaterade rutiner .....	9
1.8	Referenser .....	10

## 1 Riktlinjer för slutenvården

Dessa riktlinjer gäller i första hand för den somatiska slutenvården men kan användas som ett stöd för liknande beslut inom annan typ av vård.

Behandlingsstrategi är en viktig del av de flesta patienters omhändertagande och kan betyda att en behandling/åtgärd ska utföras eller att den inte ska utföras (ibland blir konsekvensen av detta beslut att behandlingen/åtgärden avbryts/avslutas).

### 1.1 Bakgrund

Framsteg inom sjukvården har gjort att patienter idag överlever tillstånd som tidigare skulle lett till döden. När allt sjukare och äldre patienter blir föremål för olika typer av vårdinsatser ökar behovet av att ta ställning till vilket resultat som kan förväntas av medicinska åtgärder. För varje enskild patient måste nyttan av behandling vägas mot den skada behandlingen kan innebära. Detta gäller även för livsuppehållande behandling.

Att välja behandlingsstrategi innebär att besluta om vilka medicinska åtgärder som är aktuella för en viss patient och innefattar antingen inga begränsningar eller preciserade begränsningar. Begränsning av livsuppehållande behandling kan ske genom att avstå från att påbörja livsuppehållande behandling och/eller genom att avbryta pågående livsuppehållande behandling. Livsuppehållande behandling definieras av Socialstyrelsen som "behandling som ges vid livshotande tillstånd för att upprätthålla en patients liv".

Den vanligaste formen av behandlingsbegränsning är beslut om att avstå från hjärt-lungräddning i händelse av hjärtstopp. Som för alla typer av behandlingsbegränsning gäller att beslutet **endast innebär just de begränsningar som specificerats**. Patienten ska i övrigt ha full vård och behandling. Däremot kan patientens sjukdomar vara sådana att de motiverar ytterligare begränsningar, i så fall får man också ta ställning dessa begränsningar och dokumentera det. Det är alltså viktigt att man överväger vilka behandlingar som bör ges och vilka som inte bör ges, samt att man är tydlig då man kommunicerar detta beslut. Som exempel kan en patient där man tagit ställning till att avstå från hjärt-lungräddning fortfarande få full intensivvård i övrigt.

**Utgångsläget är alltid att patienten ska ha full behandling.** Finns inget giltigt beslut om begränsningar av livsuppehållande behandling gäller således fulla åtgärder.

I samband med att beslut tas om begränsningar av livsuppehållande behandling bör man också fundera igenom vilka eventuella behov som kan uppstå och göra en plan för hur dessa ska hanteras. Det kan gälla exempelvis ökat behov av smärt- och ångestlindring. Detta gäller särskilt vid avbrytande av behandling.

## 1.2 På vilka grunder kan beslut om begränsningar av livsuppehållande behandling tas?

Begränsning av livsuppehållande behandling kan antingen bestå i att man avstår från att sätta in behandling eller att man avslutar redan påbörjad behandling. Beslut om begränsningar av livsuppehållande behandling kan tas i två principiellt olika situationer:

### När livsuppehållande behandling inte är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet

eller

### När en patient inte vill ha livsuppehållande behandling, förutsatt att vissa villkor är uppfyllda

#### 1.2.1 När livsuppehållande behandling inte är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet

Behandling ska vara till gagn för patienten. Många sorters behandling, inklusive livsuppehållande behandling, bör därför inte insättas om patientens prognos bedöms så dålig att han/hon inte kommer att överleva ens på kort sikt oberoende om behandling ges eller inte. På samma sätt kan det vara rätt att avsluta eller trappa ut sådan behandling i dessa lägen.

I vissa fall är det dock inte självklart vilka åtgärder som kommer att vara för patientens bästa. I sådana lägen kan man inleda livsuppehållande behandling för att sedan utvärdera denna över tid. Detta skapar större säkerhet samt visst etiskt rådrum.

Det är viktigt att vara ödmjuk i samband med prognostiska bedömningar, och att denna ödmjukhet kommuniceras till närstående. Ibland hämtar sig patienten ur ett läge där vi inte trodde att detta skulle ske. Då finns goda skäl att ompröva tidigare beslut om behandlingsbegränsningar.

#### 1.2.2 När en patient inte vill ha livsuppehållande behandling

Hälso- och sjukvårdslagen betonar respekt för patientens självbestämmande och integritet samt att vården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. En läkare får inte ge patienten behandling mot patientens vilja, med undantag för om det till exempel finns stöd enligt LPT. När en patient inte vill ha livsuppehållande behandling måste den fasta vårdkontakten ta ställning till detta önskemål. Att ta ställning till önskemålet innebär för det första att säkerställa att patienten fått fullgod information om sitt hälsotillstånd och vilka metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Det kan till exempel gälla möjligheter till smärtlindring och medicinsk förbättring. För det andra måste den fasta vårdkontakten också bedöma patientens psykiska status, förvissa sig om att patienten förstår informationen, att patienten kan överblicka konsekvenserna av att behandling inte inleds eller inte fortsätter, att patienten har haft tillräcklig tid för sina överväganden samt står fast vid sin inställning. Exempelvis ska läkaren förvissa sig om att patientens inställning inte beror på inverkan av läkemedel, depression, ett akut chocktillstånd eller en tillfällig livskris. Läkaren ska också

förvissa sig om att patientens ställningstagande inte har framtvingsats av påtryckningar från omgivningen. Den fasta vårdkontakten bör också försäkra sig om att patienten fått tillgång till den habilitering, rehabilitering och de hjälpmedel som kommunen/landstinget kan erbjuda samt har fått stöd i att begära de insatser från socialtjänsten och Försäkringskassan som han/hon är berättigad till. I situationer där det är tveksamt till om patienten är införstådd med och kan förstå konsekvenserna av sitt ställningstagande är det nödvändigt att fortsätta samråda med patienten om hans eller hennes fortsatta behandling.

Läkarens uppgift att alltid försöka bota och lindra sjukdomar och skador kan komma i konflikt med patientens rätt till självbestämmande om patienten motsätter sig livsuppehållande behandling. Om det är möjligt bör vården bedrivas så att man undviker en sådan konflikt men om det blir nödvändigt att välja måste patientens rätt till självbestämmande vara avgörande. Patienten har rätt att avstå från behandling, men kan inte kräva att få en behandling. Vården får inte sätta in insatser som syftar till att patienten ska avlida även om patienten uttrycker en önskan om det.

### 1.2.3 Skriftliga viljeyttringar

Skriftliga viljeyttringar (ibland kallade livstestamenten) anses inte juridiskt bindande, men kan ha betydelse som informationskälla för att ta reda på patientens inställning. Det är den fasta vårdkontaktens uppgift att ta reda på om det skriftliga önskemålet motsvarar patientens aktuella inställning i frågan. Om patienten inte själv kan svara på detta får man försöka kontrollera med närstående eller hälso- och sjukvårdspersonal som vårdat patienten. Är patientens inställning ändå osäker får läkaren behandla patienten som om önskan varit okänd.

## 1.3 Vem kan ta beslut om begränsningar av livsuppehållande behandling?

**Beslut om begränsningar av livsuppehållande behandling kan tas av den legitimerade läkare som är fast vårdkontakt (eller om sådan inte finns annan legitimerad läkare som deltar i patientens vård) tillsammans med minst en annan legitimerad yrkesutövare (läkare eller sjuksköterska).**

**Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.**

Verksamhetschefen ska till alla patienter med ett livshotande tillstånd så snart som möjligt utse en legitimerad läkare som fast vårdkontakt. Den fasta vårdkontakten ska ansvara för planeringen av patientens vård och ska fortlöpande uppdatera, ompröva och följa upp planeringen. Inför ett ställningstagande till att inte inleda eller till att avbryta livsuppehållande behandling ska den fasta vårdkontakten rådgöra med minst en annan legitimerad yrkesutövare. Den fasta vårdkontakten bör även inhämta information från andra yrkesutövare som deltar i eller har deltagit i patientens vård. Om det ännu inte finns någon fast vårdkontakt utsedd för patienten, ska någon annan legitimerad läkare som deltar i patientens vård tillämpa bestämmelserna. Den som fattar beslutet ska också dokumentera detta i Cosmic i avsedd journalmall. Se nedan.

Journal: Anteckning

Mall: Behandlingsstrategi

Vårdkontakt: (Ingen)

Vårdpersonal\*: Björk, Joar (ST-läkare)

Sökord

Samråd med leg yrkesutövare

Fritext

Om patienten är medvetslös eller av andra skäl inte kan uttrycka en egen fri vilja är det den fasta vårdkontaktens ansvar att försöka ta reda på om patienten tidigare har uttalat sig för eller emot viss livsuppehållande behandling. Detta kan ske till exempel genom att inhämta information från journal och närstående.

### 1.3.1 Närståendes roll

Närstående kan aldrig ta över beslutanderätt från patienten och personalen får inte lägga över ansvar för ställningstagande till livsuppehållande behandling på närstående. Det är alltid läkaren som har det slutgiltiga ansvaret för ställningstaganden till behandling. Närstående kan däremot vara en utmärkt källa till information kring patientens önskemål. Närstående kan därför gärna tillfrågas exempelvis ”Har patienten tidigare gett uttryck för vad hen skulle vilja i ett läge som detta?”, ”Vilket behandlingsalternativ skulle ligga i linje med patientens tidigare livsinställning?”

### 1.3.2 Patienter under 18 år

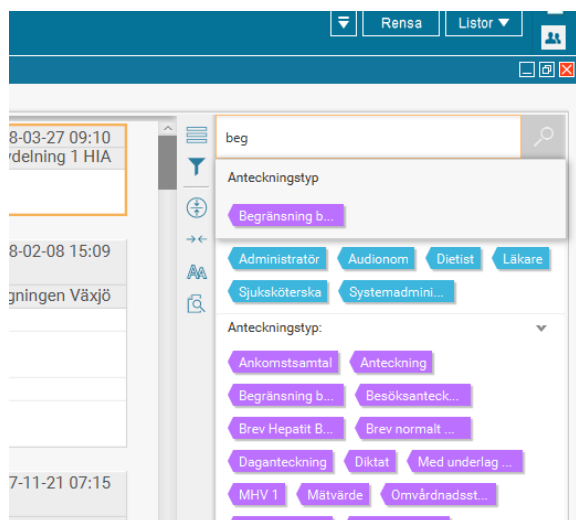
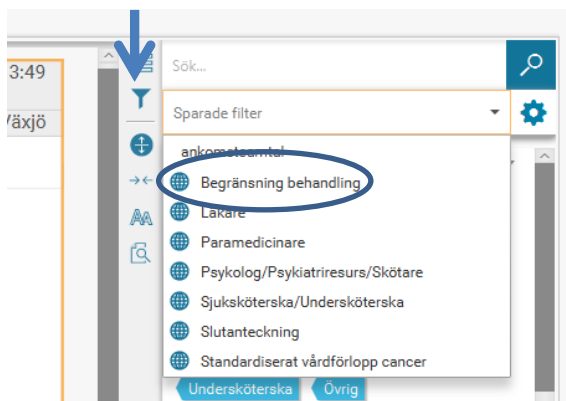
När det gäller patienter under 18 år är vårdnadshavaren ofta legal ställföreträdare för patienten. Vårdnadshavaren har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör ett barns personliga angelägenheter, till exempel hälso- och sjukvård. I takt med stigande ålder och utveckling ska dock allt större hänsyn tas till barnets egen förmåga att bestämma. Det innebär att underåriga barn i vissa fall kan anses kompetenta att bestämma om sig själva i frågor som rör hälso- och sjukvård.

Vid begränsningar av livsuppehållande behandlingar hos barn gäller samma medicinska beslutsgrunder som hos vuxna. Hos barn med livshotande åkommor kan dock prognosen vara svår eller omöjlig att bedöma, liksom sjukdomens påverkan på den fortsatta livskvalitén. Barns förmåga till organreparation och återhämtning kan ibland vara överraskande god.

Beslut om begränsningar av livsuppehållande behandling hos barn bör tas av minst två legitimerade läkare med tillräcklig medicinsk kompetens, där minst en bör vara specialistkompetent inom relevant specialitet. Beslut måste alltid ske i samråd och i görligaste mån i samförstånd med vårdnadshavare. För ytterligare information se Socialstyrelsens [Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling - Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal](#), SFAIs [Livsuppehållande behandling. Behandlingsstrategi inom intensivvården](#) samt [Etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning \(HLR\)](#).

#### 1.4 Var hittar jag aktuella och gamla beslut?

Dokumenterade beslut återfinns i journalen. Filtrera fram ”Begränsning behandling”. För att se alla beslut om behandlingsstrategi inom slutenvården välj ”sjukhus” och klicka på filter ”Begränsning behandling” eller på anteckningstypen med samma namn.



#### 1.5 När är ett beslut giltigt?

Ett ställningstagande om behandlingsbegränsningar gäller på sjukhus endast under ett vårdtillfälle och inom ett verksamhetsområde (klinik).

Finns flera beslut dokumenterade under samma vårdtillfälle gäller det sista beslutet.

**Beslutet ska fortlöpande omprövas och ändras vid behov.**

**Beslut om behandlingsbegränsningar upphör att gälla vid utskrivning.**

För rutiner i samband med nytt vårdtillfälle och byte av klinik, operation, IVA-vård, interhospitala transporter, täta kontakter på sjukhusets öppenvårdsmottagningar och utskrivning till primärvården se respektive rubrik nedan.

#### **1.5.1 Nytt vårdtillfälle och byte av klinik**

Beslut om behandlingsbegränsningar gäller för aktuellt vårdtillfälle som grundprincip. Beslut fattade vid tidigare vårdtillfällen eller på annan klinik kan dock utgöra en parameter som kan vara del av underlaget för nytt beslut. Detta innebär att om det fortfarande finns skäl till begränsning av livsuppehållande behandling vid klinikbyte eller återinläggning ska man på nytt ta ställning till och dokumentera vilken behandlingsstrategi som gäller.

#### **1.5.2 Fortlöpande omprövning**

Den fasta vårdkontaktens planering av patientens vård ska fortlöpande uppdateras och omprövas med hänsyn till bland annat patientens tillstånd, hur patienten svarar på behandling, vilka behandlingsmöjligheter som finns samt patientens inställning.

Även när det finns en dokumenterad behandlingsstrategi och en fast vårdkontakt har alla andra läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal som behandlar en patient ett ansvar för sina egna bedömningar. Om förhållandena har förändrats eller om det finns anledning att göra en annan bedömning, behöver ett tidigare beslut om behandlingsstrategi inte hindra att behandling sätts in. Den behandlande läkaren bör dock, om det är möjligt, samråda med patienten och den fasta vårdkontakten innan man gör något i strid mot tidigare fattade beslut.

#### **1.5.3 Operation**

Beslut om begränsningar av livsuppehållande behandling fortsätter gälla även när patienten är på operation såvida inget annat särskilt beslutats. Man bör notera i anestesibedömningen att det finns begränsningar av livsuppehållande behandling så att detta inte missas.

#### **1.5.4 IVA**

Beslut om begränsningar som rör intensivvårdsåtgärder (exempelvis respiratorbehandling) bör som regel tas i samråd med intensivvårdsläkare. Undantag från detta kan till exempel vara att lungläkare bedömer att respiratorvård inte är till gagn för en svårt lungsjuk patient eller beslut om övergång till palliativ vård där intensivvård inte bedöms som meningsfullt för patienten.

För patienter som intensivvårdas har fast vårdkontakt huvudansvaret för beslut som tas mot bakgrund av patientens grundsjukdom. IVA-läkare har huvudansvar för beslut som fattas mot bakgrund av möjligheterna att genom intensivvård förbättra patientens prognos.



Patienter som vårdas på IVA har alltid ett pågående vårdtillfälle på en annan klinik (de tillhör till exempel medicinkliniken eller kirurgkliniken även när de vårdas på IVA). Beslut som är giltiga när patienten kommer till IVA eller som tas på IVA fortsätter gälla så länge patienten vårdas på IVA, även om moderkliniken ändras under tiden. Om patienten bytt kliniktilhörighet under tiden på IVA måste behandlingsstrategin dock omprövas och dokumenteras senast vid utskrivning från IVA för att gälla på den klinik patienten kommer till.

Ett beslut om att avstå från att påbörja intensivvård hindrar inte att patienten tillfälligt tas till IVA för annan behandling som till exempel inläggning av EDA eller thoraxdrän i lindrande syfte.

### 1.5.5 Täta kontakter på sjukhusets öppenvårdsmottagningar

Om en patient har mycket täta kontakter med en öppenvårdsmottagning (riktmärke: mer än 2 kontakter på 3 månader) kan det vara rimligt att betrakta denna kontakt som ett pågående vårdtillfälle. I ett sådant fall kan ett fattat beslut om behandlingsbegränsning utsträckas till att gälla för alla kontakter med den aktuella öppenvårdsmottagningen. Detta bör i så fall särskilt dokumenteras (i fritext i fältet ”Samråd med en annan leg yrkesutövare”, och då bör den personal samrådet gäller arbeta på den aktuella öppenvårdsmottagningen).

### 1.5.6 Interhospitala ambulanstransporter

Begränsningar av livsuppehållande behandling gäller under interhospitala transporter under förutsättning att avsändande läkare tydligt dokumenterat och även muntligen meddelat beslutet till ambulanspersonalen. Avsändande läkare har det övergripande medicinska ansvaret för patienten under transporten.

### 1.5.7 Utskrivning till primärvården

Ett beslut om begränsning av livsuppehållande behandling upphör alltid att gälla vid utskrivning. Om det finns skäl att beslutet ska gälla även efter att patienten skrivits ut från sjukhus bör detta kommuniceras till vederbörande läkare i primärvården som får ta ställning till fortsatt behandlingsstrategi. Beslut angående behandlingsstrategi inom slutenvården kan endast tjäna som vägledning i samband med vårdplanering inom den kommunala hälso- och sjukvården.

## 1.6 Hur ska beslutet dokumenteras?

**Beslut om begränsningar av livsuppehållande behandling dokumenteras i mallen ”Behandlingsstrategi”** i Cosmic (se ovan). Beslutet ska skrivas in av den/någon av de läkare som fattat beslutet och signeras direkt. Som stöd för minnet kan man läsa under ⓘ vad som ska finnas med på respektive sökord. Tänk på att fritextfälten i många fall måste användas utöver de fasta värdena för att dokumentationen ska bli fullständig.

Det är viktigt att tänka på att **varje beslut ska kunna stå helt för sig självt**. Vid dokumentation av ett nytt beslut ska **alla** de begränsningar som gäller just då tas med.

Det finns i mallen även möjlighet att göra anteckningar under sökordet brytpunktsamtal för de patienter där det är aktuellt.



### **Vid beslut om begränsning av livsuppehållande behandling ska läkaren i journalen enligt Socialstyrelsen dokumentera**

1. sitt beslut om livsuppehållande behandling,
2. när och på vilka grunder han eller hon har gjort sitt ställningstagande,
3. när och med vilka legitimerade yrkesutövare han eller hon har rådgjort,
4. vid vilka tidpunkter samråd med patienten har förekommit,
5. om samråd med patienten inte har varit möjligt, och i så fall orsaken till detta,
6. när och på vilket sätt patienten och närstående har fått individuellt anpassad information,
7. vilken inställning till den livsuppehållande behandlingen som patienten och närstående har gett uttryck för.

### **När skälet till behandlingsbegränsningen är att patienten önskar begränsningar av livsuppehållande behandling ska läkaren dessutom dokumentera**

1. patientens psykiska status,
2. när och på vilket sätt patienten har uttryckt sin inställning,
3. på vilket sätt läkaren har förvissat sig om att patienten
  - förstår informationen,
  - kan inse och överblicka konsekvenserna av att behandling inte inleds eller inte fortsätter,
  - har haft tillräckligt med tid för sina överväganden,
  - står fast vid sin inställning.

Det bör även framgå av patientjournalen på vilket sätt den fasta vårdkontakten har försäkrat sig om att patienten

- har fått tillgång till den habilitering, rehabilitering och de hjälpmedel som han eller hon behöver,
- har fått stöd att begära de insatser från Socialtjänsten och Försäkringskassan som han eller hon är berättigad till.

## **1.7 Relaterade rutiner**

Hjärt och lungräddning, HLR, på särskilt boende i Kronoberg

Planeringsunderlag vid vård i livets slutskede i hemsjukvården Kronobergs län

Fast vårdkontakt

Brytpunktssamtal

Vård i livets slutskede i slutenvård

## 1.8 Referenser

[SOSFS 2011:7 Livsuppehållande behandling.](#) Socialstyrelsens författningssamling. 2011.

[Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling - Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal.](#) Socialstyrelsen. 2011.

[Etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning \(HLR\).](#) Svenska läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska rådet för hjärt-lungräddning. 2013.

[Livsuppehållande behandling. Behandlingsstrategi inom intensivvården.](#) SFAI. 2012.

**Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare**