

Behandlingsstrategi – beslut om begränsning av livsuppehållande åtgärd.

Gäller för: Region Kronoberg

Faktaägare: Joar Björk, specialisläkare, Onkologkliniken

Innehållsförteckning

1	Riktlinjer för slutenvården.....	2
1.1	Bakgrund.....	2
1.2	Rimliga grunder till beslut om behandling begränsningar.....	3
1.2.1	Då 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? – Omprövning av behandlingsstrategi	7
1.6	Hur ska beslutet dokumenteras?.....	8
1.7	Relaterade rutiner	11
1.8	Referenser.....	11

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 en viss behandling/åtgärd avbryts eller 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- och 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- och 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.

Socialstyrelsen har mycket specificerade krav avseende dokumentation av beslut att begränsa livsuppehållande behandling (se punkt 1.6 nedan).

1.2 Rimliga grunder till beslut om behandlingsbegränsningar.

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:

Då livsuppehållande behandling *inte är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet*

eller

När en *patient inte vill ha livsuppehållande behandling* (och vissa villkor är uppfyllda)

Det är också fullt möjligt – och inte ovanligt – att båda ovanstående skäl förekommer samtidigt. Det är ändå klokt att mentalt hålla skälen åskilda, eftersom de innebär vissa olika åtaganden för oss som vårdpersonal.

1.2.1 Då 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. En situation där det är självklart att fatta beslut om begränsningar av livsuppehållande behandling är då patienten på grund av progressiv sjukdom endast har någon vecka kvar att leva (oberoende av insatser) – s.k. VILS-situation. Samtidigt som en läkare fattar beslut om Planeringsunderlag (se rutin [Planeringsunderlag](#)) är det rimligt att fatta beslut om begränsning av livsuppehållande behandling om detta inte redan är gjort.

I vissa fall är det inte självklart vilka åtgärder som kommer att vara för patientens bästa. Då kan det vara rätt att inleda livsuppehållande behandling för att sedan utvärdera. Detta skapar större säkerhet samt visst etiskt rådrum. Det är viktigt att vara ödmjuk i samband med prognostiska bedömningar, och att ödmjukheten 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 framtingats 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/regionen 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) är 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.

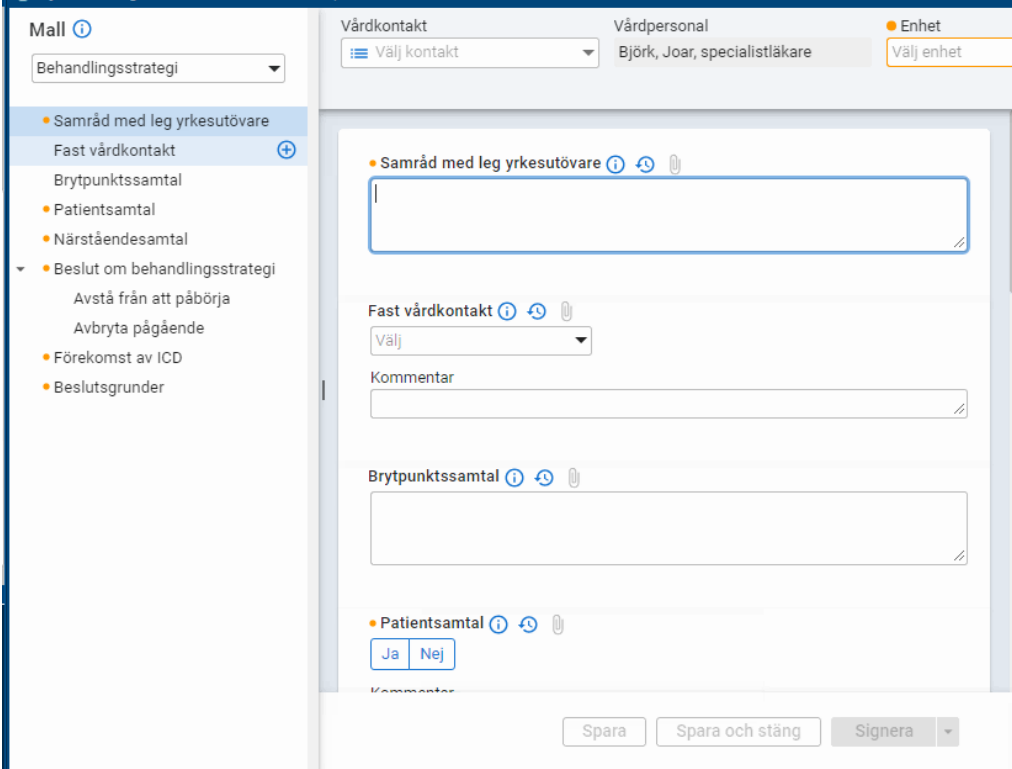
1.3 Vem kan ta beslut om begränsningar av livsuppehållande behandling?

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 (kan även vara en sjuksköterska). 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, samt hänvisa till beslutet i Uppmärksamhetssignalen. Se nedan och i avsnitt 1.6!



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

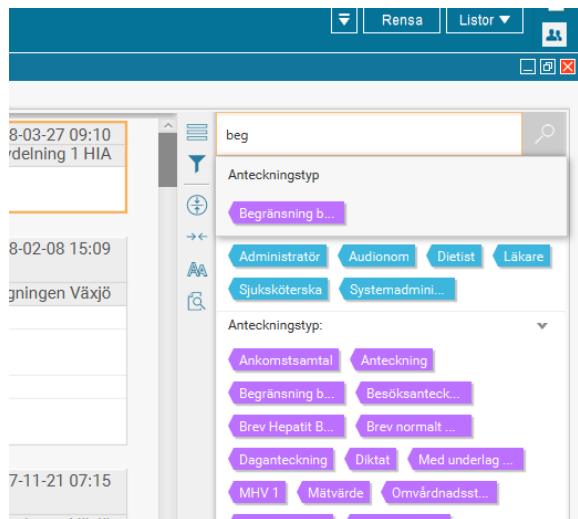
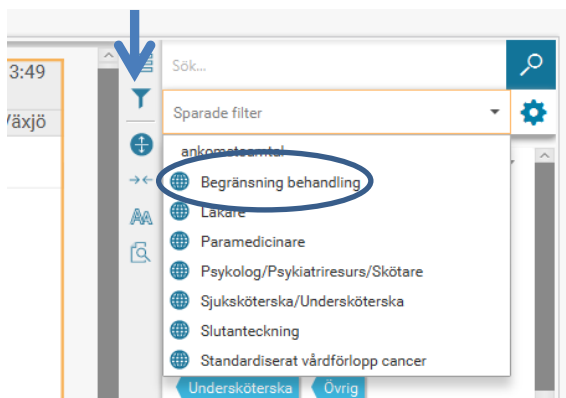
När det gäller patienter under 18 år är vårdnadshavaren ofta legal ställföreträdare för patienten. Vårdnadshavaren har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör ett barns personliga angelägenheter, till exempel hälso- och sjukvård. I takt med stigande ålder och utveckling ska dock allt större 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 livskvaliteten. 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. En hänvisning till dessa beslut ska också finnas i Uppmärks-samhetssignalen, se stycke 1.6.



1.5 När är ett beslut giltigt? – Omprövning av behandlingsstrategi

Liksom alla medicinska beslut bör beslut om behandlingsstrategi omprövas fortlöpande – detta är viktigt för att säkerställa kvaliteten på besluten. Men de olika skäl till behandlingsstrategi som förklarats ovan innebär att omprövningen bör ske *olika ofta*.

Avseende beslut som fattats på medicinska grunder som sammanhänger med det *akuta* tillståndets dåliga prognos sådana beslut omprövas *ofta* – dagligen eller till och med oftare eftersom det akuta läget kan förändras. Om så händer, och beslutet ändras, är det naturligt att informera patienten om detta. (Även ”blandande” beslut – dvs sådana som fattats mot bakgrund av det akuta tillståndets dåliga prognos *plus* det kroniska tillståndets dåliga prognos – måste omprövas ofta. Så länge det akuta tillståndets dåliga prognos på något sätt styr behandlingsinriktningen måste behandlingsinriktningen anpassas efter det akuta tillståndet).

Däremot måste beslut som fattats på medicinska grunder som sammanhänger med det *kroniska* tillståndets dåliga prognos inte omprövas lika ofta. Om bedömningen var riktig och inget förändrats gäller beslutet sannolikt livet ut. Det finns i dessa lägen heller inget tvingande skäl att ompröva ett beslut bara för att patienten byter vårdform (mellan avdelningar, från slutenvård till öppenvård). I avsaknad av nytt beslut gäller det tidigare. Det är dock ändå klokt att regelbundet *tänka igenom* dessa beslut. Felbedömningar förekommer naturligtvis. En ny läkare, eller du själv vid ett annat tillfälle, kan se fallet med andra ögon. Om du upptäcker att ett beslut om behandlingsstrategi fattats på basis av en överdrivet pessimistisk bedömning är det förstås dags för en djupare reflektion över fallet. Denna ska, liksom alla beslut om behandlingsstrategi, föras i samråd med legitimerad kollega. Om omprövningen leder till samma beslut som tidigare, och du är säker på att patienten fullt ut förstått sin medicinska situation, är det inte nödvändigt att på nytt informera patienten om att exempelvis HLR fortsatt synes utsiktslöst.

Slutligen finns de situationer där beslut om behandlingsstrategi fattats för att patienten inte önskar vissa former av behandling (exempelvis HLR). Om vi kunde vara säkra på att patienten aldrig skulle ändra sig finnes inget skäl att ompröva sådana beslut. Men empiriska studier visar att patienter kan ändra sig även i dessa frågor. Därför måste även dessa beslut omprövas – allra helst om det finns skäl att tro att patientens livssituation förändrats eller att patienten på andra sätt verkar ha ändrat sin syn på saker. Eftersom dessa beslut fattas på basis av patientens åsikt krävs naturligtvis ett djupgående samtal med patienten så att vi är säkra på att patienten har förstått vad som står på spel, och att vi förstått patientens vilja.

Några speciella omständigheter:

Då en patient *opereras* gäller samma beslut om behandlingsstrategi som i andra lägen. Det är dock viktigt att notera sådana beslut i anestesibedömningen så att detta inte missas.

Avseende beslut som innebär begränsning av *intensivvård* bör dessa fattas i samråd med intensivvårdsläkare om osäkerhet finns avseende den medicinska prognosen vid intensivvård. Om det är uppenbart att patienten inte skulle gagnas av intensivvård behövs dock inte sådan kontakt. För patienter som intensivvårdas har fast vårdkontakt huvudansvaret för beslut som tas mot bakgrund av patientens grundsjukdom, medan IVA-läkare har huvudansvar för beslut som fattas mot bakgrund av möjligheterna att genom intensivvård förbättra patientens prognos. I samband med överflytt från IVA-vård till annan vårdform

är det naturligt att ompröva eventuella tidigare beslut om behandlingsstrategi (inklusive avsaknad av sådana beslut) eftersom ny information om patientens prognos eller inställning till IVA-vård kan ha tillkommit. Ett beslut om att avstå från att påbörja intensivvård *av medicinska skäl* hindrar inte att patienten tillfälligt tas till IVA för annan behandling som till exempel inläggning av EDA eller thoraxdrän i lindrande syfte. Ett beslut fattat för att patienten inte önskar IVA-vård kan däremot tala emot sådan vård – bedöm i det enskilda fallet tillsammans med patienten och/eller legitimerad kollega.

Avseende *ambulanstransport* gäller tidigare fattade beslut om behandlings-begränsningar. Då ambulanspersonal inte alltid har tillgång till journal är det viktigt att, om möjligt, informera ambulanspersonal muntligt om sådana beslut.

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.

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.

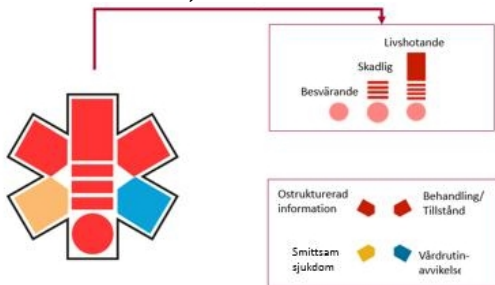
När skälet till behandlingsbegränsningen är att patienten önskar begränsningar av livsuppehållande behandling ska läkaren *dessutom* dokumentera:

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.

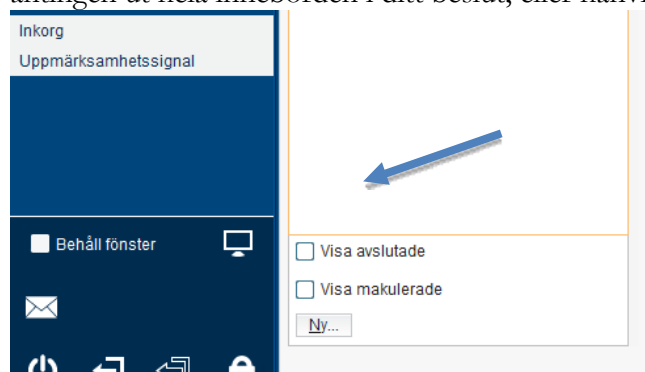
Det bör även framgå av patientjournalen på vilket sätt den fasta vårdkontakten har försäkrat sig om att patienten

- 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.

Utöver själva anteckningen ska hänvisning till anteckningen läggas i Uppmärksamhetssignalen (det sexarmade korset till vänster om patientens personnummer).



Skapa "Ny" (nere i vänstra hörnet) och använd typ "Vårdrutinavvikelser". I flervalstilen under "Vårdrutinavvikelser" välj "Beslut finns om att inte utföra hjärt-lungräddning" (även om beslutet kanske innefattar mer än bara ej HLR). I rutan "Kommentar" skriver du antingen ut hela innebörden i ditt beslut, eller hänvisar till datum för anteckningen.



Uppmärksamhetssignal Ny... Journal

Vårdkontakt: (Ingen) Händelsedatum: 2021-01-22 15:37

Vårdperso... Björk, Joar (specialistläkare) Enhet: <Välj>

Typ: Vårdrutinavvikelse

Vårdrutinavvikelse:
Beslut finns om att inte utföra hjärt-lungräddning

Rubrik:
Beslut finns om att inte utföra hjärt-lungräddning

Kommentar:
se anteckning om behandlingsstrategi från Palliativa teamet 2021-01-22

Länkar:

OBS!

OM ETT BESLUT OM BEHANDLINGSSTRATEGI ÄNDRAS MÅSTE ÄVEN TEXTEN UNDER UPPMÄRKSAMHETSSIGNALLEN ÄNDRAS!!

Det är då den läkare som fattat det senaste beslutet som har ansvar att ta bort eller skriva om tidigare hänvisning i Uppmärksamhetssignalen!

Ibland fattas beslut om en behandlingsstrategi som *inte* innebär att hjärt- och lungräddning *inte* ska utföras (dvs strategin innebär att HLR i princip ska utföras). Detta kan vara i lägen då man reverserar ett tidigare ej-HLR beslut, eller skapar en strategi som innebär att vissa andra behandlingar begränsas men inte HLR. I sådana lägen används dokumentationsmallen "Behandlingsstrategi" i Cosmic på sedvanligt sätt, men av naturliga skäl bör inte rubriken "Beslut finns om att inte utföra hjärt-lungräddning" i UMS användas. I sådana lägen får man istället använda rubriken "Annat" i UMS och i fritext sammanfatta beslutet samt hänvisa till journaltext eller den aktuella behandlingsstrategin.

I samband med utskrivning från sjukhuset bör det noteras i epikrisen om beslut om behandlingsstrategi fattats under vårdtiden, utöver den dokumentation som nämnts ovan. Detta journalförs med fördel i stycket "planering" i epikrisen, exempelvis på följande sätt "Under vårdtiden har beslut om behandlingsbegränsning fattats, se 2022-xx-xx").

På grund av Socialstyrelsens specifika krav på dokumentation gällande just beslut om begränsningar av livsuppehållande behandling räcker det tyvärr inte (rent formellt) att ersätta beslut enligt ovan med, exempelvis, ett "Planeringsunderlag" (VILS) (se rutin [Planeringsunderlag](#)) eller andra smidigare dokumentationslösningar för att ha fullföljt dokumentationskravet i ett sådant läge.

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](#)
[Uppmärksamhetsignal](#)

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 (reviderad version) 2021.

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

[Informationsspecifikation för uppmärksamhetsinformation,](#) version 4, Socialstyrelsen 2020

Artikel från 2014 som visar att även relativt sjuka patienter kan förändra sina preferenser – åt ”båda hållen”: [Resuscitation Preferences in Community Patients With Heart Failure | Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes \(ahajournals.org\)](#) (Notera att detta endast har relevans för beslut som fattas på basis av patientens önskan, se stycke 1.2 ovan)

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare