OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus
Innehållsansvar: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare
Granskad av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare
Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Giltig från: 2026-10-27
Giltig till: 2028-10-27

Livsuppehållande behandling, SÄS

Förändringar sedan föregående version

Återaktivering och aktualisering av tidigare version då regional medicinsk riktlinje inte längre finns tillgänglig. Mindre uppdateringar har gjorts för samordning med sjukhusövergripande rutin Fast vårdkontakt och läkarkontakt, SÄS

Sammanfattning

Riktlinjen baseras på gällande regelverk och rekommendationer vid ställningstagande till och beslut om livsuppehållande åtgärder. Dessutom beskrivs rutiner för beslut, omprövning och samråd samt information till patient eller dennes närstående och dokumentation i patientjournalen Melior.

Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version 1
Sammanfattning 1
Innehållsförteckning 1
Bakgrund och syfte 2
Bakomliggande etiska principer 3
Förutsättningar 3
Definitioner och tydliggörande av begrepp 3
Fast vård- eller läkarkontakt 4
Barn 6

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Utförande 6
Beslutsfattande 6
Omprövning 7
Information 7
Samråd 7
Dokumentation i patientjournalen 7
Relaterad information 8
Arbetsgrupp 8
Källförteckning 8

Bakgrund och syfte

Om att ge eller inte ge livsuppehållande åtgärder är ett beslut som har stora konsekvenser för en patient. Varje beslut måste fattas utifrån individuella förutsättningar. För patientsäkerhetens och beslutfattarens skull måste beslutet vara väl genomtänkt och noggrant dokumenterat.

I Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd ”Livsuppehållande behandling” (SOSFS 2011:07) och förklarande handbok till föreskriften, ”Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling”, har tillsynsmyndigheterna tagit ställning till hur de ser på beslutsprocessen. Därtill kommer ytterligare ett antal brev och ställningstaganden från samma institution. Syftet med SOSFS 2011:7 är att säkerställa en god och säker vård för patienter med livshotande tillstånd, där tidigare bindande regler saknats [1, 2].

Utöver nämnda dokument från Socialstyrelsen finns övergripande och välgrundade riktlinjer från Svenska Läkaresällskapet (”Etiska riktlinjer vid ställningstagande till att avstå från och avbryta livsuppehållande behandling”, antagen 2018-04-10) och från Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård

(”Livsuppehållande behandling. Behandlingsstrategi inom intensivvården”, antagen 2012-09-17) [3, 4].

På Södra Älvsborg Sjukhus har begreppet ”Begränsning av vårdinsats” använts för att beskriva ett beslut i ovanstående frågor. Inom intensivvården har

därutöver använts avstå/avbryta en livsuppehållande behandling (med skillnaden ”avstå = inte inleda” och ”avbryta = inte fortsätta med” behandlingen).

Vårdsituationer som nämns i SOSFS 2011:7:

- När det inte är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet att ge livsuppehållande behandling. En behandling ska vara till patientens gagn.
- När en patient inte vill ha livsuppehållande behandling.

Bakomliggande etiska principer

- Självbestämmande (Autonomi): Alla människor har rätt att bestämma över sitt eget liv.
- Människovärdeprincip: Alla människor har samma värde.
- Inte skada: Vården ska inte medföra skada eller lidande för patienten. Vården måste ibland acceptera biverkningar och negativa effekter av en behandling om och när de uppvägs av den nytta som behandlingen innebär för patienten.
- Göra gott: Vården ska sträva efter att botapatientens sjukdom. Om det inte går, ska man stärva efter att lindra patientens besvär.
- Rättvisa: Alla människor har lika rätt till vård och omsorg.

Medicinska riktlinjer när det är lämpligt med ställningstagande till livsuppehållande åtgärder finns inte. Varje patient har rätt till en individuell bedömning.

Förutsättningar

Definitioner och tydliggörande av begrepp

Livsuppehållande behandling

Med livsuppehållande behandling avses medicinska åtgärder som hälso- och sjukvården erbjuder en patient för att upprätthålla hans eller hennes liv. Det kan vara vissa kirurgiska ingrepp (t.ex. amputation), läkemedelsbehandling (t.ex. behandling med vasoaktiva läkemedel, vätskedrivande, insulin, cytostatika eller antibiotika) men även åtgärder som stödjer vitala (livsnödvändiga) funktioner som andning och cirkulation, som patienten själv inte kan upprätthålla.

Exempel på sådana åtgärder är:

- andningsunderstödjande behandling som syrgasbehandling, CPAP, invasiv och noninvasiv respiratorbehandling, extrakorporeal syresättning av blodet som ECMO.
- assisterad cirkulation, t.ex. hjärt-lungräddning (HLR), aorapump, pacemakerbehandling, katecholaminterapi och inotropi [5]
- dialys i olika former
- tillförsel av blodprodukter, vätska
- näringstillförsel genom intravenös kateter, en sond eller en PEG.

Fast vård- eller läkarkontakt

Fast vårdkontakt (SOSFS 2011:7) ansvarar för planeringen av patientens vård, d.v.s. att fastställa målen för vården och delmålen för de olika behandlingar och åtgärder som ingår i vården, samt tar ställning till hur patientens behov av vård ska tillgodoses [1]. Om en patient vårdas inom flera verksamheter har varje verksamhetschef ett ansvar för att utse en fast vårdkontakt för patienten inom sin verksamhet. Fast vårdkontakt måste vara en namngiven person. Om det ännu inte finns någon fast vårdkontakt utsedd för patienten, eller om denne inte är tillgänglig, ska någon annan legitimerad läkare som deltar i patientens vård tillämpa bestämmelserna. Se även sjukhusövergripande rutin Fast vårdkontakt och läkarkontakt, SÄS [6].

Omprövning

Planeringen måste fortlöpande uppdateras, omprövas och följas upp, t.ex. med hänsyn till hur patienten svarar på en viss behandling och nytillkomna behandlingsmöjligheter eller på grund av en läkares nya iakttagelser eller bedömningar.

Om förhållandena har förändrats eller om det finns anledning att göra en annan bedömning, ska ett tidigare ställningstagande i vårdplaneringen inte hindra en läkare eller någon annan hälso- och sjukvårdspersonal att sätta in en behandling.

Även när det finns en vårdplan har all hälso- och sjukvårdspersonal, som behandlar en patient, ett ansvar för sina egna bedömningar och eventuell uppdatering av vårdplanen.

Patienter med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada har rätt till en ny medicinsk bedömning, om de önskar [7, 8 kap]. Detta gäller vanligen då patienten önskar ett eventuellt insättande av åtgärder.

Anatomi/rätt till självbestämmande

En läkare får inte ge en behandling som patienten inte vill ha, med undantag för t.ex. vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, se även riktlinje Vårdinsatser utan patientens samtycke, SÄS [8].

Vården ska utformas och genomföras så långt det är möjligt i samråd med patienten, men det finns ingen skyldighet att låta patienten bestämma vilken vård han eller hon ska få (med undantag för sterilisering och abort). Patienten har rätt att avstå från en behandling men kan inte kräva att få en viss behandling. Det gäller i särskild omfattning för behandlingar som inte uppfyller kraven på vetenskap och beprövad erfarenhet eller inte kan erbjudas ur andra skäl (t.ex. ekonomiskt helhetsansvar).

Om patienten inte vill ha en livsuppehållande behandling, som läkare anser patienten kan ha nytta av, ska den fasta läkarkontakten ta ställning till patientens önskemål. Innan den fasta vård- eller läkarkontakten tar ställning ska han eller hon försäkra sig om att patienten och närstående fått individuellt anpassad information, göra en bedömning av patientens psykiska status och förvissa sig om att patienten förstår informationen, kan inse och överblicka konsekvenserna av att behandlingen inte inleds eller inte fortsätter, har haft tillräcklig med tid för sina överväganden samt står fast vid sin inställning. Detta förutsätter att patient bedöms som beslutskompetent [9]. Det finns inga bestämmelser om hur bedömningen av beslutskompetensen ska gå till i svensk lagstiftning.

Vården får inte sätta in åtgärder som syftar till att patienten ska avlida, även om patienten själv vill det.

Samråd/ansvarsfördelning

Beslut om livsuppehållande åtgärder ska fattas av en legitimerad fast läkarkontakt. Inför ett ställningstagande till att inte inleda eller inte fortsätta livsuppehållande behandling ska den fasta läkarkontakten rådgöra med minst en annan legitimerad läkare.

Samråd med patienten ska göras så långt som möjligt, se rubrik Autonomi/ rätt till självbestämmelse.

Närstående ska informeras om inget hinder föreligger. De ska vara insatta i planeringen av patientens vård. Detta gäller särskilt om en patient inte är beslutskompetent eller döende. 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 livsuppehållande åtgärder.

När flera vårdkontakter är involverade i patientens behandling ska dessa samråda, se rutinen Fast vårdkontakt och läkarkontakt, SÄS [6].

Information till och samråd med patient och information till närstående är ett gemensamt ansvar.

Väl förankrade beslut förutsätter dialog mellan behandlande läkare inom de olika verksamheterna, vårdpersonal, patient och närstående.

Beslut om behandlingsstrategi kan tas mot bakgrund av antingen patientens grundsjukdom eller mot bakgrund av möjligheten att i den aktuella situationen förbättra patientens prognos med hjälp av livsuppehållande åtgärder, oftast inom intensivvården.

I det förstnämnda fallet ligger huvudansvaret på behandlande läkare/fast vårdkontakt. I det sistnämnda fallet tas beslutet av ansvarig intensivvårdsläkare, men det bör ske efter samråd med behandlande läkare/fast vårdkontakt.

Barn

I Socialstyrelsens handbok ”Om att ge eller inte ge livsuppehållande åtgärder” och SFAIs riktlinje finns särskilda kapitel om barn, där hänvisning görs till särsituationen för barn [2, 3, 4]. Dokumentationen ska ske i Melior-mallen.

Utförande

Beslutsfattande

Beslutet om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling ska fattas efter noggrant övervägande och under beaktandet av gällande bestämmelser och riktlinjer.

Det ska beskrivas vilka behandlingar som ges och vilka som inte ska ges.

Omprövning

En tidpunkt ska definieras när omprövning senast ska göras. Det utesluter inte en tidigare omprövning.

Information

Patienten och dennes närstående ska få individuellt anpassad information enligt 2 b § hälso- och sjukvårdslagen [10].

Om en åtgärd inte anses som ett behandlingsalternativ ur vetenskap och beprövad erfarenhet, finns det heller inget krav på att informera om den. Om det däremot dokumenteras en begränsning, kan detta uppfattas som att åtgärden ses som ett alternativ, och anpassad information bör i detta fall lämnas till närstående.

Samråd

Samråd med minst en legitimerad yrkesutövare ska göras. Samråd med andra i vården deltagande yrkesutövare bör göras.

Dokumentation i patientjournalen

Dokumentation ska ske i den mall som finns i Melior.

Läkare som fattar beslutet ska dokumentera:

- sitt ställningstagande till livsuppehållande behandling
- när och på vilka grunder hen har gjort sitt ställningstagande
- när och med vilka yrkesutövare hen har rådgjort
- vid vilka tidpunkter samråd med patienten har förekommit
- om samråd med patienten inte har varit möjligt, och i så fall orsaken till detta
- när och på vilket sätt patienten eller, om det inte var möjligt, närstående har fått individuellt anpassad information, och vilken inställning till den livsuppehållande behandlingen som patienten och /eller dennes närstående har gett uttryck för [10, § 2 b].

När patienten inte vill ha livsuppehållande åtgärder, som läkare bedömer skulle vara till nytta, ska det utöver ovanstående punkter dokumenteras:

- patientens psykiska tillstånd

- hur läkaren har förvissat sig om att patienten; har förstått informationen, kan inse och överblicka konsekvenserna av att behandling inte inleds eller inte fortsätts, har haft tillräckligt med tid för sina överväganden och står fast vid sin inställning
- att patienten har fått tillgång till den habilitering, rehabilitering och de hjälpmedel som han eller hon behöver och har fått stöd att begära de insatser från socialtjänsten och Försäkringskassan som han eller hon är berättigad till.

Se rutinen ”Varningar och begränsning av vårdinsats i Melior” för utförlig beskrivning om dokumentationen i patientjournalen [11].

Relaterad information

Arbetsgrupp

För innehållet svarar

Peter Geiger, överläkare, anestesikliniken SÄS, sammankallande

Sara Degerman-Carlsson, chefläkare. SÄS

Maria Ahlerup, specialistläkare anestesiklinik, SÄS

Magnus Täreby, överläkare, kirurgkliniken, SÄS

Översyn och aktualisering av innehåll i samband med återaktivering utförd via medicinskt beredningsutskott, SÄS

Remissinstanser, utgåva 7 (återaktivering)

Verksamhetschefer, SÄS

Källförteckning

1. Livsuppehållande behandling, SOSFS 2011:7. www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2011-6-26.pdf
2. Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling - Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal. Socialstyrelsen, 2011 www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-

dokument/artikelkatalog/handbocker--juridisk-handbok/2011-6-39.pdf

3. Etiska riktlinjer vid ställningstagande till att avstå från och avbryta livsuppehållande behandling. Svenska Läkaresällskapet, 2018.

   www.sls.se/globalassets/sls/etik/dokument/sls_ssf_riktlinjer_avbryta_avsta_2018.pdf

4. Livsuppehållande behandling. Behandlingsstrategi inom intensivvården. Svensk förening för Anestesi och Intensivvård, 2012

   https://sfai.se/riktlinje/medicinska-rad-och-riktlinjer/intensivvard/behandlingsstrategi-iva

5. Etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning (HLR). Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska rådet för hjärt-lungräddning. 2013*

   www.sls.se/globalassets/sls/etik/dokument/riktlinjer20maj-2.pdf

6. Fast vårdkontakt och läkarkontakt, SÄS. Sjukhusövergripande rutin, SÄS

   https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/sodra-alvsborgs-sjukhus/styrdokument

7. Patientlag (2014:821). Svensk författningssamling

   https://www.riksdagen.se under rubrik Dokument & lagar

8. Vårdinsatser utan patientens samtycke, SÄS. Sjukhusövergripande riktlinje, SÄS

   https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/sodra-alvsborgs-sjukhus/styrdokument

9. Etiska riktlinjer för palliativ sedering i livets slutskede. Svenska Läkaresällskapet, 2010.

   www.sls.se/globalassets/sls/etik/dokument/000012134.pdf

10. Hälso- och sjukvårdslag, SFS 1982:763. Svensk författningssamling

    http://www.riksdagen.se/under rubrik Dokument & Lagar

11. Varningar och begränsning av vårdinsats i Melior. Sjukhusövergripande rutin, SÄS.

https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/sodra-alvsborgs-sjukhus/styrdokument

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Granskad av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Dokument-ID: SAS9642-738863596-9

Version: 8.0

Giltig från: 2026-10-27

Giltig till: 2028-10-27