Gäller för: Skaraborgs Sjukhus
Innehållsansvar: Magnus Olsson, (magol1), Chefläkare
Granskad av: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef
Godkänd av: Annette Trenge Jarlshammar, (anntr2), Utvecklingschef

Giltig från: 2026-10-02
Giltig till: 2026-12-31

Begränsningar av vårdinsatser - vägledning

Förändringar sedan föregående version

Tillägg med praktiska råd kring HLR-beslut, kopierad från NU-sjukvårdens dokument 24-03-04 *Ställningstagande till behandlingsbegränsning.*

Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version 1
Innehållsförteckning 1
Bakgrund 1
Arbetsbeskrivning 2
Åtgärder 2
Förutsättningar 4
Praktiska råd kring HLR-beslut 7
Käll- och litteraturförteckning 9

Bakgrund

Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling 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].

(Denna rutin har som förlaga NU-sjukvårdens *Begränsning av vårdinsats i Melior* och senare *Ställningstagande till behandlingsbegränsning* [8])

Vilka berörs

All vårdpersonal som läser och dokumenterar i Melior inom SkaS.

Arbetsbeskrivning

Samråd

Samråd med minst en legitimerad yrkesutövare ska göras. Samråd med andra i vården deltagande yrkesutövare bör göras. Den läkare som anger behandlingsbegränsningen bör således diskutera sitt beslut med kollegor. Om den läkare som skall göra bedömning av begränsade behandlingsinsatser inte har kompetens att göra bedömningen, så gäller fulla åtgärder tills vidare. Samråd kan ske vi nästkommande rond på enheten.

Åtgärder

Uppgift om begränsade vårdinsatser ska dokumenteras

- när det är uppenbart att vårdinsatser ska begränsas
- när fulla åtgärder ska gälla, men där patientens fysiska tillstånd inte uppenbart talar för fulla åtgärder och att det därmed behövs ett tydligt beslut

Tidigare dokumenterad begränsning av vårdinsatser

- begränsning av vårdinsatser skall bedömas utifrån aktuellt tillstånd och omprövas vid avgörande förändring i patientens medicinska status
- vid oförändrade förutsättningar för begränsning av vårdinsatser vid inläggning i slutenvård behöver endast fortsatt giltighet markeras i Melior-mallen som *Tidigare bedömning kvarstår*

Dokumentera i mallen Begränsade vårdinsatser, som Fri aktivitet i Melior.

(vilket tänder upp en Observandumsymbol (Blå ring) som blir synlig i journalens alla delar)

- ställningstagande till behandlingsbegränsningar
- ange eventuella behandlingsbegränsningar
- när och på vilka grunder han eller hon har gjort sitt ställningstagande
- när och med vilka yrkesutövare han eller hon 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 (3 kap. Patientlagen (2014:821)[7]

När patienten inte vill ha livsuppehållande åtgärder 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

Bakomliggande etiska principer

- Självbestämmande (autonomi): Alla människor har samma värde och rätt att bestämma över sitt eget liv
- 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 behandlingen innebär för patienten
- Göra gott: Vården ska sträva efter att bota patientens sjukdom. Om det inte går, ska man sträva 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, läkemedelsbehandling men även åtgärder som stödjer vitala (livsnödvändiga) funktioner som andning, cirkulation och medvetande, som patienten inte själv kan upprätthålla.

Exempel på sådana åtgärder är:

- Andningsunderstödjande behandlingar som syrgasbehandling, CPAP, invasiv och non-invasiv respiratorbehandling
- Assisterad cirkulation, t ex hjärt-lungräddning (HLR), aortaballongpump, ECMO, pacemakerbehandling, inotropi/vasoaktiva läkemedel
- Dialys i olika former
- Tillförsel av blodprodukter, vätska
- Näringstillförsel genom intravenös kateter, en sond eller en PEG

Verksamhetschefen ska ansvara för att det för en patient med ett livshotande tillstånd ska utses en legitimerad läkare som fast vårdkontakt. Fast vårdkontakt (SOSFS 2011:7) [1] ansvarar för planeringen av patientens vård, det vill säga 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 bäst tillgodoses. 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 ska vara en namngiven person. Om det ännu inte finns någon fast vårdkontakt utsedd för patienten, eller om denne inte är tillgänglig i en akut situation, ska någon annan legitimerad läkare som deltar i patientens vård tillämpa bestämmelserna.

Omprövning

Planeringen måste fortlöpande uppdateras, omprövas och följas upp. Man får till exempel med hänsyn till hur patienten svarar på en viss behandling och nytillkomna behandlingsmöjligheter eller på grund av en läkares nya iakttagelser eller bedömningar omvärdera ett tidigare beslut. 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 vårdplanering har all hälso- och sjukvårdspersonal, som behandlar en patient, ett ansvar för sina egna bedömningar. Patienten har rätt till en second opinion enligt gällande regelverk, om den så vill; detta gäller särskilt i fråga om livsuppehållande behandling.

Autonomi/rätt till självbestämmande

En läkare får inte ge en behandling som patienten inte vill ha, med undantag för till exempel vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård och smittskyddslagen. 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. Patienten har rätt att avstå från en behandling men kan inte kräva att få en behandling, som inte uppfyller kraven på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Om patienten inte vill att en livsuppehållande behandling ska sättas in eller fortsättas, ska den fasta vårdkontakten ta ställning till hans eller hennes önskemål. Innan den fasta vårdkontakten tar ställning ska han eller hon försäkra sig om att patienten och närstående fått individuellt anpassad information. Vårdkontakten ska också 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. Patient och anhöriga ska också ha haft tillräckligt med tid för sina överväganden samt står fast vid sitt ställningstagande. Detta förutsätter att patienten bedöms som beslutskompetent. 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, eutanasi, även om patienten själv vill det.

Samråd/ansvarsfördelning

Beslut om livsuppehållande behandling ska fattas av en legitimerad läkare. Inför ett ställningstagande till att inte inleda eller inte fortsätta livsuppehållande behandling ska den fasta vårdkontakten rådgöra med minst en annan legitimerad utövare (t ex en annan läkare eller en legitimerad sjuksköterska). Samråd med fler yrkesutövare som har deltagit i patientens vård bör göras.

Samråd med patienten ska göras så långt som möjligt, se rubrik ”Autonomi/rätt till självbestämmelse”. Samråd med närstående ska göras 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 verksamheter är involverade i patientens behandling ska fasta vårdkontakter eller behandlande läkare från de olika verksamheterna samråda. Information till och samråd med patient och 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. Hälso- och sjukvårdens resurser ska inte användas för behandlingar som inte motsvarar god vård, saknar medicinsk effekt och kan betraktas som utsiktslösa. Dessa etablerade principer utgår från hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att ge en patient sakkunnig och omsorgsfull vård som uppfyller kraven på vetenskap och beprövad erfarenhet (6 kap. 1 § PSL).

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. Dokumentationen ska ske i Meliormallen.

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 åtgärder som ska ges och vilka som inte ska ges.

Omprövning

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

Information

Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Om informationen inte kan lämnas till patienten, ska den i stället såvitt möjligt lämnas till en närstående till honom eller henne. Patientlag (2014:821) [7].

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 anses som att åtgärden ses som ett alternativ, och anpassad information bör i detta fall lämnas till närstående [1].

Nedan ses vägledning kopierad från NU-sjukvårdens dokument 24-03-04

Ställningstagande till behandlingsbegränsning

Praktiska råd kring HLR-beslut

På akutmottagningen

Tänk så här: Om jag som legitimerad läkare står bredvid patienten och patienten plötsligt drabbas av hjärtstopp – skulle jag då inleda HLR? Om svaret är ”ja” eller ”det vet jag inte” ska frågan om ”ej HLR” avgöras på nästa ordinarie rond på vårdavdelning. Om svaret är ”nej” ska ställningstagandet ”ej-HLR” dokumenteras om kriterierna nedan är uppfyllda.

När patienten ska lämna akutmottagningen gäller således att HLR i normalfallet ska inledas i händelse av hjärtstopp. Vi måste acceptera att inleda HLR några gånger för ofta när ställningstagandet ”ej-HLR” hade varit rimligt, hellre än att avstå från att inleda HLR när liv hade kunnat räddas. Vid osäkerhet kontaktar läkaren på akutmottagningen bakjouren (eller ledningsläkaren) som bedömer situationen. Om HLR inte ska inledas ska bakjouren avgöra när och hur samråd med patienten ska ske samt hur och av vem ställningstagandet ska dokumenteras.

Patienter som inte är inskrivna på sjukhuset kan inte omfattas av ”ej-HLR”! (väntar på färdtjänst, sitter i mottagningsväntrum, undersöks polikliniskt på rtg eller lab mm). Från det att patienten skrivs in på akutmottagningen eller direkt på vårdavdelningen tills patienten skrivs ut från sjukhus och lämnar vårdavdelningens lokaler kan eventuellt ställningstagande till HLR göras, ändras eller återtas. Det ska vara den

läkare som av verksamhetschefen utsetts till fast vårdkontakt som gör dessa ställningstaganden.

Ej-HLR redan vid inskrivning

I följande fall kan ställningstagande till HLR göras av den legitimerade läkare som ansvarar för ordinationer vid inläggning, t ex på akutmottagningen. (således inte AT-läkare):

1. Patienten tar själv upp frågan om HLR och uttrycker att han eller hon inte vill ha sådan behandling. Läkaren måste i detta fall ta ställning. Om läkaren bedömer att patientens begäran inte kan tillgodoses på grund av nedsatt beslutskapacitet, ska patienten informeras om att ställningstagande till HLR inte kan göras akut, utan att patienten måste ta upp frågan vid första rond på avdelningen. Eventuellt kan bakjouren kontaktas för samråd. Denna problematik är ovanlig.

2. Det finns dokumenterat ”ej-HLR” vid ett tidigare vårdtillfälle under det senaste året inom SkaS eller annat sjukhus (läsbart via SIEview eller NPÖ). Om det av dokumentationen framgår att den medicinska grunden från det tidigare vårdtillfället förändrats så att HLR nu är påkallad i händelse av hjärtstopp ska, behandlingsbegränsningen tas bort (Under ”Beslut”, välj ”Ingen behandlingsbegränsning”). Om det tidigare ställningstagandet grundade sig på att patienten vid det tillfället begärt att ”ej-HLR” skulle gälla, måste patientens beslut bekräftas igen med samtal. Om det inte är möjligt ska tidigare viljeyttring från patienten gälla, samråd med närstående ska göras om det bedöms lämpligt. I övriga fall ska ”ej-HLR” från tidigare vårdtillfälle således gälla. Sökordet ”Tidpunkt för beslutet” uppdateras till aktuellt datum. Information om det ursprungliga beslutet finns alltid kvar i historik. Information till patienten om ej-HLR har ju lämnats tidigare och ska upprepas endast om det bedöms nödvändigt.

3. Det aktuella vårdtillfället inleds i en situation som bedöms som palliativ vård. Den bedömningen ska stödjas i tidigare journalanteckning, t ex under sökord ”brytpunktssamtal”. Det kan gälla patienter inskrivna i palliativt team, patienter med långt framskriden allvarlig neurologisk sjukdom, cancer, lungsjukdom, njursjukdom eller motsvarande. Vid osäkerhet beträffande patientens chanser att överleva ett hjärtstopp och HLR ska ställningstagande till ”ej-HLR” anstå till ordinarie rond, se ovan. Patienten ska informeras om att HLR inte kommer att inledas vid

eventuellt hjärtstopp. Det är inte aktuellt att fråga patienten vad patienten vill eftersom ställningstagandet i detta fall grundas på en bedömning att HLR inte har förutsättning av vara framgångsrik, att HLR inte är i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Om läkaren bedömer att patienten inte i det akuta läget har möjlighet att delta i samråd om HLR ska informationssamtalet hänskjutas till nästkommande ordinarie rond. Närstående ska informeras i de fall läkaren bedömer att det är lämpligt. Sådan information är således inte obligatorisk, men i vissa fall lämplig.

Sammanfattning och formuleringsförslag

Ovanstående råd gäller endast ställningstagande till HLR! Det är det enda ställningstagande som är nödvändigt för sjuksköterskor och övriga medarbetare att känna till. Saknas markering och dokumentation angående HLR ska patient med hjärtstopp alltid bli föremål för omedelbar HLR (se ovan). Frågor som berör IVA-vård, respirator, dialys mm kan dokumenteras i samma anteckning om behandlingsbegränsningar, men dessa uppgifter syftar enbart till att ge stöd till läkare i framtida behandlingsplanering. De reglerar inte vårdarbetet för övrig personal.

Använd gärna fritextrutan i Melior!

”ej-HLR gäller eftersom det inte är sannolikt att åtgärden förlänger patientens liv. Allvarlig funktionsnedsättning i flera organ.”

”ej-HLR gäller eftersom patienten uttryckt att han inte vill ha HLR. Hans bedömning sammanfaller med min bedömning att HLR inte är medicinskt motiverad”

”ej-HLR gäller eftersom det inte är sannolikt att åtgärden förlänger patientens liv. Jag har inte talat med patienten om detta, eftersom han just nu är konfusorisk. Jag har informerat dottern, och hon är införstådd med ställningstagandet.”

”ej-HLR gäller eftersom det inte är sannolikt att åtgärden förlänger patientens liv. Jag har inte talat med patienten om detta, eftersom han just nu är konfusorisk. Jag har informerat dottern, se daganteckning dagens datum” (om informationen blir till ett brytpunktssamtal ska referat dokumenteras i vanlig journaltext. Hänvisa till den anteckningen.)

Käll- och litteraturförteckning

1. Livsuppehållande behandling SOSFS 2011:7

http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-6-26

2. Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling – Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal. Socialstyrelsen, 2011

www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-6-39

3. Etiska riktlinjer vid ställningstagande till att avstå från och avbryta livsuppehållande behandling. Svenska Läkaresällskapet, 2007

www.sls.se/PageFiles/225/000012132.pdf

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

http://sfai.se/riktlinje/medicinska-rad-ochriktlinjer/intensivvard/behandlingsstrategi-iva/

5. Riktlinjer för beslut angående hjärtlungräddning. Svenska Läkaresällskapet, 2000

http://www.sls.se/PageFiles/225/000012135.pdf

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

http://www.sls.se/PageFiles/225/000012134.pdf

7. Patientlag (2014:821)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

8. NU-sjukvården

Ställningstagande till behandlingsbegränsning.pdf (vgregion.se)

9. Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

10. Patientsäkerhetslag (2010:659)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Magnus Olsson, (magol1), Chefläkare

Granskad av: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef

Godkänd av: Annette Trenge Jarlshammar, (anntr2), Utvecklingschef

Dokument-ID: SKAS9730-1455443510-37

Version: 4.0

Giltig från: 2026-10-02

Giltig till: 2026-12-31