

Gäller för: Verksamhet Kirurgi Sahlgrenska

Giltig från: 2024-10-30

Innehållsansvar: Natalia Hagelin, (natha1), Geriatriksjuksköterska

Giltig till: 2026-10-24

Granskad av: Magdalena Granung, (maggr), Verksamhetsutvecklare

Godkänd av: Andreas Muth, (andmu), Verksamhetschef

Hjärt- och lungräddning, förhandsbeslut om att avstå

Revideringar i denna version

Datum 2024-10-24

Förtydligande av brytpunktsamtal.

Ibland kan det finnas skäl att fortsätta farmakologiskbehandling i syfte att uppnå symtomlindring.

Läkare bör rådgöra med ansvarig sjuksköterska vid beslut att avstå HLR.

Ställningstagande till att begränsa livsuppehållande behandling gäller endast för ett vårdtillfälle och för vårt verksamhetsområde, men kan tjäna till vägledning inom andra verksamhetsområden.

Syfte

Att beskriva hur och när ett förhandsbeslut om att avstå från hjärt-lungräddning (EJ HLR) bör fattas och hur detta beslut ska dokumenteras i patientjournalen.

Arbetsbeskrivning

För att fatta ett adekvat beslut i frågan om hjärt-lungräddning (HLR) ska utföras eller inte, måste den prognostiska bedömningen av överlevnadschanser vägas mot återupplivningsförsökets negativa effekter och kompletteras med etiska överväganden.

Ett ställningstagande till att begränsa livsuppehållande behandling gäller under ett vårdtillfälle inom ett specifikt verksamhetsområde, men kan i många fall tjäna som vägledning vid planering av vården inom andra verksamhetsområden.

Läkaren bör även rådgöra med sjuksköterskor som deltagit i patientens vård.

Utgångspunkten för hjärt-lungräddning är att patienter som drabbas av hjärtstopp ska ges optimal HLR. Det finns dock skäl att fatta ett **förhandsbeslut om att avstå från HLR**

- När patienten inte önskar behandling med HLR och/eller
- När läkaren inte bedömer HLR som medicinskt motiverat

Ansvarig läkare bör ta upp frågan om patientens inställning till HLR då patienten är äldre och/eller lider av svår sjukdom, vilken negativt påverkar livskvaliteten och/eller medför kort förväntad överlevnad.

Diskussioner med patienten i denna fråga kräver tid och bör ske i lugn miljö med ett språk som är rakt och enkelt. Vikten av taktfullhet och förmåga att anpassa diskussionen till patientens reaktioner betonas. Det ska kontrolleras att patienten har förstått informationen och innebörden av sitt eventuella beslut. På patientens begäran kan beslutet, om HLR ska utföras eller inte, överlåtas åt ansvarig läkare.

Ansvarig läkare kan i vissa fall fatta ett förhandsbeslut om att avstå från HLR utan att patientens inställning efterfrågas. Läkaren ska ha tillräcklig yrkeserfarenhet och kompetens samt god kunskap om patientens aktuella hälsotillstånd, för att kunna stå som huvudansvarig för beslutet. Beslutet tas lämpligen i samråd med kollegor och vårdansvariga sjuksköterskor.

Det anses medicinskt motiverat att avstå från HLR när

- Döden bedöms nära förestående
- Läkaren med stor sannolikhet kan förutsäga att HLR inte kommer att lyckas
- Patienten är i ett persisterande vegetativt tillstånd och/eller är drabbad av irreversibel, svår hjärnskada

Det är inte möjligt att lista olika medicinska tillstånd, som motiverar ett förhandsbeslut om att avstå från HLR. Patienter med metastaserad cancer där tumörspecifik behandling ej är möjlig, svåra slaganfall, terminal organsvikt och svår demens, bör dock i mycket stor utsträckning bli föremål för ett sådant beslut.

När patientens vård övergår från att vara potentiellt livsförlängande till att bli symtomlindrande identifieras brytpunkt till vård i livets slutskede och patienten ska erbjudas ett brytpunktsamtal. Ofta är detta upprepade samtal. Läkaren skall förmedla att vårdens mål och inriktning är livskvalitet och symtomlindring.

Det kan finnas skäl att fortsätta med farmakologisk behandling, t.ex. diuretika, antibiotika och cytostatika, i syfte att uppnå god symtomkontroll.

Brytpunktssamtalet ska dokumenteras i Melior i aktiviteten Brytpunktssamtal och klassificeras med följande åtgärds kod: GB 002. Läkaren är ansvarig för samtalet, det är en fördel om ansvarig sjuksköterska samt anhöriga deltar i samtalet.

Beslutet ska dokumenteras och signeras i Melior av beslutsfattande läkare i aktiviteten Uppmärksamhetsinformation under sökordet Observandum och begränsad vårdgärd t.o.m. välj, Ingen hjärtlungräddning. Under denna aktivitet skall det även finnas uppgifter om datum och skäl för beslutet samt om vem/vilka som deltagit i beslutsfattandet. Det bör även framgå om patienten/närstående är informerad om beslutet. Beslutet gäller endast för avsett vårdtillfälle.

Observandum – Ja; genererar ”den blå ringen” på patientens journalmapp. Vid uppdatering eller ändring av beslutet, dokumenteras detta på samma sökord och man kan då i versionshanteraren se tidigare beslut.

Observera att den blå ringen på journalmappen även kan innehålla annan typ av information, exempelvis besvärande överkänslighet, smitta, tidigare suicidförsök, hot och våld. Det är av största vikt att ta del av och läsa information som finns dokumenterad här.

Ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamheten kräver finns tillgängliga, är kända och att verksamheten arbetar enligt [SOSFS 2011:9](#).

Rutinen gäller för alla läkare och vårdpersonal som arbetar inom kirurgi, Sahlgrenska.

Granskande grupp

Magdalena Granung, verksamhetsutvecklare, kirurgi Sahlgrenska

Erik Öberg Westin, sektionschef för Akut buk och traumakirurgi, kirurgi Sahlgrenska

Svein Olav Bratlie, sektionschef för Övre abdominell kirurgi, kirurgi Sahlgrenska

Anna-Karin Elf, sektionschef för Endokrin- och sarkomkirurgi, kirurgi Sahlgrenska

Jenny Heiman, sektionschef för Bröst- och melanomkirurgi, kirurgi Sahlgrenska

Shahla Hosienpour, vårdenhetschef, avd 132, kirurgi Sahlgrenska

Marita Boström, vårdenhetschef, avd 136, kirurgi Sahlgrenska

Malin Millborg, vårdenhetschef, avd 137, kirurgi Sahlgrenska

Sara Synnergren, vårdenhetschef, kirurgimottagningen, kirurgi Sahlgrenska

Uppföljning, utvärdering och revision

Innehållsansvarig har ansvar för uppföljning och revision av dokument, detta skall göras inom 2 år enligt rutin för styrande dokument i Sophia STY. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i patientjournalen, finns vårdskada/rusk för vårdskada skall detta rapporteras i MedControl PRO.

Relaterad information

Ågård A, Brattgård D, Ekström L & Haglind E. (2004). *Sahlgrenska Universitetssjukhuset medicinsk-etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning - HLR*. Etiskt forum. Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Johansson K & Lindholm J. (2009). *Riktlinjer vid ställningstagande av 0-HLR (ingen hjärt-lungräddning) på vårdavdelning*. Kirurgiska kliniken US + ViN, Landstinget i Östergötland.

Lindgren B & Pettersson A. (2011). *Patientens vilja till delaktighet i beslutsfattandet rörande 0-HLR*. Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper. Avdelningen för omvårdnad. Karlstad universitet.

Ostrowska K & Trygg M. (2010). *Att få dö i lugn och ro*. Göteborgs universitet. Institutionen för journalistik, medier och kommunikation.

Socialstyrelsen, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, [SOSFS 2011:9](#)

SU- gemensam rutin, [Ställningstagande till begränsning av livsuppehållande behandling \(vuxna\) \(vgregion.se\)](#)

Socialstyrelsens föreskrifter om allmänna råd, SOSFS 2011:7, om livsuppehållande behandling

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Kirurgi Sahlgrenska

Innehållsansvar: Natalia Hagelin, (natha1), Geriatriksjuksköterska

Granskad av: Magdalena Granung, (maggr), Verksamhetsutvecklare

Godkänd av: Andreas Muth, (andmu), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9785-1904528390-141

Version: 14.0

Giltig från: 2024-10-30

Giltig till: 2026-10-24