

Gäller för: Verksamhet Thorax och kardiologi  
Innehållsansvar: Lukas Lannemyr, (lukla), Överläkare  
Godkänd av: Kristofer Skoglund, (krisk3), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-03-31

Giltig till: 2027-03-28

# Behandlingsstrategi på TIVA

## Revideringar sedan föregående version

**211022** behovet av behandlingskonferens ska evalueras dagligen. På patienter som vårdats mer än 10 dagar ska patientens behandlingsstrategi omprövas vid behandlingskonferens varje vecka.

Vid beslut om att hjärtlungräddning ej ska genomföras dokumenteras detta som ”0 HLR” på IVA-kurvan, samt i Melior/PasIva. I de fall där behandlande läkare anser att begränsade försök till återupplivning, t ex en defibrillering, kan vara meningsfullt skall inte ”0 HLR” skrivas på kurvan.

## Bakgrund

Denna lokala rutin baseras på nationella riktlinjer från SFAI utgivna 120917;  
<http://sfai.se/download-attachment/816/>

Ökade medicinska resurser i form av kompetens och teknik leder till att allt sjukare och äldre patienter blir föremål för elektiva och akuta vårdinsatser. För svårt sjuka patienter kan insatserna leda till ett förlängt lidande för patienten i stället för återgång till en livssituation och en livskvalitet som patienten själv kan acceptera. Det finns därför ett ökande behov av att för varje patient ta ställning till det förväntade resultatet av vårdinsatser som pågår eller kan bli aktuella.

Socialstyrelsen SOSFS2011:7, 3:e kapitlet belyser när det inte är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet att ge livsuppehållande behandling. Det konkluderas att ”Sjukvårdens uppgift är att, i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, hjälpa sjuka människor och att så långt det är möjligt behandla, bota eller få kontroll över deras sjukdomar så att de kan återvinna hälsa och välbefinnande. Om detta inte går, är det sjukvårdens uppgift att ge palliativ vård. Den nytta behandlingen gör får vägas mot eventuell skada för patienten. Det kan röra sig om att behandlingen saknar förutsättningar att ge en medicinsk effekt och medför obehag, smärta och komplikationer som innebär ett lidande för patienten i stället för bot och hjälp. Det är självklart att undvika eller avbryta de åtgärder som gör mer skada än nytta för patienten. Hälso- och sjukvårdens resurser skall inte användas för behandlingar som inte motsvarar god vård, saknar medicinsk effekt och kan betraktas som utsiktslösa”

## Behandlingsstrategi

Med behandlingsstrategi menas ett långsiktigt och övergripande tillvägagångssätt beträffande medicinska åtgärder och omfattar antingen inga begränsningar eller begränsningar som preciseras.

Ansvarig för behandlingsstrategin är den ansvariga intensivvårdsläkaren tillsammans med patientens fasta vårdkontakt, där den fasta vårdkontakten är den läkare som är ansvarig för

patienten på dess bak-/hemavdelning, hos oss oftast patientens operatör/thoraxkirurg eller kardiolog. Om operatören inte finns tillgänglig skall thoraxkonsulten representera den fasta vårdkontakten hos kirurgpatienter.

Beslut om behandlingsstrategi kan tas mot bakgrund av antingen patientens grundsjukdom eller mot bakgrund av intensivvårdens möjligheter att i den aktuella situationen förbättra patientens prognos. Det är ingen etisk skillnad mellan att avbryta redan insatt behandling som inte längre gagnar patienten, eller att avstå från att påbörja behandling.

Värdering av behovet för byte av behandlingsstrategi ska göras dagligen av ansvariga läkare, därmed ska behovet av behandlingskonferens evalueras dagligen. På patienter som vårdats mer än 10 dagar ska patientens behandlingsstrategi omprövas vid behandlingskonferens varje vecka. Dessa hålls företrädesvis på tisdagar, där patientansvarig läkare under måndagen förbereder med de undersökningar som behövs inför konferensen. TIVA-alfa är ansvarig för att behandlingskonferenser planeras och genomförs på de patienter som uppfyller ovanstående kriterier.

1. Vid beslut att avstå från eller avbryta pågående livsuppehållande behandling ska den IVA-ansvarige läkaren eller behandlande läkaren/fasta vårdkontakten rådgöra med minst en annan legitimerad yrkesutövare.
2. I praktiken grundas beslut om behandlingsbegränsning på en sammantagen bild av patientens sjukdomstillstånd och tillgängliga behandlingsmöjligheter. Det bör därför tas i samförstånd mellan IVA-läkare och behandlande läkare/fast vårdkontakt vid en behandlingskonferens där även berörda konsultläkare och den ansvariga sjuksköterskan närvarar.
3. Information till och samråd med patient och närstående är ett gemensamt ansvar.
4. Beslutet bör om möjligt fattas på dagtid efter samråd med patient och dennes närstående och övrig vårdpersonal

## Journalföring

Alla överväganden, bedömningar och beslut att avstå från eller avbryta pågående livsuppehållande behandling dokumenteras omsorgsfullt i patientjournalen. Meliors mall "IVA Behandlingsstrategi" ska användas. Denna måste signeras. Därtill uppdateras "Behandlingsstrategi" i PasIva.

Följande ska framgå i journalen

1. vid vilken tidpunkt och på vilka grunder som beslut har fattats,
2. vilka behandlingsåtgärder och andra insatser som avstås från eller avbryts,
3. på vilket sätt patienten och närstående har informerats om beslutet
4. med vilka andra yrkesutövare som behandlande läkare/fast vårdkontakt och IVA-läkare har rådgjort.

Beslut om behandlingsstrategi omprövas fortlöpande och dokumenteras i journalen.

## Hjärtlungräddning

Vid beslut om att hjärtlungräddning ej ska genomföras dokumenteras detta som "0 HLR" på IVA-kurvan, samt i Melior/PasIva enl. ovan. I de fall där behandlande läkare anser att begränsade försök till återupplivning, t ex en defibrillering, kan vara meningsfullt skall inte "0 HLR" skrivas på kurvan. I ett sådant fall påbörjas HLR av personalen, men anslutande jourläkare får styra eller avbryta insatserna.

## Sjuksköterskans ansvar

- Det är viktigt att ansvarig sjuksköterska är delaktig och har delgivit information om beslutsunderlag och annan fakta. Både för att kunna förmedla förmedla behandlingsstrategin till övrig vårdande personal och för att kunna ge trygghet och kunskap till anhöriga.
- Sjuksköterskan skall dokumentera att en behandlingsstrategi har upprättats och hänvisa till läkarens daganteckning.

## Vägledning avseende specifika behandlingsåtgärder efter beslut att avbryta pågående livsuppehållande behandling

### **Andning**

Spontanandning utan extra syrgas bör eftersträvas om det inte medför extra lidande för patienten.

När ventilatorbehandling (invasiv eller non – invasiv) avbryts:

- Ta ställning till behov av antikolinergika, nässvalgtub, oral svalgtub, kvarvarande endotrakealtub eller trakelatub.
- Ta ställning till lindring av lufthunger. Anpassa dosering av smärtstillande och sederande läkemedel.

Om Ventilatorbehandling fortgår:

- Ventilera med luft och spontanandning om det är möjligt, annars med lägsta möjliga ventilatorstöd om det inte medför ökat lidande för patienten. Anpassa dosering av smärtstillande och sederande läkemedel.

### **Smärta**

Behandlas med opioider och andra analgetika efter behov för att uppnå preciserad effekt.

### **Ångest och oro**

Behandlas med ångestdämpande och/ eller sederande läkemedel efter behov för att uppnå preciserad effekt.

### **Dialys**

Avslutas.

### **Pacemaker**

Pacemaker och ICD bör stängas av.

### **Vasoaktiva läkemedel**

Avslutas.

### **Övriga läkemedel (antibiotika, trombosprofylax, insulin mm)**

Sätts ut om de inte bidrar till minskat lidande.

### **Blodtransfusion**

Avslutas.

### **Nutrition och vätska**

Kan och bör oftast utsättas.

### **Provtagningar och undersökningar**

Avslutas.

### **Monitorering**

Avslutas eller reduceras till ett minimum. Stäng av larm. Överväg att släcka patientmonitorn.

### **Kommunikation**

Att avsluta behandling kräver ofta ett tätt samspel mellan ansvarig IVA-läkare och sjuksköterska för att undvika oklarheter hos personal och anhöriga under händelseförloppet. Patienten flyttas till visningsrummet efter dödsfall för tid till avsked. Informera om att eventuell dagbok och foton finns, och fråga om de vill ha med det hem. Informera om att vi tar kontakt inom sex veckor för samtal om behov finns.

### **Arbetsgrupp**

Bengt Redfors, Lukas Lannemyr, Martin Vesterberg, Lena Karlsson och Maria Petersson.

### **Relaterad information**

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling,

[SOSFS 2011:7](#)

[https://sfai.se/wp-content/uploads/files/22-2\\_Behandlingsstrategi\\_IVA.pdf](https://sfai.se/wp-content/uploads/files/22-2_Behandlingsstrategi_IVA.pdf)

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Thorax och kardiologi

**Innehållsansvar:** Lukas Lannemyr, (lukla), Överläkare

**Godkänd av:** Kristofer Skoglund, (krisk3), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9805-1593997-1870

**Version:** 8.0

**Giltig från:** 2025-03-31

**Giltig till:** 2027-03-28