

Gäller för: Operation Kungälv

Giltig från: 2024-08-30

Innehållsansvar: Sejal Klingenstierna, (sejpa1), Överläkare

Giltig till: 2026-08-30

Godkänd av: Morten Strinnholm, (morst2), Enhetschef

# Kirurgi av patienter tillhörande Jehovas vittne

## Förändringar sedan föregående version

Nytt dokument.

## Bakgrund och syfte

På grund av blodvägran, bär de flesta Jehovas vittnen ett blodkort (av Jehovas Vittnen kallat en fullmakt gällande sjukvårdsfrågor) där det står att de avsäger sig blodtransfusion. Med detta blodkort intygar patienten sitt ställningstagande till att avstå från behandling med blod. För svensk sjukvård räknas blod och blodprodukter som en livsuppehållande behandling vilket då Jehovas vittnen avsäger sig.

Definitionen i 1 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2011:7) om livsuppehållande behandling står skrivet att med livsuppehållande behandling menas behandling som ges vid livshotande tillstånd för att upprätthålla patientens liv. I den handbok som

upprättades i samband med föreskriftens tillkomst ”Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling” räknas ett antal exempel upp på medicinska åtgärder som hälso- och sjukvården erbjuder en patient för att upprätthålla hans eller hennes liv. Bland dessa exempel återfinns tillförsel av blod.

## Utförande

- Patienter som ska genomgå kirurgi skall informeras om risken att behöva blodtransfusion i samband med operation.
- Detta görs av den läkare som operationsanmäler.
- Om patienten informerar operatör, sjuksköterska, läkarsekreterare eller operationskoordinator om sitt ställningstagande att inte ta emot blod och denna patient planeras in för kirurgiskt ingrepp, måste detta dokumenteras i patientjournalen. De uppgifter som

ska dokumenteras är när och på vilka grunder han eller hon har gjort sitt ställningstagande.

- Det räcker med att detta skrivs in som en anteckning. (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2011:7) om livsuppehållande behandling finns i 4 kap. 4 § bestämmelser om vad som i dessa fall ska dokumenteras i patientjournalen).
- Blodkortet (finns bifogat i rutinen) skannas in i patientens journal och **kopia medföljer till operationsavdelningen**.
- Det är upp till patienten att berätta om sitt ställningstagande att inte ta emot blod/blodprodukter, vårdpersonal behöver inte fråga aktivt.
- Personal ska inte skriva under blodkortet.
- Blodgruppering/bastest ska ej tas inför ingreppet.

## Vuxna patienter

Patientens ställningstagande journalförs i Melior. Patientens blodkort (se bilaga) kopieras och skannas i patientjournalens sekundärarkiv.

Det är operatörens ansvar att ta ställning till om riskerna (som adderas på grund av patientens vägran att ta emot blod) är acceptabla i förhållande till de vinster det kirurgiska ingreppet förväntas ge. Det är ofta lämpligt att dessa fall diskuteras på behandlingskonferensen, innan beslut fattas.

## Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetsutvecklare ansvarar för uppföljning, utvärdering och revision av rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

## Referenser

Socialtjänstlagen (2001:453)

Jehovas Vittens officiella hemsida, information till vårdpersonal:

<https://www.jw.org/sv/medicinsk-information/>

Socialstyrelsen och läkaresällskapets etikdelegation: Nej till blodtransfusion bör respekteras om patienten är klar över följderna”, Läkartidningen 86:6 (1989), s. 450f.

SOSFS 2009:28 Socialstyrelsens föreskrifter om blodverksamhet

SOSFS 2011:7 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling.

## Fullmakt gällande sjukvårdsfrågor

1. Jag, \_\_\_\_\_ [texta eller maskinskriv ditt fullständiga namn], med personnummer \_\_\_\_\_, utfärdar detta dokument för att ge anvisningar om medicinsk behandling och förordna ett ombud i sjukvårdsfrågor i händelse av att jag inte kan föra min egen talan.
2. Jag är ett Jehovas vittne, och jag föreskriver att **INGA TRANSFUSIONER av helblod, röda blodkroppar, vita blodkroppar, blodplättar eller plasma** ges mig under några som helst omständigheter, även om behandlande läkare anser att det är nödvändigt för att bevara mitt liv. (Apostlagärningarna 15:28, 29) Jag motsätter mig predonation och lagring av mitt blod för senare bruk.
3. **Angående livsuppehållande åtgärder:** [markera *ett* av de två alternativen]
  - a)  Jag önskar inte att mitt liv förlängs, om läkare med rimlig säkerhet kan avgöra att min situation är hopplös.
  - b)  Jag önskar att mitt liv förlängs så mycket som möjligt inom gränserna för allmänt accepterade medicinska normer, även om det skulle innebära att jag hålls vid liv i åratal med hjälp av medicinsk apparatur.
4. **Angående andra hälsofrågor** (till exempel pågående medicinering, allergier, särskilda hälsoproblem eller annat som har att göra med mina önskemål i samband med sjukvård) så gäller följande:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Jag tillåter ingen (inte heller mitt ombud) att ignorera eller sätta sig över de anvisningar som jag ger i detta dokument. Familjemedlemmar, släktingar eller vänner kan ha en annan åsikt än jag, men detta försvagar inte kraften eller innehållet i min vägran att ta emot blod eller i andra anvisningar jag gett här.
6. Med undantag av det som jag redan själv gett anvisningar om här ovan, förordnar jag här i detta dokument den person som ska vara mitt ombud och fatta beslut åt mig om andra frågor uppkommer när det gäller den vård som ges mig. Jag ger mitt ombud fullt bemyndigande att säga ja eller nej till behandling å mina vägnar (inbegripet artificiell näringstillförsel och

Sida 1 av 2

vätsketerapi), att samråda med mina läkare och få kopior av mina patientjournaler och att vidta rättsliga åtgärder för att försäkra sig om att mina önskemål respekteras. Om mitt första ombud är oanträffbart, har förhinder eller inte önskar medverka, förordnar jag här i dokumentet ett alternativt ombud med samma bemyndigande som mitt första ombud.

\_\_\_\_\_  
(Namnteckning \*)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Adress)

**VITNESINTYG:** Undertecknade vittnen, som är myndiga och som särskilt tillkallats för att bevittna denna fullmakt, intygar att fullmaktsgivaren i vår samtidiga närvaro egenhändigt underskrivit fullmakten. Vi intygar också att detta skett av fri vilja och vid sunt och fullt förstånd samt att vi själva inte förordnats till fullmaktsgivarens ombud eller alternativa ombud i sjukvårdsfrågor.

\_\_\_\_\_  
(Namnteckning)

\_\_\_\_\_  
(Namnteckning)

\_\_\_\_\_  
(Adress)

\_\_\_\_\_  
(Adress)

### OMBUD I SJUKVÅRDSFRÅGOR\*

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ALTERNATIVT OMBUD I SJUKVÅRDSFRÅGOR\*

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* **OBS:** Innan du undertecknar fullmakten ska du ha fyllt i all information (inbegripet namn, adresser och telefonnummer till dina ombud i sjukvårdsfrågor). Två personer ska bevittna namnteckningen på fullmakten. Du kan välja vilken vuxen person som helst som ditt ombud, men det rekommenderas att du inte väljer din läkare, någon av din läkares anställda eller någon anställd på ett sjukhus eller sjukhem där du är patient, såvida inte personen i fråga är släkt med dig genom blodsband, äktenskap eller adoption.

**Fullmakt gällande sjukvårdsfrågor**  
(Se undertecknat dokument.)

# NEJ TILL BLOD



# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Operation Kungälv

**Innehållsansvar:** Sejal Klingenstierna, (sejpa1), Överläkare

**Godkänd av:** Morten Strinnholm, (morst2), Enhetschef

**Dokument-ID:** SV9761-782711715-1144

**Version:** 1.0

**Giltig från:** 2024-08-30

**Giltig till:** 2026-08-30