

Dokumenttyp Riktlinje	Ansvarig verksamhet Hälso- och sjukvårdsledningen	Organisation Region Värmland	Version 3
Dokumentägare Peter Stenbom Chefläkare	Fastställare Henrik Svensson Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör	Giltig fr.o.m. 2025-05-20	Giltig t.o.m. 2027-05-20

Beslut om vårdbegränsning

Gäller för: Hälso- och sjukvård

Bakgrund

Sjukvårdens grundinställning ska vara att rädda liv, det vill säga att inga vårdbegränsningar ska finnas. Finns inget giltigt beslut om begränsningar av livsuppehållande behandling gäller således fulla åtgärder. Med livsuppehållande behandling avses behandling som ges vid livshotande tillstånd för att upprätthålla en patients liv.

Socialstyrelsen har i sin författning SOSFS 2011:7 sammanställt de lagar och föreskrifter som sjukvården har att förhålla sig till avseende vårdbegränsningsbeslut.

Senaste årens medicinska framsteg har dock medfört att patienter idag överlever tillstånd som tidigare skulle lett till döden. Behovet att ta ställning till om olika vårdinsatser ska utföras utifrån vilka resultat som kan förväntas har därmed ökat. Ett förlängt liv kan ibland innebära ett förlängt döende med lidande. Maximal vård innebär således inte alltid optimal vård.

Om ett beslut om behandlingsbegränsning är fattat gäller det enbart för de begränsningar som specificerats. Patienten ska i övrigt ha full vård och behandling.

Inom sjukvården kan vi inte utgå från att alla våra patienter har en enhetlig inställning till livet och döendet varför vi i möjligaste mån bör eftersträva att samråda med patienten kring begränsningsbeslut. Vid dessa samtal är det viktigt att det tydligt framgår vilken vård som kommer erbjudas patienten fortsättningsvis så att inte hela samtalet enbart handlar om begränsningar av vården.

Patienten eller anhöriga kan dock inte kräva att få vård som inte uppfyller kraven på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Skäl till att begränsa livsuppehållande behandling

1. Behandlingen är **utsiktslös** på grund av medicinska orsaker enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Exempelvis kan ett hjärtstopp vara en del i en naturlig och förväntad död.
2. Behandlingen är **ej till gagn för patienten** (mer skada än nytta) även om det finns en viss möjlighet att patienten vid exempelvis HLR skulle kunna återfå spontan cirkulation och andningsfunktion.

I vissa akuta situationer är det inte alltid självklart vad som gagnar patienten. Då kan det vara rätt att inleda behandlingen och efterhand utvärdera. Man skapar på så sätt en större säkerhet kring fattade beslut samt ett både etiskt och medicinskt rådrum. En ödmjukhet till prognostiska bedömningar bör eftersträvas.

En acceptans bör råda för att vi i osäkra akuta beslutssituationer inleder HLR några gånger för ofta när man i efterförloppet (när ytterligare information om tillståndet blivit kända) kan konstatera att ett "ej HLR-beslut" hade varit rimligt.

Tidigare bedömningar av patientens funktionsnivå med exempelvis CFS (Clinical Frailty Scale) kan vara värdefullt när en patient med kronisk sjukdom drabbas av en akutisering av sitt hälsotillstånd så att man inte undervärderar patientens nytta med eventuell behandling.

I dessa situationer är det extra viktigt med en individuell bedömning genom att efterhöra patientens värderingar kring upplevd livskvalitet. I situationer där samråd ej kan ske med patienten ska vi försöka, via närstående, ta reda på tidigare viljeyttringar om de inte finns dokumenterade i journalen. Närstående kan dock inte kräva att behandling genomförs som strider mot vetenskap och beprövad erfarenhet.

Situationer som aktualiserar beslut om behandlingsbegränsning kan vara:

- Kort förväntat överlevnad.
 - Kraftigt nedsatt funktion i ett eller flera organ.
 - Avancerad cancersjukdom där behandlingsmöjligheter saknas
 - Svår hjärnskada eller påverkad minnesfunktion med stort hjälpbehov
3. Patienten **vill inte** ha livsuppehållande behandling.

Patientens autonomi (rätt till självbestämmande) och integritet medför att behandling inte får ges mot dennes vilja (undantag finns dock exempelvis LPT, smittskyddslag). I dessa situationer är det viktigt att säkerställa att patienten fått en fullgod information om sitt hälsotillstånd och förväntat resultat av erbjuden vård. Ansvarig läkare måste säkerställa att patienten erbjudits tillräcklig tid för sina övervägande så att denne står fast vid sitt ställningstagande samt att det inte sker ett beslut under inverkan av tillfälligt påverkat psykiskt status.

Livstestamenten kan vara en informationskälla men är inte juridiskt bindande.

Genomförande av begränsningsbeslut gällande livsuppehållande behandling

- Patienter med livshotande tillstånd ska enligt lag ha fast vårdkontakt som ansvarar för patientens samlade vårdbehov så långt möjligt.
- Begränsningsbeslut ska fattas av legitimerad läkare (**i möjligaste mån bör patientens fasta vårdkontakt fatta beslutet**).
- Säkerställ god kunskap om patientens livssituation och medicinska tillstånd. Detta medför att man ibland får avstå att fatta beslut om vårbegränsning i akuta situationer tills ytterligare kunskap inhämtats. Man bör eftersträva en tydlig kommunikation med övrig vårdpersonal varför man inte tar ett vårbegränsningsbeslut i dessa situationer.
- Samråd – med minst ytterligare en legitimerad personal i teamet.
- Om inte patientens fasta vårdkontakt är en av beslutsfattarna så bör beslutet om vårbegränsning snarast rekonfirmeras av den fasta vårdkontakten.
- Samråd med patient/anhörig bör ske.
- Noggrann dokumentation (se nedan).
- Legitimerad läkare som närvarar vid hjärtstopp kan ta beslut om att tidigt avbryta HLR även om formellt beslut saknas om det är uppenbart att patienten befinner sig i slutstadiet av obotlig sjukdom/döden nära förestående.
- När patienter är under 18 år är vårdnadshavaren ofta legal företrädare och har rätt/skyldighet att besluta i frågor gällande barnets hälso- och sjukvård. Hänsyn ska dock tas till barnets personliga utveckling (förmåga till beslutskompetens) att själv delta i beslut gällande deras vård. I övrigt gäller samma medicinska beslutsgrunder som hos vuxna. Man ska dock vara uppmärksam på att ett barns prognos kan vara svårare att bedöma med tanke på god förmåga till att återhämta försämrade organfunktion jämfört med äldre.

Dokumentation av begränsningsbeslut

Dokumentation sker i två steg i Cosmic.

1. I **journaltexten** skriver man under Uppmärksamhetsinformation – Vårdbegränsning, se **Uppmärksamhetsinformation - dokumentation vårbegränsning (INS-19925)**. Genom att använda dikteringsmallen får man hjälp att säkerställa att dokumentation sker på ett riktigt sätt avseende de legala krav på innehållet som finns, se **Dikteringsmall Uppmärksamhetsinformation – Vårdbegränsning (EXT-20083)**. I begränsningsbeslutet är

det också önskvärt att man inte bara tar upp frågan om "ej HLR" eller IVA-vård utan att man också (om möjligt) specificerar annan vård som ska begränsas.

2. I **Uppmärksamhetssignalen** ska hänvisning till journalanteckningen finnas. Högerklicka på Uppmärksamhetssignalen och välj "Skapa ny registrering". Välj "Ny" i nedre vänstra hörnet. I rullisten för "Typ" väljer man "Vårdrutinavvikelse". I flervälslisten under "Vårdrutinavvikelser" väljs "Beslut om att inte utföra hjärt-lungräddning" (även om beslutet kanske innefattar mer än bara ej HLR). I rutan "Kommentar" hänvisar man till datum för journalanteckning alt länkar till den.

OBS! Om ett vårbegränsningsbeslut ändras i journaltext måste även informationen i Uppmärksamhetssignalen ändras.

Begränsningens giltighet

Ställningstagandet till behandlingsbegränsning gäller liksom alla andra medicinska beslut tills vidare.

Detta gäller även om patienten byter vårdenhet inom slutenvården eller övergår till öppenvård inklusive SÄBO.

Patientens fasta läkarkontakt är den som långsiktigt ansvarar för begränsningsbeslutet under den fortsatta vården och denne bör så långt möjligt också vara den som bekräftat vårbegränsningen. Se refererat dokument **Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt (RIK-19128)**.

Ställningstagandet gäller även under patienttransporter och tillfällig vistelse på andra vårdenheter, till exempel operation eller röntgen.

Beslut ska dock omprövas om patientens hälsotillstånd förändras och det är lämpligt att bekräfta det gällande begränsningsbeslutet vid byte av vårdenhet eller vid ett nytt vårdtillfälle.

I samband med utskrivning från slutenvården till hemmet eller annan vårdform är det också viktigt att ompröva om ett vårbegränsningsbeslut ska kvarstå, speciellt om det är fattat under den aktuella vårdtiden. Risken finns annars är att ett vårbegränsningsbeslut kvarstår utan omvärdering även efter att en person har återhämtat sig från ett livshotande akut tillstånd. Uppmärksamhetssignalens giltighet ska således granskas av utskrivande läkare och dokumentation i epikrisens fortlöpande journaltext ska göras att vårbegränsningsbeslutet kvarstår.

Vid akuta tillstånd bör ett begränsningsbeslut omprövas ofta (minst dagligen) även om det föreligger bakomliggande kronisk sjukdom. Om hälsoläget är oförändrat eller försämrat behöver ingen journaldokumentation ske specifikt avseende begränsningsbeslutet då detta gäller tills vidare.

Om däremot begränsningsbeslutet är fattat på grund av ett kroniskt tillstånd dåliga prognos utan akutisering så är det inte nödvändigt med omprövning lika ofta utan fattat beslut gäller tills vidare, sannolikt livslångt.

Referenser

1. [Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd \(SOSFS 2011:7\) om livsuppehållande behandling](#)
2. [Patientlag \(2014:821\) | Sveriges riksdag \(riksdagen.se\)](#)
3. [Fast vårdkontakt När, var, hur? \(socialstyrelsen.se\)](#)
4. [Etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning \(HLR\) 2021, Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska rådet för hjärt-lungräddning](#)
5. [Etiska riktlinjer vid ställningstagande till att avstå från och/eller avbryta livsuppehållande behandling. Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening 2018](#)

Utarbetad av: Peter Stenbom