

Ställningstagande om behandlingsbegränsningar – en vägledning

Hitta i dokumentet

[Syfte](#)
[Målgrupp](#)
[Bakgrund](#)
[Etiska principer](#)
[Patientperspektiv](#)
[Prognos och bedömning \(riskfaktorer, Frailty score\)](#)
[Ställningstagande](#)
[Att beakta inför beslut](#)

[Inför inläggning på sjukhus](#)
[Beslut om behandlingsbegränsning vid inläggning på sjukhus](#)
[Byte av Vårdenhet](#)
[Ambulanssjukvård](#)
[Dokumentation](#)
[Referenser](#)
[Uppdaterat från föregående version](#)

Syfte

Denna vägledning ska vara ett stöd i ställningstagande till behandlingsbegränsningar i Hälso- och sjukvården i Region Halland. Den gäller vuxna patienter (> 18 år.)

Målgrupp

Riktat sig till läkare och sjuksköterskor som förväntas ta ställning till behandlingsbegränsningar.

Bakgrund

Vårdens uppgift är att i första hand behandla, bota, lindra sjukdom och symtom så långt det är möjligt. Den medicinska utvecklingen har lett till att vi kan göra allt mer, för allt fler. Gränsen mellan botande och sjukdomsbromsande behandling kan ibland vara otydlig. Samtidigt lever många människor allt längre, ofta med flera kroniska sjukdomar. I mötet med en svårt sjuk patient kan vårdpersonal behöva ta ställning till om utredning eller behandling av ett sjukdomstillstånd är till nytta för patienten. När det inte finns botande behandling måste man alltid väga behandlingens nytta mot de negativa effekter denna kan medföra. Alternativen kan då vara att fokusera på sjukdomsbromsande behandling, symtomlindring och bästa möjliga livskvalitet, inte förlängd överlevnad. Frågan om vilken vård som är bäst för den enskilde patienten måste ställas.

Skäl till att begränsa behandling:

När patienten inte vill ha behandling. (se rubrik "Patientperspektiv")

När behandling inte är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet

- behandlingen saknar förutsättningar att ge avsedd medicinsk effekt

- behandlingen bedöms göra mer skada än nytta eller inte vara till gagn för patienten

Målet för vården ska vara att ge en optimal vård enligt principen "allt som bör göras, men inte allt som kan göras". Maximal vård är inte alltid optimal vård.

Etiska principer

- Autonomi
- Göra gott

- Inte skada
- Rättvisa

De fyra etiska principerna hjälper till att identifiera behovet av etiska ställningstaganden inför kommande beslut. Utifrån de medicinskt etiska principerna kan två grundprinciper formuleras: patientens rätt till optimal behandling men också patientens rätt att avstå från behandling. När man ska ta ett beslut måste man skilja på fakta och värderingar. Ett beslut om behandlingsbegränsningar bygger på medicinska fakta, men är även ett etiskt beslut.

Ett beslut om behandlingsbegränsning är inte bara ett beslut om vad sjukvården inte ska göra utan också att planera vad sjukvården ska göra istället. Patienten ska utifrån behov erbjudas en palliativ vård innefattande symtomlindring och med en så god livskvalitet som möjligt.

Patientperspektiv

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen betonar respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Enligt svensk rättsuppfattning har varje person rätt att bestämma över sig själv och sin egen kropp, patienten har därför rätt att avstå från behandling även om den medicinska bedömningen är en annan.

Varje medborgare har ett grundlagsskydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp (regeringsformen 2 kap 6§). Undantaget från detta är lagen om psykiatrisk tvångsvård och smittskydd. Enligt gällande lagstiftning (HSL, PSL) ska patienten få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Patienten ska ha möjlighet att få välja behandlingsmetod när det finns flera alternativ som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienten har rätt till förnyad medicinsk bedömning (second opinion), när detta efterfrågas (Patientlag 2014:821).

Autonomiprincipen är den medicinskt etiska princip som väger tyngst. Den förutsätter att patienten är beslutskapabel. Frågor kring vård och behandling kräver att information och beslut kan diskuteras i lugn och ro. Läkaren ska anpassa informationen till patientens förmåga att förstå, till hur mycket patienten vill veta och påverka, samt vara lyhörd för patientens känslomässiga reaktioner och reflektion. På patientens begäran kan ställningstagandet överlåtas till läkaren.

Patient med nedsatt kognitiv förmåga och närståendes roll

I de fall en kognitivt nedsatt person inte är beslutskapabel bör samråd ske med närstående, då detta är lämpligt. Bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt ska följas. Samråd kan ge värdefull information om hur man kan ställa sig vid etiskt svåra avgöranden. Detta för att man bättre ska kunna förstå den enskilde vårdtagaren och dennes viljeytringar. Sverige saknar idag lagstiftning som reglerar under vilka förutsättningar som vård kan ges till patienter som är beslutsoförmögna (SMER, 2019). Se även utredning från socialdepartementet (SOU 2015:80; punkt 10.2.2, sid 367).

Närstående kan aldrig ta över beslutanderätt från patienten och sjukvården får inte lägga över ansvar för ställningstagande till livsuppehållande behandling på närstående. Ett samråd med närstående binder inte vårdpersonalen i någon riktning. Läkarens beslut ska grunda sig på patientens vilja. Det är alltid den ansvarige läkaren som fattar beslut i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och med patientens bästa i åtanke.

Prognos och bedömning (riskfaktorer, Frailty score)

Att bedöma en enskild patients prognos kan vara svårt och det finns studier som visar att även mycket erfaren personal kan göra olika bedömningar. Samtidigt är prognos en avgörande del i den samlade bedömning som ligger till grund för ställningstagande om vårdnivå och behandlingsbegränsningar.

En patients prognos är en sammanvägning av en mängd faktorer och resulterar i en uppskattning av möjligheten till att ha nytta av en medicinsk behandling. Bedömningar av prognos ska göras på individnivå. En ödmjukhet inför att det kan finnas en osäkerhet i det enskilda fallet, är ett rimligt förhållningssätt.

Det som ingår i en sammanvägd bedömning är:

Kronologisk och biologisk ålder, skörhet (Frailty Scale 1-9, för äldre patienter, se BILD) samt komorbiditet. Exempel på komorbiditet är ischemisk hjärtsjukdom, hjärtsvikt NYHA 1-4, stroke, neurologisk sjukdom, KOL stadium 1-4, njursvikt stadie 1-5, cancer (typ/spridning), diabetes med komplikationer. Kognitiv status är också en viktig parameter. Beakta om patienten har försämrats de sista månaderna och har förväntad kort överlevnad, det vill säga mindre än 2–3 månader.

BILD: Clinical Frailty Scale

Clinical Frailty Scale*



1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



2 Well – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very **active occasionally**, e.g. seasonally.



3 Managing Well – People whose **medical problems are well controlled**, but are **not regularly active** beyond routine walking.



4 Vulnerable – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities**. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.



5 Mildly Frail – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



6 Moderately Frail – People need help with **all outside activities** and with **keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



7 Severely Frail – Completely dependent for **personal care**, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9. Terminally Ill - Approaching the end of life. This category applies to people with a **life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail**.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173:489-495.

© 2009, Version 1.2_EN. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.

För svensk översättning se Läkartidningen.2020;117: F3HE sidan 710

Ställningstagande

Hos en patient med en allvarlig sjukdom där man ser en succesiv försämring trots maximal behandling ska ett samtal om framtiden genomföras i god tid. Det kan också vara vid osäkerhet om en behandling gagnar patienten. I båda fallen är det viktigt att inhämta information från patienten genom samtal om hur patienten mår och vad patienten vill.

Läkaren ska informera om de förutsättningar som råder. Överväg brytpunktssamtal i lugnt skede, brytpunktssamtal är ofta en process över tid.

All information måste anpassas efter patientens förutsättningar. Möjligheten att avstå från information om aktuell prognos måste alltid finnas om patienten önskar detta. I de fall som det inte finns något brytpunktssamtal dokumenterat kan det ibland kännas svårt att fatta beslut om att avstå från en behandling, trots att den riskerar att ge patienten dålig livskvalitet och ett onödigt lidande. Där kan man välja att inleda en behandling som kan omprövas när man har skaffat sig tillräcklig information för att ta ett nytt beslut.

När patientens nytta av en behandling inte kan bedömas, ska behandling inledas eller fortsätta tills dess att den medicinska nyttan bättre kan bedömas. Om utvärderingen utfaller negativt, och inte någon förbättrad livskvalitet ses måste ett nytt ställningstagande tas om att förändra eller avsluta pågående behandling.

Att beakta inför beslut

När ansvarig läkare bedömer att en behandling saknar förutsättningar att ge avsedd medicinsk effekt och behandlingen bedöms göra mer skada än nytta ska ett beslut om behandlingsbegränsningar övervägas.

Ett annat skäl till behandlingsbegränsningar kan vara patientens önskan att inte få behandling trots att den har potential att vara effektiv. Den läkare som fattar beslutet ska då försäkra sig om att:

- Patienten är beslutskapabel
- Patienten har fått en individuellt anpassad information
- Patienten inte lider av en allvarlig psykisk störning
- Patienten har förstått informationen och kan inse och överblicka konsekvenserna av att behandlingen inte inleds/fortsätter
- Patienten har haft tillräckligt med tid för sina överväganden
- Patienten står fast vid sin inställning

Läkaren ska rådgöra med minst en annan legitimerad personal.

Även när det finns en dokumenterad behandlingsstrategi och en fast vårdkontakt har andra läkare och sjukvårdspersonal som behandlar en patient, ett ansvar för sina egna bedömningar. Om förhållandena har förändrats och det finns anledning att göra en annan bedömning, ska ett tidigare beslut om behandlingsbegränsning omprövas och inte förhindra att behandling sätts in.

Inför inläggning på sjukhus

Även patienter som vårdas på boenden och i hemsjukvård där beslut om behandlingsbegränsning tagits kan vara i behov av inläggning. Detta för optimering av specifik behandling, tillgång till röntgenundersökning, eller annat akut medicinskt behov.

Av remissen ska framgå att beslut tagits om behandlingsbegränsning, vilka beslut som tagits och om brytpunktssamtal genomförts. Information om ADL och kognitivt status bör framgå.

Önskvärt är att en bedömning av Clinical Frailty Scale ingår.

Beslut om behandlingsbegränsning vid inläggning på sjukhus

När en patient läggs in på sjukhus ska ett ställningstagande till behandlingsbegränsning göras. Ett ställningstagande ska om möjligt göras vid inläggning. Ofta kan det vara svårt vid akut inläggning och ett ställningstagande till behandlingsbegränsning ska då göras på vårdavdelningen. Viktigt att beslut om Ej HLR fattas med prioritet när det är aktuellt.

Ställningstagandet innebär ett beslut som kan vara ett av **två alternativ**:

- **Ingen begränsning**

- **Avstå från behandling**

Vid ett beslut om att avstå ska man alltid ange vilken behandling eller åtgärd det gäller. Exempel på behandlingar eller åtgärder är Ej HLR, IVA, MIG, NEWS-kontroll, Respirator, NIV, Pacemaker, Dialys, Operation, Antibiotika, Nutrition, Vätsketillförsel och Blodtransfusion.

Byte av Vårdenhet

Ett beslut om behandlingsbegränsning gäller bara under aktuellt vårdtillfälle.

Ett ställningstagande som gäller "0 HLR" bör respekteras till det blivit omprövat eller bekräftat av ansvarig läkare på mottagande vårdenhet.

Om det finns andra beslut om behandlingsbegränsning ska det alltid omprövas/bekräftas av mottagande klinik eller sjukvårds-huvudman, [Rev Etiska-riktlinjer-for-hjart-lungraddning andra upplagan 2021.pdf \(hlr.nu\)](#)

Patient med ICD, se vägledning i [Rev Etiska-riktlinjer-for-hjart-lungraddning andra upplagan 2021.pdf \(hlr.nu\)](#)

Ambulanssjukvård

Grundregeln är att ambulanspersonal ska påbörja HLR på person som drabbats av ett plötsligt oväntat hjärtstopp. Om ambulanspersonalen har tillgång till ett, av ansvarig läkare, dokumenterat ställningstagande om "Ej HLR" ska ambulanspersonalen inte påbörja HLR, [Rev Etiska-riktlinjer-for-hjart-lungraddning andra upplagan 2021.pdf \(hlr.nu\)](#)

Det finns en blankett (*se bilaga*) som kan användas under patientens sjukhusvistelse. Detta är ej någon journalhandling utan avses att fungera som en checklista för vårdteamet.

Dokumentation

En daganteckning i patientens journal skall alltid göras (enligt PDL 3 kap § 2).

Av anteckningen skall framgå:

- vem som tagit ställning till behandlingsbegränsning
- vilket eller vilka beslut som tagits och på vilka grunder
- vilken legitimerad personal som man samrått med före beslut
- vilken information patienten har erhållit
- vilken information anhöriga har erhållit
- vilken inställning till beslut som patient och närstående gett uttryck för

En registrering under OBS-knappen ska göras: Behandlingsbegränsning se datum.

Ett brytpunktssamtal ska alltid dokumenteras under det sökordet, en registrering under OBS-knappen skall göras: Brytpunktsamtal se datum.

I en epikris ska framgå vilka behandlingsbegränsningar som tagits under det aktuella vårdtillfället.

Referenser

<https://www.regeringen.se/4a82e5/contentassets/c4934bcc2ca24fad9119c6a201f91f80/utredningen-om-beslutsformogna-personers-stallning-i-var-d-omsorg-och-forskning-del-1-1--sou-201580>

[Hälso- och sjukvårdslag SFS 1982:763](#)

[Patientsäkerhetslag SFS 2010:659](#)

[Patientlag SFS 2014:821](#)

[SOSFS 2011:7. Föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling](#)

[Socialstyrelsen. Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal. 2011.](#)

[Socialstyrelsens handbok för vårdgivare, chefer och personal. Din skyldighet att göra patienten delaktig.](#)

[SFAI. Livsuppehållande behandling. Behandlingsstrategi inom intensivvården. 2012.](#)

[Patientdatalag 2008:355 \(PDL\)](#)

[Brytpunktssamtal för patienter inskrivna i kommunal Hemsjukvård i Halland](#)

[Etiska riktlinjer vid ställningstaganden till att avstå från och/eller avbryta livsuppehållande behandling](#)

<https://www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/clinical-frailty-scale.html>

[Rev Etiska-riktlinjer-for-hjart-lungradning andra upplagan 2021.pdf \(hlr.nu\)](#)

Rockwood, K., et al., A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. Cmaj, 2005. 173(5): p. 489-95.



clinical_frailty_scale
_bedomning_vardni

<http://www.smer.se/wp-content/uploads/2019/11/Skrivelse-till-regeringen-gallande-patienter-med-bristande-beslutsformaga-i-halso-och-sjukvarden.pdf>

<https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/klinisk-oversikt/2020/05/skorhetsbegreppet-viktigt-for-att-forsta-den-aldre-patientens-behov/>

Uppdaterat från föregående version

230901 Årlig genomgång av dokument, endast redaktionella ändringar.

Tidigare versionsuppdateringar

Uppdaterat med nya länkar, nya stycken Byte av vårdenhet samt ambulanssjukvård