



## Riktlinje antagen av SFAIs styrelse 2012-09-17

### Författare

**Roman A'roch**, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå, **Lars Berggren**, Universitetssjukhuset Örebro, Örebro **Karl-Erik Edberg**, SU Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg **Maria Kock Redfors**, SU Östra sjukhuset, Göteborg, **Anna Lifbom**, Mälarsjukhuset, Eskilstuna, **Anders Malmberg**, Länsjukhuset Ryhov, Jönköping, **Per Nellgård**, SU Sahlgrenska sjukhuset (representant SFAIs styrelse), Göteborg, **Annika Nilsson**, Örnköldsviks sjukhus, Örnköldsvik, **Thomas Nolin**, Centralsjukhuset Kristianstad (projektledare), Kristianstad, **Johan Petersson**, KS Solna, Stockholm, **Staffan Pålsson**, Norrtälje sjukhus, Norrtälje, **Caroline Starlander**, Östersunds sjukhus, Östersund, **Stefan Ström**, Västmanlands sjukhus Västerås, Västerås, **Åsa Östlund**, Södersjukhuset, Stockholm

## Livsuppehållande behandling. Behandlingsstrategi inom intensivvården.

### Bakgrund

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

Uppgifter från svensk intensivvård tyder på att avbrytande av intensivvårdsinsatser oftast leder till att patienten avlider på intensivvårdsavdelningen (IVA), några patienter avlider senare på vårdavdelning och ett fåtal lämnar sjukhuset vid liv, vanligtvis till en annan vårdinrättning.

Detta dokument *Behandlingsstrategi inom svensk intensivvård* från Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI) är en uppdatering av *Avstå eller avbryta behandling inom svensk intensivvård* från 2007, för att överensstamma med SoS:s föreskrifter *Livsuppehållande behandling* (SOSFS 2011:7), som gäller sedan augusti 2011.

Syftet med SOSFS 2011:7 är att säkerställa en god och säker vård för patienter med livshotande tillstånd, där tidigare bindande regler saknats.

### Riktlinjer

Föreliggande riktlinjer är avsedda att vara till stöd och vägledning för intensivvårdsläkare vid ställningstagande till optimal behandlingsstrategi för patienter med livshotande tillstånd.

Riktlinjerna innehåller också vägledning för hur olika praktiska situationer kan hanteras när behandlingen övergår från att vara kurativ till att vara palliativ.

## **Begrepp**

### ***Livshotande tillstånd***

Tillstånd som på grund av sjukdom eller skada medför fara för en människas liv.

### ***Livsuppehållande behandling***

Behandling som ges vid livshotande tillstånd för att upprätthålla en patients liv.

### ***Kurativ behandling***

Behandling med syfte att bota ett sjukdomstillstånd.

### ***Palliativ vård***

Vård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående. Vid palliativ vård i livets slutskede ändras det huvudsakliga målet med vården från att vara livsförlängande till att vara lindrande.

### ***Optimal vård***

Är bästa behandling och vård för den enskilda patienten utifrån patientens tillstånd, behov, aktuella behandlingsalternativ och mål.

### ***Avstå från livsuppehållande behandling***

Innebär beslut att avstå från (inte inleda) en preciserad livsuppehållande behandling. Beslutet kan tas för patienter som ej vårdas på intensivvårdsavdelning, i samband med överflyttning till IVA eller under pågående intensivvård.

### ***Avbryta pågående livsuppehållande behandling***

Innebär beslut att avbryta (inte fortsätta med) pågående preciserad livsuppehållande behandling.

### ***Medicinskt rådrum***

Tidsperiod för att överväga de behandlingsalternativ man står inför. Det gäller tiden som krävs för informationsinsamling, diagnostik, behandling och utvärdering. Syftet är att skapa ett säkert beslutsunderlag inför samråd och ställningstagande till hur fortsatt vård ska bedrivas.

## ***Behandlingsstrategi***

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

### ***Inga begränsningar av medicinska behandlingsåtgärder***

Denna behandlingsstrategi tillämpas alltid om inget annat anges. Synonymt begrepp är ”fulla insatser”.

### ***Begränsning genom att***

- avstå från att påbörja preciserad behandling och/eller
- avbryta pågående behandling

### ***Beslutsgrunder***

Val av behandlingsstrategi skall baseras på etiska principer, medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet.

Det är ingen etisk skillnad mellan att avbryta redan insatt behandling som inte längre gagnar patienten, eller att avstå från att påbörja behandling. Att avbryta respektive avstå från behandling beskrivs som två olika strategier eftersom de av såväl patient, närstående som vårdgivare upplevs som olika och de praktiska tillämpningarna skiljer sig åt.

### ***Etiska principer***

- **Självbestämmande (Autonomi)**

Alla människor har samma värde och rätt att bestämma över sitt eget liv (autonomi).

- **Inte skada**

Vården ska inte medföra skada eller lidande för patienten. Vården måste ibland acceptera biverkningar och negativa effekter av en behandling om och när de uppvägs av den nytta behandlingen innebär för patienten.

- **Göra gott**

Vården ska sträva efter att bota patientens sjukdom. Om det inte går, ska man sträva efter att lindra patientens besvär.

- **Rättvisa**

Alla människor har lika rätt till vård och omsorg.

### ***Fördjupad etisk analys***

De fyra etiska principerna är en enkel hjälp att identifiera etiska problem. Principerna är emellertid flertydiga, ej rangordnade och kan i vissa situationer stå i konflikt med varandra eller ej fungera. Till exempel har många intensivvårdspatienter begränsad förmåga till självbestämmande. En mer djupgående etisk analys kan ibland vara till hjälp genom att ta hänsyn till t ex osäkerheter och kunskapsluckor. Flera modeller finns för detta, t ex Aktörsmodellen och Mål- och hindersanalys.

### ***Vetenskap och beprövad erfarenhet***

1. **Akuta sjukdomens prognos**

2. **Kroniska sjukdomens prognos**

3. **Behandlingssvikt**

Fortsatt behandling bedöms ej nå uppsatt mål, utan enbart förlänga döendet.

## **Närstående/Anhöriga**

Närstående har behov av att vara nära patienten, att tillåtas vara delaktig i vården och att få sanningsenlig information. De har behov av tid för att förstå och tillgodogöra sig given information. De har också behov av att få samla styrka och känna omgivningens stöd.

## **Vem ansvarar för vad?**

1. Beslut om behandlingsstrategi inom intensivvården skiljer sig delvis från andra vårdsituationer. Förloppet för patienternas livshotande sjukdomstillstånd är ofta mycket dynamiskt. Medianvårdtiden för IVA-patienter i Sverige är kortare än 48 timmar. Detta kräver ofta snabba bedömningar och beslut. Fast vårdkontakt har inte alltid hunnit utses.
2. Enligt SOSFS 2011:7 är den fasta vårdkontakten ansvarig för planeringen av patientens vård. I intensivvårdssituationen delas detta ansvar med ansvarig IVA-läkare. Väl förankrade beslut förutsätter dialog mellan ansvarig IVA-läkare, behandlande läkare/fast vårdkontakt vid patientens bak-/hemavdelning, vårdpersonal, patient och närstående.
3. Vid beslut att avstå från eller avbryta pågående livsuppehållande behandling ska den IVA-ansvarige läkaren eller behandlande läkaren/fast vårdkontakten rådgöra med minst en annan legitimerad yrkesutövare.
4. 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.
5. Information till och samråd med patient och närstående är ett gemensamt ansvar.
6. Beslutet bör om möjligt fattas på dagtid efter samråd med patient och dennes närstående och övrig vårdpersonal.

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.

- I det förstnämnda fallet ligger huvudansvaret på behandlande läkare/fast vårdkontakt.
- I det sistnämnda fallet tas beslutet av ansvarig intensivvårdsläkare men det bör ske efter samråd med behandlande läkare/fast vårdkontakt.

## **Journalföring**

Patientjournalen ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård.

Alla överväganden, bedömningar och beslut att avstå från eller avbryta pågående livsuppehållande behandling dokumenteras omsorgsfullt i patientjournalen.

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 och vilken inställning till behandlingen som patienten och närstående har gett uttryck för
4. med vilka andra yrkesutövare som behandlande läkare/fast vårdkontakt och IVA-läkare har rådgjort.

Beslut om behandlingsstrategi omprövas fortlöpande och dokumenteras i journalen.

## **Exempel på olika vårdsituationer**

### **Barnperspektivet**

Barnets vårdnadshavare, oftast föräldrarna, ska tillgodose barnets rätt till sjukvård om dess hälsa eller utveckling riskerar att skadas.

Ju äldre barnet är, desto större hänsyn skall tas till barnets egen förmåga att själv bestämma om frågor som rör dess hälsa, vård eller behandling.

De sjukdomar som hos barn inte kan anses förenliga med ett fortsatt liv, är ofta ovanliga, svåra att diagnostisera och prognosen kan vara omöjlig att bedöma. Barns speciella förmåga till organreparation och återhämtning kan ibland vara synnerligen god.

Beslut att avstå från eller avbryta livsuppehållande behandling av ett barn, ska alltid ske efter samråd och i görligaste mån i samförstånd med vårdnadshavaren. Det kan ibland behövas tid för föräldrar att acceptera beskedet att barnet är döende och att fortsatt behandling inte gagnar barnet. Fortsatt livsuppehållande behandling i brist på samförstånd får aldrig innebära oacceptabla biverkningar eller fortsatt lidande för barnet.

Avbrytande av livsuppehållande behandling bör praktiskt utformas i samförstånd med föräldrarna. Vårdens viktigaste inriktning är då att se till att barnet inte har ångest, rädsla, smärta eller annat lidande.

Utförligare text finns i appendix I

### **Patienter med nedsatt beslutsförmåga och ställföreträderskap**

Det finns ingen lag i Sverige som reglerar ställföreträdare för en vuxen patient med beslutsoförmåga. Närstående har i dagsläget inte någon ställföreträdande rätt att ta beslut för patientens räkning. Det är vårdens uppgift att med respekt för principen om människors lika värde, välja det vårdalternativ som bäst tillgodoser individens behov av god vård med bibehållen integritet och värdighet.

### **Patienter som har försökt begå självmord**

När en patient har försökt begå självmord är det viktigt att patienten får adekvat psykiatrisk bedömning och behandling. I sådana fall måste läkaren avstå från att ta hänsyn till patientens fortsatta önskemål om att få dö till dess att en psykiatrisk bedömning har gjorts.

### **Möjlig organdonation**

Omhändertagande av avliden inför organdonation är en del av intensivvården.

1. När det under pågående respiratorbehandling finns misstanke om att patienten har utvecklat total hjärninfarkt kan vård och behandling av vitala funktioner fortsätta till dess att man kan verifiera att total hjärninfarkt föreligger. När total hjärninfarkt konstaterats inriktas vården mot att klargöra möjligheten till organdonation.
2. Organbevarande behandling, inklusive intubation, får påbörjas och fortsätta efter att ställningstagande gjorts om att inte inleda eller fortsätta livsuppehållande behandling (brytpunktsbeslut).

### **Avbrytande av livsuppehållande behandling**

Att avstå eller avbryta preciserad åtgärd är inte detsamma som att vården är palliativ eller att man minskar intensiteten för åtgärder som inte omfattas av behandlingsbegränsningen.

Avbrytande av livsuppehållande behandling leder inte alltid, som en direkt konsekvens, till döden. Följande rekommendationer avser dock främst situationer där avbrytandet av livsuppehållande behandling inom kort (timmar till dagar) förväntas leda till döden.

Vid avbrytande av livsuppehållande behandling, tänk på att:

1. Det är angeläget att samtal med patient och/eller närstående har skett om vårdens ändrade innehåll och riktning (brytpunktssamtal).
2. Döendet är en oförutsägbar naturlig process och måste få ta den tid som behövs. Denna process ska inte förhindras av intensivvårdsåtgärder när patienten befinner sig i livets slutskede.
3. Enkelrum eller vård i avskildhet eftersträvas.
4. Läkarens engagemang och närvaro krävs även efter beslut om att avstå från, eller att avbryta livsuppehållande behandling.
5. Patientens behov av tröst, smärtlindring, ångestdämpning och trygghet skall tillgodoses. Närstående ska förberedas på vad som kommer att ske och ges tid och utrymme att vara hos patienten och att förstå situationen. Uppmärksamma behov av andligt, kulturellt och psykosocialt stöd.
6. Personalen ska fortlöpande informeras om gällande behandlingsstrategi så att de kan stödja patienten och närstående på bästa sätt.

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

#### **1. Andning**

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

När ventilatorbehandling (invasiv eller non-invasiv) avbryts:

- Ta ställning till behov av antikolinergika, nässvalgtub, oral svalgtub, kvarvarande endotrakealtub eller trakealkanyl.
- Ta ställning till lindring av lufthunger. Anpassa doseringen av opioider och sederande läkemedel.

Om ventilatorbehandling (invasiv eller non-invasiv) fortgår:

- Sträva efter ventilation med luft och med lägsta möjliga ventilatorstöd om det inte medför ökat lidande för patienten. Anpassa doseringen av opioider och sederande läkemedel.

#### **2. Smärta**

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

#### **3. Ångest och oro**

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

#### **4. Dialys**

Avslutas.

## 5. Pacemaker

Pacemaker och ICD (implanterad hjärtdefibrillator) kan och bör stängas av.

## 6. Vasoaktiva läkemedel

Avslutas i en takt anpassad efter situationen.

## 7. Övriga läkemedel (antibiotika, trombosprofylax, insulin mm)

Kan och bör utsättas om de inte bidrar till minskat lidande.

## 8. Blodtransfusion

Avslutas.

## 9. Nutrition och vätska

Kan och bör oftast utsättas.

## 10. Provtagningar och undersökningar

Kan och bör avslutas.

## 11. Monitorering

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

## Referenser

1. Livsuppehållande behandling, SOSFS 2011:7.  
<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-7>.
2. Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling - Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal, 2011.  
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-6-39>.
3. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal. 2011.  
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-2-7>.
4. Inledande och avbrytande av intensivvårdsbehandling - fastställande av dödsfallet och donation. 2011. Brev till hälso- och sjukvården (Dnr 5.1–227/2011).  
[http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2011januari/Documents/socialstyrelsen-brev\\_organdonation.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2011januari/Documents/socialstyrelsen-brev_organdonation.pdf).
5. Inledande och avbrytande av intensivvårdsbehandling av patienter som är potentiella organdonatorer 2007, juli SoS (Dnr 50-6646/2007).  
[http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Sodra%20regionvardsnamnden/donation/lagar\\_foreskrifter/sos\\_inl\\_avbr\\_5066462007.pdf](http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Sodra%20regionvardsnamnden/donation/lagar_foreskrifter/sos_inl_avbr_5066462007.pdf)
6. Läkarförbundets etiska regler. 2010.  
<http://www.slf.se/Etikochansvar/Etik/Lakarforbundets-etiska-regler/>.
7. Donationsförberedande behandling till döende patienter (icke-terapeutisk intensivvård) – etiska, juridiska, medicinska perspektiv. Etiskt uttalande, delegationen för medicinsk etik, Svenska Läkaresällskapet 2010.  
<http://www.sls.se/PageFiles/227/000012122.pdf>.
8. SFS 2010:243. Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Om bl.a. individuellt anpassad information, förnyad medicinsk bedömning, vårdgaranti och fast vårdkontakt.  
[http://www.lagboken.se/dokument/Andrings-SFS/621596/SFS-2010\\_243-Lag-om-andring-i-halso--och-sjukvardslagen-1982\\_763?id=50519](http://www.lagboken.se/dokument/Andrings-SFS/621596/SFS-2010_243-Lag-om-andring-i-halso--och-sjukvardslagen-1982_763?id=50519).
9. Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning. Prop. 2009/10:67. <http://www.regeringen.se/sb/d/12168/a/136553>.
10. Etiska riktlinjer vid ställningstagande till att avstå från och avbryta livsuppehållande behandling. Svenska Läkaresällskapet 2007.  
<http://www.sls.se/PageFiles/225/000012132.pdf>.

11. Riktlinjer för beslut angående hjärtlungräddning. Svenska Läkaresällskapet 2000.  
<http://www.sls.se/PageFiles/225/000012135.pdf>.
12. Etiska riktlinjer för palliativ sedering i livets slutskede. Svenska Läkaresällskapet 2010.  
<http://www.sls.se/PageFiles/225/000012134.pdf>.
13. Riktlinjer för svensk intensivvård. SFAI 2009.  
<http://www.sfai.se/riktlinjer/riktlinjer-f%C3%B6r-svensk-intensivv%C3%A5rd>.
14. Riktlinjer för donation av organ och vävnader. SFAI 2008.  
<http://www.sfai.se/riktlinjer/donation-av-v%C3%A4vnader-och-organ>.
15. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2. Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede.
16. Etiska riktlinjer från Svenska Läkaresällskapet. När får läkaren avstå från behandling? Läkartidningen 1991; 88: 2165.
17. Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014. SKL 2012. <http://www.skl.se>
18. Sjökvist P, Sundin PO, Berggren L. Limiting life support. Experiences with a special protocol. Acta Anaesthesiologica Scandinavica 1998; 42, 232-7.
19. Lövtrup M. Aktörsmodellen – handfast verktyg vid etiska dilemman. Läkartidningen 2009; 106: 3480-3481.
20. Löck J. Svåra besked – om vikten av rätt information i rätt tid på rätt sätt. Läkartidningen 2005; 102: 2494-2497.



## **Appendix I:**

### **Att avstå från eller avbryta livsuppehållande behandling vid vård av barn.**

Barnets vårdnadshavare, oftast föräldrarna, har både en rättighet och en skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter, t.ex. hälso- och sjukvård. Föräldrarna ska tillgodose barnets rätt till sjukvård om dess hälsa eller utveckling riskerar att skadas.

Ju äldre barnet är, desto större hänsyn skall tas till barnets egen förmåga att själv bestämma om frågor som rör dess hälsa, vård eller behandling.

Det svåra beslutet att avstå från eller avbryta livsuppehållande behandling av ett barn är lyckligtvis en ovanlig åtgärd i svensk intensivvård. De medicinska beslutsgrunderna är desamma som hos vuxna. Beslutet måste alltid ske efter samråd och i görligaste mån i samförstånd med vårdnadshavaren. En fortsatt livsuppehållande behandling i brist på samförstånd får dock aldrig innebära oacceptabla biverkningar eller fortsatt lidande för barnet.

Den omvända situationen, att inleda eller fortsätta livsuppehållande behandling vid stundtals extremt komplicerade sjukdomstillstånd, där frågor om prognos och livskvalitet inte enkelt kan besvaras, är minst lika svåra beslut.

De åkommor som hos barn inte kan anses förenliga med ett fortsatt liv, är ofta ovanliga och svåra att diagnostisera. Vidare kan prognosen vara omöjlig eller svår att bedöma, liksom sjukdomens påverkan på den fortsatta livskvaliteten. Barns speciella förmåga till organreparation och återhämtning kan ibland vara överraskande god.

Det svåra beskedet att barnet är döende och fortsatt behandling inte gagnar barnet är oerhört traumatiserande för föräldrarna. Tiden upphör att existera. Beskedet bör lämnas med respekt och värdighet av läkare som föräldrarna har förtroende för. Det behövs tid för föräldrar att acceptera beskedet.

Avbrytande av livsuppehållande behandling bör utformas i samförstånd med föräldrarna. Vårdens viktigaste inriktning är då att se till att barnet inte har ångest, rädsla, smärta eller annat lidande. Omvårdnad och uppföljande omhändertagande av föräldrarna är viktigt efter ett barns död.

## **Appendix II:**

### **Exempel på mall i elektronisk intensivvårdsjournal**

För att säkerställa en god och säker vård och för att underlätta dokumentationen av beslut om behandlingsstrategi, bör samma mall användas för alla patienter som vårdas på samma sjukhus. Detta innebär att omprövning av beslutet för en enskild patient alltid görs i befintlig mall. Historiken vid flera beslut bör kunna följas.

### **Ex på mall i elektronisk journal för patienter med livshotande tillstånd:**

1. Datum och klockslag för beslut (ändras vid varje omprövning) (*enval*)
    - 1.1. Första beslut
    - 1.2. Omprövning av tidigare beslut
  2. Beslut efter samråd med
    - 2.1. Leg yrkesutövare
  3. Patientmedverkan
    - 3.1. Samråd med patient: (*enval*)
      - 3.1.1. Ja *eller*
      - 3.1.2. Nej
    - 3.2. Samråd med närstående: (*enval*)
      - 3.2.1. Ja *eller*
      - 3.2.2. Nej
- Fritextmöjlighet under respektive underrubrik för situation
- ✓ när livsuppehållande behandling inte är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet eller
  - ✓ när en patient inte vill ha livsuppehållande behandling.
4. Beslut (*enval*)
    - 4.1. Inga behandlingsbegränsningar
    - 4.2. Behandlingsbegränsning  
Besluten gäller livsuppehållande behandling/åtgärder, och preciseras nedan.
      - 4.2.1. Avstå från att påbörja (*flerval*)
        - 4.2.1.1. Intensivvård
        - 4.2.1.2. Invasiv ventilatorbehandling (IVB)
        - 4.2.1.3. Non-invasiv ventilatorbehandling (NIV)
        - 4.2.1.4. Dialys/CRRT (Kontinuerlig njurersättningsterapi)
        - 4.2.1.5. HLR/AHLR
        - 4.2.1.6. Operation
        - 4.2.1.7. Blodtransfusion
        - 4.2.1.8. Vasoaktiva läkemedel
        - 4.2.1.9. Antibiotika
        - 4.2.1.10. Nutrition
        - 4.2.1.11. Pacemaker
        - 4.2.1.12. Annan preciserad åtgärd:
      - 4.2.2. Avbryta pågående (*flerval*)
        - 4.2.2.1. Invasiv ventilatorbehandling (IVB)
        - 4.2.2.2. Non-invasiv ventilatorbehandling (NIV)
        - 4.2.2.3. Dialys/CRRT
        - 4.2.2.4. Blodtransfusion
        - 4.2.2.5. Vasoaktiva läkemedel
        - 4.2.2.6. Antibiotika

- 4.2.2.7. Nutrition
- 4.2.2.8. Pacemaker
- 4.2.2.9. Annan preciserad åtgärd:

5. Beslutsgrund (*flerval*)

Ange på vilka grunder (etisk och/eller vetenskap och beprövad erfarenhet) som fast vårdkontakt har fattat sitt beslut:

- 5.1. Patientens eget beslut (Autonomi)
- 5.2. Akuta sjukdomens prognos
- 5.3. Kroniska sjukdomens prognos
- 5.4. Terapisvikt

6. Sviktande organsystem (*flerval*)

Möjlighet att i fritext kunna beskriva organdysfunktion/-svikt under resp. underrubrik.

- 6.1. Cirkulation
- 6.2. Andning
- 6.3. Neurologi
- 6.4. G-I kanalen
- 6.5. Njurar
- 6.6. Lever
- 6.7. Hematologi/koagulation

Ovanstående struktur, termer och begrepp (beslut = ställningstagande; avstå = inte inleda; avbryta = inte fortsätta) är förenlig med SOSFS 2011:7.

Data under rubriker och underrubriker i ovanstående mall *Behandlingsstrategi* kan de intensivvårdsavdelningar som är medlemmar i SIR skicka till SIR (ej fritext eller beslutsfattares namn!). På SIR:s öppna hemsida (<http://www.icuregswe.org/>) kan förekomst av beslut följas för de olika IVA som är medlemmar i SIR.

## **Appendix III: Definitioner**

1. **Allmänna råd**
2. Allmänna råd innehåller rekommendationer om hur en författning kan eller bör tillämpas och utesluter inte andra sätt att uppnå de mål som avses i författningen (SoS).
3. **Avbryta** pågående livsuppehållande behandling  
Detsamma som att inte fortsätta livsuppehållande behandling
4. **Avstå** från livsuppehållande behandling  
Detsamma som att inte inleda livsuppehållande behandling
5. **Beslut**
6. Avgörande i viss fråga (SoS:s termbank). Avgörande i viss fråga som fattas på en gång eller i ett sammanhang (NE Ordbok). Val mellan olika handlingsalternativ (NE). I detta dokument används ordet ”beslut” med samma betydelse som ordet ”ställningstagande” (det att uttrycka viss åsikt i viss fråga; NE Ordbok), vilket används i SOSFS 2011:7, där ordet ”beslut” ej förekommer.
7. **Döende**  
Det skede när individens livsviktiga funktioner sviktar och symtom visar att döden är nära (SoS:s termbank).
8. **Fast vårdkontakt**  
Enligt hälso- och sjukvårdslagen (§ 29a) ska verksamhetschefen säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten.  
Fast vårdkontakt (SOSFS 2011:7) ansvarar för planeringen av patientens vård, d.v.s. att fastställa målen för vården och delmålen för de olika behandlingar och åtgärder som ingår i vården, samt tar ställning till hur patientens behov av vård ska tillgodoses. Fast vårdkontakt uppdaterar fortlöpande, omprövar och följer upp samt dokumenterar i patientjournalen planeringen av patientens vård.  
En patient kan ha fler än en fast vårdkontakt per vårdtillfälle under sjukhusvistelsen. Om det ännu inte finns någon fast vårdkontakt utsedd för patienten, ska någon annan legitimerad läkare som deltar i patientens vård tillämpa bestämmelserna.  
Fast vårdkontakt är en namngiven person.
9. **Föreskrifter**  
Föreskrifter är bindande regler (SoS).
10. **Livsuppehållande behandling**  
Behandling som ges vid livshotande tillstånd för att upprätthålla en patients liv.  
Exempel på livsuppehållande behandling:
  - a. behandling för att stödja livsnödvändiga funktioner som en patient själv inte kan upprätthålla, till exempel andning och cirkulation samt födo- och vätskeintag
  - b. vissa kirurgiska ingrepp som till exempel amputation eller laparotomi
  - c. läkemedelsbehandling, till exempel behandling med cirkulationsstödjande, läkemedel, vätskedrivande läkemedel, insulin, cellgifter och antibiotika(Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal, SoS 2011).

**11. Närstående**

Person som den enskilde anser sig ha en nära relation till (SoS:s termbank). Personer som patienten anger som närstående eller som viktiga för honom eller henne kan vara både anhöriga och nära vänner. Om patienten inte har uppgett någon närstående kan maka, make, partner eller sambo samt barn, föräldrar och syskon anses vara det. (Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal, SoS 2011).

**12. Palliativ vård**

Hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående. Den palliativa vården ser döendet som en normal process och syftar till att hjälpa patienten att uppnå bästa möjliga livskvalitet vid livets slut och varken påskynda eller uppskjuta döden. Det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande. (Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012–2014, Sveriges kommuner och landsting, SKL).

**13. Samråd**

Överläggning för att om möjligt enas om ett gemensamt handlande eller en gemensam ståndpunkt (SoS:s termbank).

**14. Vårdnadshavare**

Förälder eller av domstol särskilt utsedd person som har att utöva vårdnaden om ett barn (SoS:s termbank).