

## Forhåndsbestemmelse om HLR minus og andre typer begrensning av livsforlengende behandling

Gjelder for: Hele SiV  
Dokumenttype: Retningslinje  
Sist endret: 28.07.2022

### 1. HENSIKT

- Forhåndsbestemt begrensning av livsforlengende behandling benyttes for å respektere pasientens mulighet til å dø en naturlig død. Da behov for akutt behandling (HLR, respirator med mer) ofte inntreffer når pasientens behandlingsansvarlige lege ikke er til stede, er den dokumenterte forhåndsvurderingen en viktig veiledning for personalet som er tilstede/blir tilkalt.
- Retningslinjen skal sikre en forsvarlig beslutningsprosess basert på grundige medisinske og etiske vurderinger og en enhetlig dokumentasjon ved forhåndsbestemmelse av HLR minus (hjerne-lunge-redning minus) eller annen begrensning av livsforlengende behandling.
- Den skal bidra til å unngå livsforlengende behandling som er nytteløs.
- Begrensninger i bruk av blodprodukter til Jehovas Vitner omfattes ikke av denne, men av en egen prosedyre. [Pasienter som nekter transfusjon av blod eller blodprodukter - SiV HF](#)

### 2. ANSVAR

- Behandlingsansvarlig lege er ansvarlig for å beslutte og å dokumentere forhåndsbestemmelse av begrensning av livsforlengende behandling når dette er indisert.
- Alt helsepersonell skal bidra til at HLR minus eller forhåndsbestemmelse av begrensning av annen livsforlengende behandling blir vurdert av behandlingsansvarlig lege der dette er en aktuell problemstilling.

### 3. UTFØRELSE / ARBEIDSBESKRIVELSE

Helsepersonell skal på hensynsfull måte sørge for at pasienter som ønsker det, gis mulighet til å tilkjenne sine ønsker og verdier rundt livets avslutning.

#### 3.1 Beslutningsprosess

Viktige suksessfaktorer for en god beslutningsprosess er: god kommunikasjon og informasjon med pasient, pårørende og innad i behandlingsteamet. Til dette trenger en å sette av tid. Videre må personalet kjenne til denne prosedyre og [Nasjonal veileder: Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling](#).

To leger bør delta i beslutningen, etter en drøfting i det tverrfaglige behandlingsteamet rundt pasienten som kjenner pasienten best. Dersom problemstillingen kommer opp/avdekkes på dagtid, bør prosessen og slike avgjørelser tas på dagtid. Dette er ikke til hinder for at slike avgjørelser kan, og noen ganger må tas på vakttid.

##### 3.1.1 Pasienten ytrer selv ønske om HLR minus eller begrensning av annen livsforlengende behandling

Dersom en alvorlig syk pasient med dårlig prognose ytrer ønske til personale om at han eller hun ikke ønsker gjenopplivning eller en annen spesifikk behandlingsform, plikter personalet å videreformidle dette til behandlingsansvarlig lege.

Før det besluttes forhåndsbestemmelse av begrensning av livsforlengende behandling på dette grunnlag, må behandlingsansvarlig lege forsikre seg om følgende:

- Pasienten er informert om sin tilstand og behandlingsplan
- Pasienten er samtykkekompetent (se under)
- At pasienten er inneforstått med hva den aktuelle behandling innebærer
- At pasienten når som helst kan trekke tilbake dette ønsket.

- At pasientens ønske ikke er basert på / forårsaket av en tilstand som er korrigerbar, f.eks hypoxisk delir, psykose, alvorlig depresjon mm
- Pasienten bekrefter sitt ønske om forhåndsbestemt begrensning av livsforlengende behandling
- Skulle pasientens tilstand uventet forbedre seg, bør beslutningen om begrensning av livsforlengende behandling, på nytt drøftes med pasienten

En informert og samtykkekompetent pasient med alvorlig sykdom og dårlig prognose som ikke ønsker en eller flere spesifikke behandlingsformer dersom det skulle bli aktuelt, skal få ønsket respektert, selv om behandlingen kunne gi effekt. Denne selvbestemmelsesrett er ikke begrenset til fornuftige, rasjonelle avgjørelser.

Begrensning av livsforlengende behandling i henhold til dette avsnitt, må dokumenteres godt, og samarbeidende helsepersonell i f.eks kommunehelsetjenesten må orienteres. Se avsnitt om dokumentasjon.

### 3.1.2 Behandlingsansvarlige legers situasjonsbestemte forhåndsbestemmelse om begrensning av livsforlengende behandling

a) Livsforlengende behandling antas ikke å kunne ha effekt utover timer, eller nærmeste døgn.

Dersom en pasient er alvorlig syk og, en bedømmer at HLR, dersom det blir aktuelt, ikke vil kunne gjenopprette langvarig spontan sirkulasjon utover nærmeste timer/døgn, og en anser at dette er en del av dødsprosessen, skal det settes HLR minus. En tillater en naturlig død. Beslutningen kan tas av behandlingsansvarlig lege etter drøftinger med behandlingsteamet. Ved tvil i behandlingsteamet bør også i dette tilfelle beslutningen fattes av to leger.

Det samme gjelder for andre behandlingsformer som bedømmes til kun å gi kortvarig forlengelse av livet med pågående kontinuerlig plagsom behandling.

Som hovedregel skal dette drøftes med pasient/pårørende før beslutning endelig tas. Etter en slik beslutning skal pasient/pårørende meddeles dette. Ingen har krav på informasjon om livsforlengende behandling i situasjon som åpenbart er håpløs. Det tilstrebes i stedet å informere godt om at døden nærmer seg.

b) Hensiktsløs eller uforsvarlig behandling er eneste måte å forlenge pasientens liv i dager til uker

Ingen kan kreve behandling som er hensiktsløs eller uforsvarlig, men det er ofte vanskelig å vite når en behandling er hensiktsløs. Jo mer usikkert det er at behandlingen er nytteløs jo viktigere er det å involvere pasienten, evt. pårørende/representant.

I tilfeller hvor HLR anses å kunne gjenopprette spontan sirkulasjon over noe tid, kan det likevel være riktig å avstå fra HLR pga stor sannsynlighet for klinisk utkomme. Det samme gjelder annen behandling som anses å kunne gi forlengelse av liv utover tid med plagsom behandling. En må vurdere fordeler, ulemper, funksjonsnivå og risiko med den behandling pasienten må gjennomgå etter den akutte behandlingen og involvere pasienten i den grad pasienten ønsker det og er i stand til det.

#### 1. Samtykkekompetente pasienter

Pasienten skal informeres godt om sin tilstand, og om eventuelle utfall av den spesifikke behandlingen. Vær sensitiv og observant i fht at noen pasienter ikke ønsker slik informasjon. Det bør i tilfelle respekteres. I slike tilfeller kan et alternativ være å snakke mer generelt med pasienten om prognose og videre plan for behandling uten å gå i detalj om hva en vil gjøre/ikke gjøre av behandling og pleie.

Behandlingsansvarlig lege må også forklare sine og behandlingsteamets tanker om hvorvidt fordelene oppveier ulempene, herunder også om antatt funksjonsnivå etter vellykket behandling er akseptabel for pasienten. Søk å oppnå enighet med pasienten.

#### 2. Ikke samtykkekompetente voksne pasienter

Avgjørelsen fattes ut ifra det som medisinsk faglig sett er i pasientens interesse og hva en antar ville vært pasientens eget ønske (presumert samtykke). Dette kan igjen bygge på opplysninger fra

nærmeste pårørende, kjernejournal, et livstestamente, en stedfortreder oppnevnt av pasienten eller annet helsepersonell. Behandlingsansvarlig lege har en selvstendig plikt til å avgjøre om en spesifikk behandling (HLR, respirator med mer) er forsvarlig. Nærmeste pårørende har rett til å bli informert og involvert, men skal ikke gis ansvaret for avgjørelsen. Dersom det medisinske beslutningsgrunnlaget ikke gir klart svar på hva som bør gjøres, bør de pårørendes ønsker tillegges mer vekt.

### 3. Barn under 16 år

Foreldrene/foresatte representerer barnet. Foreldrene har rett til å være inkludert i avgjørelse om forhåndsbestemmelse av begrensning av livsforlengende behandling, men kan ikke kreve behandling som behandlingsansvarlig lege ikke finner faglig forsvarlig. Foreldrene kan heller ikke nekte behandling for en alvorlig sykdom eller skade. Behandlingsteamet må informere foreldrene nøkternt omkring barnets situasjon og prognose.

## 3.2 Dokumentasjon

### 3.2.1 Pasienten har selv et ønske om HLR minus eller begrensning av annen livsforlengende behandling.

Behandlingsansvarlig lege dokumenterer pasientens samtykke og beslutningen i pasientens Kjernejournal, som kritisk informasjon under avsnittet «Endringer i behandlingsrutiner» (avvik fra vanlige akuttbehandlingsprosedyrer).

Når det er registrert kritisk informasjon i kjernejournal vil dette bli synlig i alle eksisterende journalsystemer for spesialisthelsetjenesten (bl.a. DIPS og AMIS i AMK-sentralen), og kommunehelsetjenesten, ved at kjernejournalssymbolet «KJ» endre farge fra blå/grå til rød/hvit.

I tillegg skal en dokumentere i DIPS som beskrevet under 3.2.2.

### 3.2.2 Behandlingsansvarlige legers situasjonsbestemte forhåndsbestemmelse om begrensning av livsforlengende behandling

- Straks forhåndsbestemmelse av begrensning av livsforlengende behandling er besluttet, skal behandlingsansvarlig lege gjøre et notat i DIPS hvor dette går fram samt beslutningsgrunnlaget. Det skal i notatet gå fram hvorvidt pasient og/eller pårørende er informert om dette, og eventuelt pasientens eller pårørendes ønsker. Hvis noen ikke er informert, skal dette begrunnes.
- Behandlingsansvarlig lege noterer ned den aktuelle behandlings form etterfulgt av "minus", for eksempel "HLR minus" (ikke HLR- eller R-), under "kritisk informasjon" i Dips og linker ovenstående notat til dette. Det skal hakes av for "Varsles ved aktivering av pasient".
- Forhåndsbestemmelsen oppheves ved utskrivning.
- Vurderingen under aktuelle opphold om beslutninger om HLR minus må beskrives i epikrise.

## 3.3 Revurdering

- Beslutning om forhåndsbestemt begrensning av livsforlengende behandling skal fortløpende vurderes og revurderes. Beslutningen kan endres av behandlingsansvarlig lege. Pasienten kan endre sin beslutning, men kan ikke kreve at behandling iverksettes.
- Endring av beslutning skal dokumenteres med journalnotat i Dips. Merknad under "kritisk informasjon" skal slettes.
- Utenfor sykehuset er det fastlegen eller annen lege som overtar behandlingsansvaret, som er ansvarlig for eventuell forhåndsbehandling av HLR minus eller annen begrensning av livsforlengende behandling, eller revurdering av tidligere beslutning, enten denne er gjort i eller utenfor sykehuset.
- Ved ny innleggelse skal et tidligere vedtak om begrensning av livsforlengende behandling vurderes på ny.

## 3.4 Uenighet om beslutning

Tvil eller uenighet om beslutning, enten i behandlingsteam eller hos pasient eller pårørende, kan skyldes kommunikasjonssvikt, uenighet om det medisinskfaglige grunnlaget for beslutningene, ulikt verdisyn eller manglende tillit til behandlerne. Grunnlaget for uenigheten bør klarlegges. Det kan være behov for ytterligere informasjon, det kan være grunnlag for fornyet vurdering av andre behandlere,

og en kan også be om hjelp fra sykehusets Klinisk Etisk Komite (KEK). Se for øvrig Nasjonal veileder og spesielt [Flytskjema for beslutningsprosesser ved uenighet om begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende](#) for beslutningsprosess under referanser. Dersom pasienten er mindreårig kan det være aktuelt å bringe inn barnevernet eller fylkesnemnda.

#### 4. GENERELT

Ethvert helsepersonell har plikt til å starte [HLR ved funn av livløs](#) der det ikke foreligger gjeldende beslutning om HLR minus eller man er sikker på at HLR vil være nytteløst, for eksempel ved omfattende multiorgansvikt uten reversible årsaker eller ved ikke bevitnet hjertestans og det foreligger sikre dødsteget i form av dødsstivhet og avkjøling.

#### 4.1 Begreper

##### 4.1.1 Samtykkekompetanse

Rett til å samtykke til eller nekte helsehjelp har myndige personer, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser, og mindreårige etter fylte 16 år. Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke. For at et samtykke skal være reelt må pasienten være informert.

##### 4.1.2 Nytteløs behandling

Hva som er nytteløst avhenger av hvem som blir spurt og blir brukt på ulike måter, for eksempel:

- Behandling som verken gir lindring eller livsforlengelse
- Behandling hvor sannsynligheten for effekt av behandling er svært liten
- Behandling hvor nytten er liten i forhold til bivirkninger og risiko, for eksempel noe livsforlengelse, men med store plager.
- Nyttens av behandlingen er svært liten i forhold til kostnadene

Det er viktig å være bevisst på de ulike betydningene og at det egentlig kun er det øverste kulepunktet som er nytteløst i en streng forstand. Helsepersonell er imidlertid forpliktet til å vurdere behandlingens nytte i forhold til ulemper og kostnader.

##### 4.1.3 Faglig forsvarlighet

Med faglig forsvarlighet menes det som til enhver tid tilfredsstillende god faglig praksis, etiske krav og omsorgsfull hjelp.

##### 4.1.4 Behandlingsansvarlig lege

På dagtid er det den legen som har visittansvar for pasienten den aktuelle dag som er behandlingsansvarlig. På kveld og natt overtas dette ansvaret av vakthavende lege.

#### 5. INTERNE REFERANSER

- [1.6.1.14.9](#) Funn av livløs person. Helse-HLR (HHLR)
- [1.6.1.13.23](#) Kopi eHåndbok OUS - HLR minus (ARKIVERT)
- [1.6.2.13.1](#) Pasienter som nekter transfusjon av blod eller blodprodukter - SiV HF
- [1.6.2.13.4](#) Flytskjema for beslutningsprosesser ved uenighet om begrensning av

#### 6. EKSTERNE REFERANSER

[Helsepersonelloven](#)

[Pasient- og brukerrettighetsloven](#)

[Spesialisthelsetjenesteloven](#)

[Nasjonal veileder: Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling](#)  
(Helsedirektoratet IS-2091)

Informasjon om kjernejournal <https://kj-opplaering.ehelse.no/hjelp/index.html>

[Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation](#), okt 2007, A joint statement from the British Medical Association, the Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing

[Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making, General Medical Council, paragraph 128 - 146 side 60 - 67](#)

Oslo universitetssykehus: Forhåndsbehandling av å unnlate hjertelungeredning (HLR), versjon april 2011

