1 Hensikt og omfang

- Kvalitetssikre bruken av forhåndsvurdering av å avstå fra hjerte-lunge-redning (HLR) ved sirkulasjonsstans hos pasienter som er alvorlig syke og/eller døende, samt unngå en uverdig død.
- Gjelder ikke andre livsforlengende behandlingstiltak (medikamenter, væske, ernæring, eller respirasjonsstøtte/respiratorbehandling).

2 Definisjoner

- Hjerte-lunge-redning (HLR): De tiltak som iverksettes i forsøk på å gjenopprette sirkulasjonen ved sirkulasjonsstans.
- HLR minus/avstå fra HLR: Dokumentert forhåndsvurdering av at det ikke skal iverksettes HLR ved sirkulasjonsstans.
- Samtykkekompetanse: Pasienten kan forstå relevant informasjon, kan sette informasjonen inn i sin situasjon og overveie ut fra denne, samt uttrykke sine ønsker.
- Nærmeste pårørende er den som pasienten har angitt. Ved manglende angivelse gjelder følgende rekkefølge: Ektefelle, registrert partner, samboer, myndige barn, foreldre.[1]

3 Ansvar

- Pasientens behandlingsansvarlige overlege har ansvaret for forhåndsvurdering, dokumentasjon og informasjon om en beslutning om å avstå fra HLR (HLR minus).
- Nivå 2-leder har ansvar for at retningslinjen er kjent og blir fulgt i enheten.

4 Fremgangsmåte

Retningslinjen er basert på helselovene og Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende.[1-3]

4.1 Når bør HLR minus vurderes?

- Ved inneliggende pasienter med økt risiko for hjertestans.
- HLR vurderes som nytteløs av lege eller behandlingsteamet fordi pasienten er alvorlig syk.
- HLR kan forventes å gjenopprette egenpuls hos pasienten, men hvor det er tvilsom nytte for pasienten fordi HLR sannsynlig bidrar til å forlenge lidelse og forstyrre en dødsprosess.
- Pasienten selv eller pasients nærmeste pårørende (ved ikke samtykkekompetent pasient) angir at pasienten ikke ønsker livsforlengende behandling.

4.2 Beslutningsprosess

Beslutningene skal bygge på medisinsk og helsefaglig vurdering, hva pasienten selv ønsker og hva som, ut fra en medisinsk vurdering, er til pasientens beste og har en positiv virkning som oppveier eventuelle plager som følge av behandling eller sykdom.

I denne prosessen bør man benytte de fire allmenne etiske grunnprinsipper[4]:
- *Velgjørenhet*: Å gi behandling med forventet nytte for pasienten
- *Ikke skade*: Å avstå fra behandling med stor risiko for skade eller belastning
- *Respekt for autonomi*: Pasienten har rett til informasjon og medvirkning
- *Rettferdighet*: Fordeling av nytte, risiko og byrder

4.3 Samtale med pasient og nærmeste pårørende

- Behandlingsansvarlig lege bør i tide (pkt. 4.1) ta opp spørsmålet om HLR. Studier har vist at en majoritet av pasientene ønsker muligheten til å delta i en samtale om HLR. Pasienter er forskjellig og legen bør *først få informasjon fra pasienten og/eller pårørende* om hva vedkommende vet og tenker om sin sykdom, før man drøfter HLR. Pasienter som ønsker det gis mulighet til å tilkjennegi sine ønsker og verdier rundt livets avslutning.
- Dersom HLR i utgangspunktet vurderes medisinsk nytteløs, skal pasienten eller pårørende ikke spørres om pasienten ønsker vedrørende HLR. Derimot bør pasienten, og evt. nærmeste pårørende (etter pasientens ønske) informeres skånsomt om at HLR er nytteløst.
- Pasient har ikke rett til å kreve behandling som ikke er forsvarlig eller som anses nytteløs.
- Det skal gjøres en vurdering av samtykkekompetanse hos pasienten. Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent, skal nærmeste pårørende involveres.

5 Beslutning

- Vurderingen om man skal sette HLR minus baseres på drøftinger i behandlingsteamet i henhold til ovenstående etiske prinsipper. Behandlingsansvarlig overlege har det endelige ansvaret for avgjørelsen, men skal søke konsensus i teamet.
- Ved akutte innleggelser eller rask forverring av sykdom kan situasjonen enkelte ganger ikke tillate en grundig gjennomgang. Her kan vaktlege ta beslutningen om HLR minus alene, men vaktlegen bør tilstrebe en kort samtale med overlege og behandlingsteam om mulig.
- Ved sterk uenighet bør man søke konsensus i behandlingsteamet, om nødvendig konsultere avdelingsoverlegen(e) og evt. Klinisk etikk-komité.

5.1 Helsepersonell beslutter HLR minus på klinisk grunnlag

Dersom HLR minus besluttes på klinisk grunnlag bør pasienten informeres om beslutningen og begrunnelsen for denne.[2] Nærmeste pårørende informeres hvis pasienten samtykker til dette eller mangler samtykkekompetanse.

5.2 Pasienten/nærmeste pårørende ønsker ikke HLR

5.2.1 Samtykkekompetente pasienter

En samtykkekompetent pasient har som hovedregel rett til å samtykke til, eller nekte å motta helsehjelp, herunder livsforlengende behandling.[1,2] Forutsetningen er at pasienten er fri fra utilbørlig press fra omgivelsene og har fått individuelt tilpasset, nødvendig informasjon om sin helsetilstand og helsehjelp, slik at pasienten blir i stand til å treffe de valg som er riktig for seg selv. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.

Det kan oppstå konflikt mellom pasientens rett til å nekte å motta helsehjelp og helsepersonell sin plikt til å gi helsehjelp som anses *påtrengende nødvendig.*[1,2] Pasienter hvor døden er nært forestående (dager/uker), har rett til å motsette seg livsforlengende behandling, også dersom helsepersonell vurderer dette som irrasjonelt. Dette gjelder pasienter over 18 år.

5.2.2 Ikke samtykkekompetente pasienter

Dette kan også inkludere pasienter som er ute av stand til å formidle et behandlingsønske.

Ved manglende samtykkekompetanse skal pasientens behandlingsteam vurdere hva som sannsynligvis ville vært pasientens ønske. I vurderingen skal det legges vekt på informasjon fra nærmeste pårørende. Det kan også være relevant å legge vekt på informasjon i et gyldig livstestamente, eller fra helsepersonell som kjenner pasienten. Videre må helsepersonellet etter en selvstendig vurdering finne at ønsket om å avslutte livsforlengende behandling åpenbart bør respekteres. Nærmeste pårørende tar ikke avgjørelser om HLR minus på pasientens vegne.

Foreldrene samtykker til behandling for barn <16 år (<18 år hvis manglende samtykkekompetanse for eksempel pga. psykisk utviklingshemning), men fra 12 år skal barn/ungdom informeres og ha mulighet til å si sin mening om spørsmål som angår egen helse. Yngre barn skal også gis tilpasset informasjon og deres synspunkt vektlegges i tråd med alder og modenhet. Hva som er til "barnets beste" er det overordnede prinsipp.

6 Informasjon til pasient, evt. nærmeste pårørende

- Pasienten skal som hovedregel ha informasjon om beslutning om HLR minus. Informasjonen skal være hensynsfull og tilpasset pasientens forutsetninger. Det er høy terskel for å unnlate å informere pasienten og det skal gjøres en konkret vurdering av om pasienten er så skrøpelig at helsetilstanden ikke tillater at informasjon gis.
- Informasjon om HLR minus skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje.
- Nærmeste pårørende informeres dersom pasient samtykker, eller mangler samtykkekompetanse.

7 Andre HLR-begrensninger

- Dersom man ikke setter HLR minus kan man hos pasienter med usikker nytte av HLR sette en begrensning av behandlingen, f.eks. HLR inntil 3 sløyfer. Disse begrensningene må dokumenteres på samme måte som HLR minus.
- HLR minus bør vurderes og evt. midlertidig endres i forbindelse med kirurgi og prosedyrer.

8 Manglende HLR minus vurdering

Når HLR minus vurdering mangler, bør helsepersonell som hovedregel starte HLR i akutte situasjoner. Unntak er dersom pasienten tydelig er i terminalfasen av sykdommen, eller pasienten tydelig ikke lar seg gjenopplive pga. grunnsykdom eller at det har gått for lang tid fra sirkulasjonsstans.

9 Revurdering

Avgjørelsen om HLR minus skal revurderes hvis pasienten sin tilstand endrer seg slik at vurderingen kan bli en annen. Endringen av HLR minus kan bare foretas av behandlingsansvarlig overlege eller den legen som har behandlingsansvar på det aktuelle tidspunkt.

10 Dokumentasjon

- HLR minus skal anføres i pasientens elektroniske kurve.
- HLR minus skal anføres i journalen med vurdering av samtykkekompetanse og begrunnelse for beslutningen om HLR minus. Notatet skal inneholde opplysninger om hvem som har vært med på vurderingen og hva pasienten og eventuelt pårørende er informert om og har uttalt. Hvis det er gjort andre konkrete behandlingsbegrensninger, skal dette også dokumenteres. Dersom informasjon ikke er gitt, skal dette begrunnes.

11 Informasjon til primærhelsetjenesten

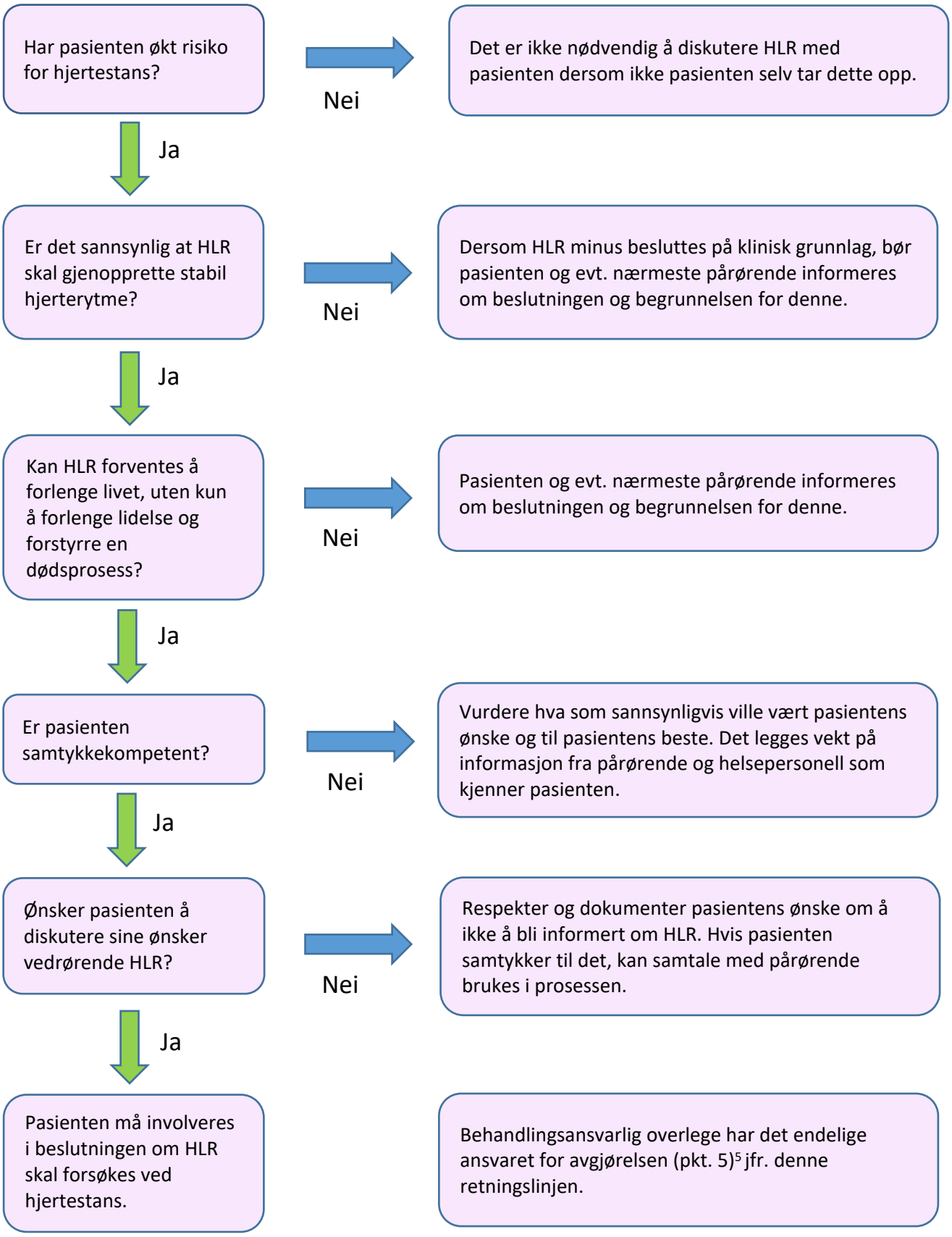
Fastlege, sykehjemslege eller annen lege som overtar behandlingsansvaret etter utskrivelse fra sykehus skal informeres i epikrise om de vurderingene sykehuset har gjort med tanke på HLR minus. Her må opplyses om hvilken informasjon pasient og evt. pårørende har fått, og om pasientens ønsker. Utenfor sykehus er det denne legen, ikke sykehuset, som er ansvarlig for evt. forhåndsvurdering av om det fortsatt er riktig å avstå fra HLR.

12 Referanser

1. Lov om pasient- og brukerrettigheter Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) - Lovdata
2. Lov om helsepersonell Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) - Lovdata
3. Helsedirektoratet (2013). Veileder for beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 01. april 2013, lest 13. januar 2023). https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling
4. Tom L. Beauchamp and James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 8th ed. (Oxford: Oxford University Press, 2019 (1st ed. 1977)
5. Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation. Guidance from the British Medical Association, the Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing. 3rd edition (1st revision) 2016. https://www.bma.org.uk/media/1816/bma-decisions-relating-to-cpr-2016.pdf

Fortrolig
Intern (gul)

Flytskjema for beslutning vedrørende HLR minus[5]



Interne referanser

Eksterne referanser

14 Forankring

Retningslinjen er vedtatt i Foretaksledelsen 31.10.2023.

15 Endringer siden forrige versjon

Forlenget gyldighet til 11.12.2025

Følsomhet
Intern (gul)