

HLR minus

...OG OM BEHANDLINGSBEGRENSNINGER FORØVRIG



**“Sorry I’m late,
I had great nurses.”**



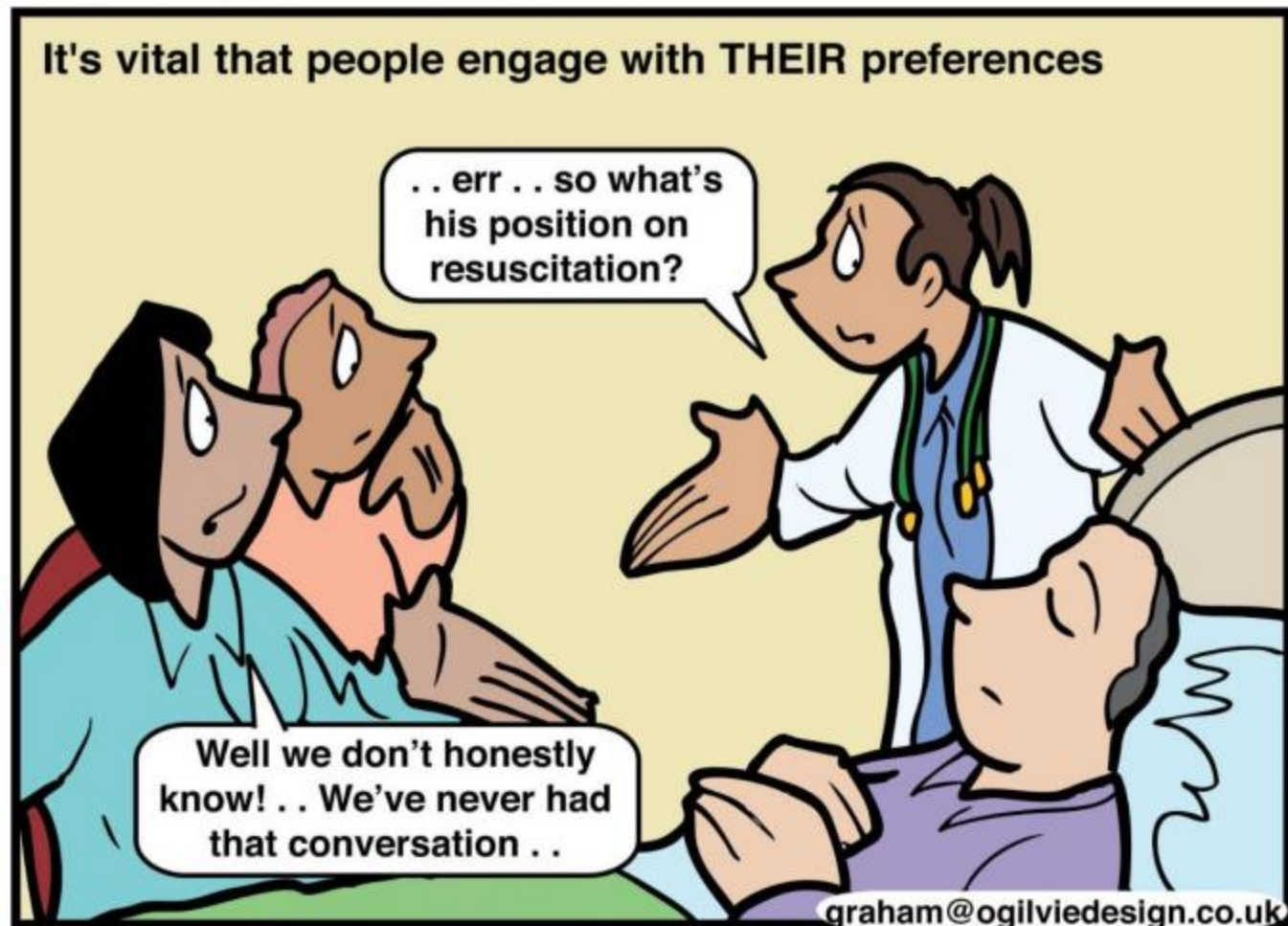
Læringsmål

- ▶ Kjenne til bakgrunnen for hvorfor behandlingsbegrensning – og spesielt HLR minus – ble et tema i offentligheten
- ▶ Bli mer bevisst på problemstillingen «behandlingsbegrensning» og spesielt «HLR minus» - på sykehus og hjemme hos pasienten
 - ▶ Hvorfor oppleves dette så vanskelig?
 - ▶ Hva er kravene rundt beslutning og dokumentasjon av «HLR minus?»
 - ▶ Hvordan kan vi gjøre dette lettere for alle involverte?
- ▶ Diskutere «hvordan gjøre palliasjon mindre stigmatisert»

Disposisjon

- ▶ Innledende spørsmål til dere
- ▶ Bakgrunnen for «alt maset» om HLR-
- ▶ Litt om retningslinjer og lovverk
- ▶ Hvorfor er behandlingsbegrensninger så vanskelig...?
- ▶ Beslutningsprosess
- ▶ Dokumentasjon og samarbeid
- ▶ Litt om stigmaet rundt «palliativ»

Kan vi unngå å havne her...?



Hvor mange her fra sykehus har...

- ▶ Observert hjertestans i avdelingen?

Situasjoner jeg lurer på hva dere gjør....

- ▶ En pasient faller om i matsalen på sengeavdelingen. Dere finner ingen puls. Det er satt «HLR minus» på pasienten. Hva gjør dere?
- ▶ En døende pasient (sengeliggende, lite kontaktbar) slutter å puste. Dere finner ingen puls. Det er ikke satt HLR minus. Hva gjør dere?
- ▶ En pasient med langt kommet kreftsykdom har status «HLR minus». Pasienten utvikler symptomer på sepsis. Hva gjør dere?

Hva er
bakgrunnen for
«alt maset» om
HLR?

Kollega før helgevakt...

- ▶ «Jeg håper dere har tatt stilling til HLR-status hos alle pasientene deres?!»
- ▶ «Hva skal jeg gjøre om pasienten blir dårlig(ere)...?»



► «De som stanser her på Radiumhospitalet, de skal stanse, de.»

► Erfaren overlegekollega, 2004

Hjarte-lunge-redning til kreftpasientar i palliativ fase

Odd Jarle Kjørstad, Dagny Faksvåg Haugen Om forfatterne

ENGLISH

Publisert: 19. februar 2013
Utgave 4, 19. februar 2013

Konklusjon

Kreftsjukdom gjev redusert overleving ved hjarte-lunge-redning. Overlevingsraten fell mot null med aukande omfang av kreftsjukdomen. Ved oppgjeven kreftbehandling, omfattande metastasering og funksjonsnivå dårlegare enn WHO 2 gjev funna grunnlag for å seie at hjarte-lunge-redning ikkje vil lukkast. PAM-indeks > 8 hjå ein kreftpasient i palliativ fase peikar mot det same. Nasjonal veileder kan tolkast som meir restriktiv til å bruke omgrepet nyttelaust ved hjarte-lunge-redning enn kva denne litteraturstudien har funne grunnlag for.

MARIA BØRJA

Publisert fredag 15. desember 2000 - 11:13



Vær med på avstemningen av årets TV-navn!

Helene Sandvig er programleder for det populære helsemagasinet «Puls». Både hun og programmet er nominert til årets beste TV-navn og TV-program i Dagbladets avstemning.

Hvilket program er du mest fornøyd med i året som gikk?

- Jeg synes programmet om R minus var den viktigste saken vår. Vi avslørte at pasienter med «R minus» i legejournalen ikke skal reddes dersom livet deres er truet. Programmet førte til mye debatt, og jeg veldig stolt av den saken. Slike saker er vanskelige å finne.

- Vi setter fokus på livsstil, og ikke på sjukeliggjøring. Vi prøver ikke å gjøre folk redde.

-- Lovstridig dødshjelp

Publisert: 02.10.00 02:00

Del

Artikkelen er over 22 år gammel

Oslo: Legene skal ikke sette i gang livreddende behandling dersom pasienten har fått påført «R minus» i journalen. -- Lovstridig, sier helse- og sosialombud Helge Hjort.

– I og med at det ikke finnes retningslinjer omkring problematikken, vet man ikke alltid hvem som har satt «R minus»-ordren og når den er satt. Å holde tilbake så viktig informasjon er i strid med norsk lov og bryter helt med den demokratiske tankegangen vi kjenner i Norge, sier Hjort.

– I og med at det ikke finnes retningslinjer omkring problematikken, vet man ikke alltid hvem som har satt «R minus»-ordren og når den er satt. Å holde tilbake så viktig informasjon er i strid med norsk lov og bryter helt med den demokratiske tankegangen vi kjenner i Norge, sier Hjort.

Helsemagasinet «Puls» på NRK skal i kveld ta opp problematikken rundt «R minus» ved norske sykehus.

(NTB)

Les mer om: [Nyheter](#)

Du er her: [Framsida](#) - [Saker og publikasjoner](#) - Spørsmål: [Skriftlege spørsmål og svar](#) - Skriftlig spørsmål

Del  Skriv ut

Skriftleg spørsmål fra Jørn L. Stang (FrP) til helseministeren

Dokument nr. 15:22 (2000-2001)

Innlevert: 06.10.2000

Sendt: 06.10.2000

Svart på: 12.10.2000 av helseminister Tore Tønne



Spørsmål

Jørn L. Stang (FrP): Vil helseministeren sørge for at det finnes klare

retningslinjer for når et menneske skal reddes eller ikke ved norske sykehus, og samtidig påse at man ikke går bak ryggen på pasienter og pårørende når det gjelder behandling og analyse?

- *Forhåndsvurdering av å unnlate hjerte-/lunge-redning*

Forhåndsvurdering av å unnlate hjerte-/lunge-redning kan skje der pasienter som har rett til det, dvs døende pasienter, motsetter seg livsforlengende behandling.

ndskriv IK-1/2002
Saksnr. 2000/4190
11. februar 2002

RUNDSKRIV

Til:
Landets
Landets

Forhånd
hjerte-/

Forhåndsvur-
dering av å unnlate hjerte-/lunge-redning
skal dermed nedtegnes i journalen. Videre
skal en journalføre at det er gitt informa-
sjon til pasient og pårørende og hovedinn-
holdet i dette. Har en døende pasient mot-

Veileder 2009, revidert 2013



Behandlingsavklaringer ved begrenset forventet levetid (HØRINGSUTKAST)

Nasjonal veileder

Først publisert: 17. juni 2025
Siste faglige endring: 17. juni 2025

Noen begreper rundt HLR

- ▶ HLR minus
- ▶ HLR –
- ▶ H%
- ▶ R minus
- ▶ AUR (Alt Utenom Resucitering)
- ▶ DNR (Do Not Resuscitate)

Key points about DNR orders: AI-resyme fra Google....

- ▶ Purpose: To allow a person to refuse medical interventions that would attempt to restart their heart or breathing (*in the event of cardiac or respiratory arrest.*)
- ▶ (...) specific to resuscitation attempts. It does not mean that all medical care will be stopped. Other treatments to keep a person comfortable or address other conditions may continue.
- ▶ (...) Some providers may also use "no code" or "allow natural death".

Bare for å avklare...(ref kollegaen før vakt...)

- ▶ HLR minus avklarer ikke behandlingsnivå eller behandlingsintensitet,
 - ▶ og betyr ikke at en skal avstå fra annen livsforlengende behandling som for eksempel medisiner, væske, ernæring eller respiratorbehandling.
 - ▶ MIO+...INT-...?
- ▶ Kilde: Høringsforslag, revidert Nasjonal veileder; Behandlingsavklaringer ved begrenset forventet levetid

Hva sier
retningslinjer og
lovverk...

Veileder revidert 2013 og høringsutkast



Plikt til å gi helsehjelp?

- ▶ Den såkalte øyeblikkelig hjelp-plikten i helsepersonelloven § 7 er formulert slik:
- ▶ *Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig.*
- ▶ Helsepersonellets øyeblikkelig hjelp-plikt er formulert først og fremst med tanke på ulykker og akutte sykdomstilfelle og kortvarig helsehjelp. (Veilederen, 2013, s 14)

Når bør behandlingsbegrensning vurderes

- ▶ Naturlige tidspunkter for å ta opp disse spørsmålene kan være:
 - ▶ ved utskrivelse/reinnleggelse pga komplikasjoner/forverring av kronisk sykdom
 - ▶ når man kan svare nei på spørsmålet "blir du overrasket om pasienten er død innen et år?"
 - ▶ når kurativ behandling går over i palliativ
 - ▶ når pasienten har irreversibel organsvikt som krever teknisk understøttelse (for eksempel respirator, dialyse, hjertepumpe)
 - ▶ når pasientens prognose er svært dårlig, vurdert ut fra klinisk skjønn eller anerkjent scoringssystem (Veilederen, 2013, s 18)

Beslutningsprosessen

- ▶ En beslutning om å gi eller begrense livsforlengende behandling skal hvile på en sikrest mulig vurdering av de medisinske forholdene, diagnostisk og prognostisk.
- ▶ De fleste prognostiske vurderinger er omgitt av usikkerhet.
- ▶ Alle vurderinger må journalføres og begrunnes.
- ▶ De som behandler pasienten og som kjenner pasientens situasjon ut fra ulike ståsteder (moderavdelingen, pleiepersonell), skal som hovedregel delta i beslutningsprosessen.
- ▶ Den behandlingsansvarlige legen tar den endelige beslutningen. (Veilederen, 2013, s 16)

Fra eHåndboken, OUS

Retningslinje



HLR - forhåndsvurdering av å avstå fra hjerte-lungeredning

1. Endringer siden forrige versjon

Revisjon i 2023, oppdatert for å tydeliggjøre skillet mellom pasientautonomi og medisinske vurderinger av behandlingsbegrensninger.
Oppdaterte referanser og lenker. Forenklet.

2. Hensikt og omfang

- ▶ Dersom en pasient vurderes å være samtykkekompetent, bør hennes/hans ønske om ikke å bli utsatt for HLR respekteres,
- ▶ Helsepersonell kan ikke pålegges å utføre behandling som ikke har utsikter til å forbedre pasientens tilstand.
- ▶ Dette gjelder også der man vurderer at HLR ikke gir noen mulighet til å gjenopprette pasientens bevissthet og varig sirkulasjon og respirasjon. Helsehjelpen vil da ikke regnes som påtrengende nødvendig (jf. Helsepersonelloven §7).

Hvorfor er det
vanskelig...?

Seks av ti sykepleiere sier at de har vært med på å gi livreddende behandling til pasienter som hadde hatt bedre av å få slippe. Hvorfor er det så vanskelig å bare la folk dø?

#Når er det nok?



Spørsmål

Jørn L. Stang (FrP): Vil helseministeren sørge for at det finnes klare retningslinjer for når et menneske skal reddes eller ikke ved norske sykehus, og samtidig påse at man ikke går bak ryggen på pasienter og pårørende når det gjelder behandling og analyse?

- 
- ▶ Den behandlingsansvarlige legen tar den endelige beslutningen....

Hvor mange her har...

- ▶ Hvor mange har bedt en lege om å ta stilling til HLR-status?
- ▶ Hvorfor har dere bedt om det...?
- ▶ Hvor mange har selv (uten at lege har gjort det på tidligere) informert en pasient om at HLR minus er besluttet?

På sykehus og i hjemmetjenesten...

- ▶ Hvordan snakker vi sammen for å gjøre det mindre vanskelig å ta de vanskelige beslutningene..?
- ▶ Lisbeth i bydel Nordstrand og meg...☺
- ▶ **HLR- er en kompleks problemstilling**
 - ▶ På linje med all annen behandlingsbegrensing og samtaler om fremtiden

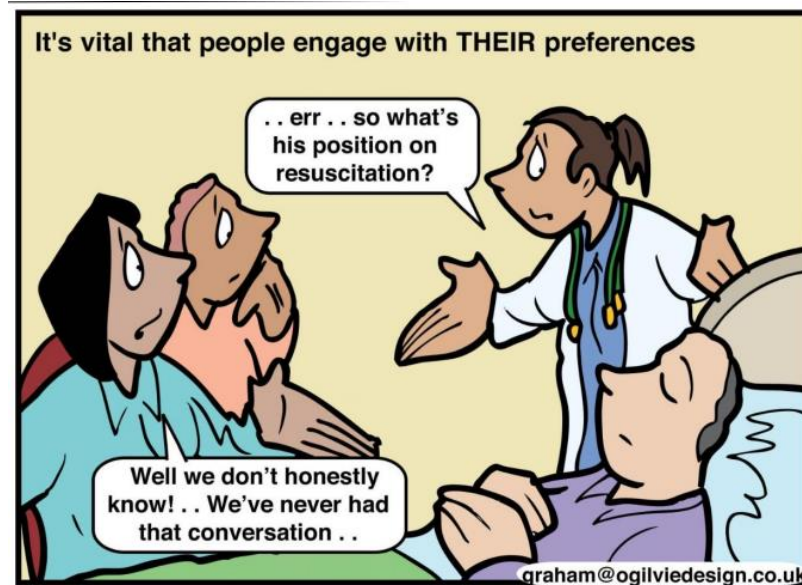
For hva er det vi *EGENTLIG* snakker om ...?

- ▶ Hvordan snakker vi med pasientene våre om behandling i livets slutfase?
- ▶ Advance care planning

ADVANCE, ikke *ADVANCED*

- ▶ «Hvordan ser du på situasjonen nå? Hva tenker du om behandling fremover?»

- Ved igangsetting av langvarig livsforlengende behandling, som dialyse, tilkobling av respirator eller nedlegging av magesonde, bør det om mulig drøftes med pasienten når og i hvilke situasjoner denne behandlingen skal opphøre.



- 
- ▶ Manglende tid må ikke forhindre at disse samtaler tas.
 - ▶ Det er et ledelsesansvar både på sykehjem og sykehus å sikre kompetanse, rammebetingelser og rutiner for slike samtaler.
 - ▶ Helsepersonell må tilegne seg kompetanse til å gjennomføre slike samtaler, og både arbeidsgivere og utdanningsinstitusjoner har et ansvar for å sikre slik kompetanseutvikling. (Veilederen, 2013, s 18-19)

8.2 Pasient/pårørende ønsker behandling, mens behandlingsteamet mener dette ikke er faglig forsvarlig

- ▶ Behandlere må bruke tid på å forklare bakgrunnen for egen vurdering, hva som er medisinske, og hva som er verdimeslige, vurderinger.
- ▶ Spesielt er det viktig å forklare hva slags tilstand pasienten etter all sannsynlighet behandles til, og hvilke belastninger og bivirkninger som kan oppstå ved behandling.
- ▶ I slike situasjoner kan bakgrunnen for ønsket om behandling være manglende tillit til behandlerne. Det kan da være aktuelt å få ny vurdering av tilstanden.

8.3 Uenighet blant behandlerne

- ▶ Uenighet og konflikt i behandlingsteamet bør drøftes åpent i teamet.
- ▶ Grunnlaget for uenigheten, for eksempel diagnostisk og prognostisk usikkerhet, pasientens livskvalitet eller hva som ansees etisk akseptabelt, bør klargjøres.
- ▶ Dersom en ikke lykkes å bli enige, bør en søke råd, for eksempel fra klinisk etikk-komité eller be om faglig vurdering av andre spesialister.

7.2 Pasientens medbestemmelse og kommunikasjon med pasienten/pårørende

- ▶ Mange pasienter og pårørende har lite kunnskap om behandling, hvilke bivirkninger denne har og om naturlige dødsprosesser.
- ▶ Informasjon om dette kan minske angst og fremme idealet om veloverveide valg og råderett over eget liv. (Veilederen, 2013, s 17)

Samtykke

- ▶ For at et samtykke skal være gyldig, må pasienten ha fått den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Videre må pasienten være samtykkekompetent.
- ▶ Med nødvendig informasjon menes (...) formål, innhold, metoder, ventede fordeler og mulige farer og risiki (pasient- og brukerrettighetsloven (5) §§3-2 til 3-4).
- ▶ Informasjon skal gis hensynsfullt, være tilpasset mottakerens forutsetninger og skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje. (Veilederen, 2013, s 12)

Samtykke

- ▶ Helsepersonell er ikke pliktige til å informere om unyttig eller faglig uforsvarlig behandling. (Veilederen, 2013, s 12)
- ▶ At pasientens autonomi skal respekteres, betyr ikke at pasienten eller pårørende kan kreve faglig uforsvarlig eller nytteløs behandling. (Veilederen, 2013, s 9)

«Nytteløs behandling» - noen eksempler

- ▶ Behandling uten effekt, for eksempel verken lindring eller livsforlengelse
- ▶ Sannsynligheten for effekt av behandling er svært liten
- ▶ Nytten av behandlingen er liten i forhold til plagsomme bivirkninger
- ▶ Nytten av behandlingen er svært liten i forhold til kostnadene

Annonse

Annonse

Trygve Johannes Lereim Sævareid

Reidar Pedersen

PUBLISERT 04.02.2020 - 21:03 SIST OPPDATERT 21.02.2021 - 02:27

DEBATT

Sensitive spørsmål

«Vil du at din mor skal få hjerte-lunge-redning?» Dette skal ikke helsepersonell spørre om.

Hva er problemet med at pårørende får spørsmålet?

Det viktigste er hva pasienten tenker eller har tenkt om hjerte-lunge-redning, og hva pårørende eventuelt vet om dette, ikke hva pårørende selv ønsker. Oftest kjenner ikke pårørende til pasientens spesifikke ønsker om



- 
- ▶ Det skal presiseres overfor pårørende at det ikke er de som skal bære ansvar for den endelige avgjørelsen. (Veilederen, 2013, s 27)

«Må vi snakke med pasienten om HLR-..?»

 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	HLR minus: Forhåndsvurdering av å avstå fra hjerte- og lungeredning	
Kategori: Ledelse og styringssystem/Råd og utvalg	Gyldig fra/til:11.12.2024/11.12.2025	
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Fellesdokumenter/Ledelse og styringssystem	Versjon: 1.01	
Godkjenner: Marta Ebbing	Retningslinje	
Dok. ansvarlig: Jørund Langørgen	Dok.id: D76970	

- Skille mellom «beslutning» og «sondering av pasientens tanker og ønsker»

 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	HLR minus: Forhåndsvurdering av å avstå fra hjerte- og lungeredning
Kategori: Ledelse og styringssystem/Råd og utvalg	Gyldig fra/til: 11.12.2024/11.12.2025
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Fellesdokumenter/Ledelse og styringssystem	Versjon: 1.01
Godkjenner: Marta Ebbing	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Jørund Langørgen	Dok.id: D76970

- 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.

* Min uthevelse

 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	HLR minus: Forhåndsvurdering av å avstå fra hjerte- og lungeredning
Kategori: Ledelse og styringssystem/Råd og utvalg	Gyldig fra/til: 11.12.2024/11.12.2025
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Fellesdokumenter/Ledelse og styringssystem	Versjon: 1.01
Godkjenner: Marta Ebbing	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Jørund Langørgen	Dok.id: D76970

- ▶ 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

* Min uthevelse

9 Dokumentasjon, revisjon og evaluering av beslutningen

- ▶ Det må dokumenteres hvilken behandling som skal gis og ikke skal gis, sammen med grunnlaget for beslutningen.
- ▶ Det skal også dokumenteres hvilken informasjon som er mottatt fra og gitt til pårørende og pasient, pasientens ønsker, eventuell uenighet og diskusjoner underveis, og hvilke verdivurderinger som ligger til grunn (jfr hlspl (31) §§ 39 og 40)¹⁸.

9 Dokumentasjon, revisjon og evaluering av beslutningen forts...

- ▶ Dersom pasienten blir overført til en ny institusjon eller avdeling, må det videreformidles hva som er sagt til pasient og pårørende om prognose og behandlingsmuligheter, eventuelt også informasjon om pasientens ønsker.
- ▶ Når man har begrenset livsforlengende behandling, må likevel pasientens tilstand revurderes jevnlig, både fordi situasjonen kan forandre seg og fordi man må sikre at pasienten får adekvat palliativ behandling og omsorg.

Fra eHåndboken, OUS,

Retningslinje



HLR - forhåndsvurdering av å avstå fra hjerte-lungeredning

1. Endringer siden forrige versjon

Revisjon i 2023, oppdatert for å tydeliggjøre skillet mellom pasientautonomi og medisinske vurderinger av behandlingsbegrensninger.
Oppdaterte referanser og lenker. Forenklet.

- ▶ Lenke til journalnotatet (*om beslutningene*) må legges i "**DIPS Kritisk info**" med en kort beskrivelse.
- ▶ Beslutningen skal i samråd med pasienten registreres i **Kritisk informasjon i Kjernejournal**. Kjernejournal skal oppdateres senest ved utskrivelse.

«Kan jeg unngå å snakke med pasienten om HLR minus...?»

- ▶ Hos pasienter oppdatere kritisk opplysningene tjenestenivåer,

Registrer avgrensning av livsforlengende behandling

Obligatoriske felter er markert med *

Dersom en pasient vil motsette seg livsforlengende behandling etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9, skal det nedtegnes i pasientens journal. Pasientens beslutning kan og føres i kjernejournal for å orientere annet helsepersonell. Jeg bekrefter etter samtale med pasient/pårørende at dette er pasientens ønske:

«Jeg ønsker ikke livsforlengende behandling dersom jeg er døende, dvs er i en pågående dødsprosess og vil dø i løpet av kort tid, og jeg er ute av stand til selv å formidle et behandlingsønske. Situasjonen omfatter både akutte tilstander/hendelser og planlagte/forutsigbare tilstander/hendelser»

Gyldig til * 

Kun gyldig inntil ett år frem i tid

REGISTRER **AVBRYT**

handlende lege registrere og er i kjernejournal, slik at handlingssteder og

- ▶ Kilde: Utkast til ny veileder

Dersom en pasient vil motsette seg livsforlengende behandling etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9, skal det nedtegnes i pasientens journal. Pasientens beslutning kan og føres i kjernejournal for å orientere annet helsepersonell. Jeg bekrefter etter samtale med pasient/pårørende at dette er pasientens ønske:

«Jeg ønsker ikke livsforlengende behandling dersom jeg er døende, dvs er i en pågående dødsprosess og vil dø i løpet av kort tid, og jeg er ute av stand til selv å formidle et behandlingsønske. Situasjonen omfatter både akutte tilstander/hendelser og planlagte/forutsigbare tilstander/hendelser»

CARE DELIVERY ReCAP

“When I Heard the Word Palliative”: Obscuring and Clarifying Factors Affecting the Stigma Around Palliative Care Referral in Oncology

Taynara Formagini, MS¹; Claire Poague, MHSA, MSN, RN¹; Alicia O’Neal, MEd¹; and Joanna Veazey Brooks, MBE, PhD^{1,2}



Fra en pasient...

“Even some of my friends, like I’ll tell them I’m seeing PC. They’re like “oh, are you dying?”

I’m like “no, that’s not what it is. It’s just supportive care.”

So that’s probably a big thing. People just don’t get it. [...]

All my friends just like flipped out, the ones that are not in healthcare just freaked out. “Oh, my god.”

“No, you don’t get it.” [81, patient]

Fra en pårørende...

There's a tendency,
when healthcare people are talking about some dire
situation that you are in, or someone you love is in
To hear something and your mind stops and focuses on that
and you don't hear the next sentence, or the next sentence
[...].



There are ways you could present it and say “you could go to palliative care. They take care of you, and they look at overall symptoms and treatments, and it’s a comfortable way to receive what you’ve got.”

He didn’t do that.

[20, caregiver]



“I think the nurses came back after the doctors and were like,
you know, we’re not talking end of life.

It was confusing, but at that point the doctors had not led me
to believe that I was at the end of my life anyway [...].»

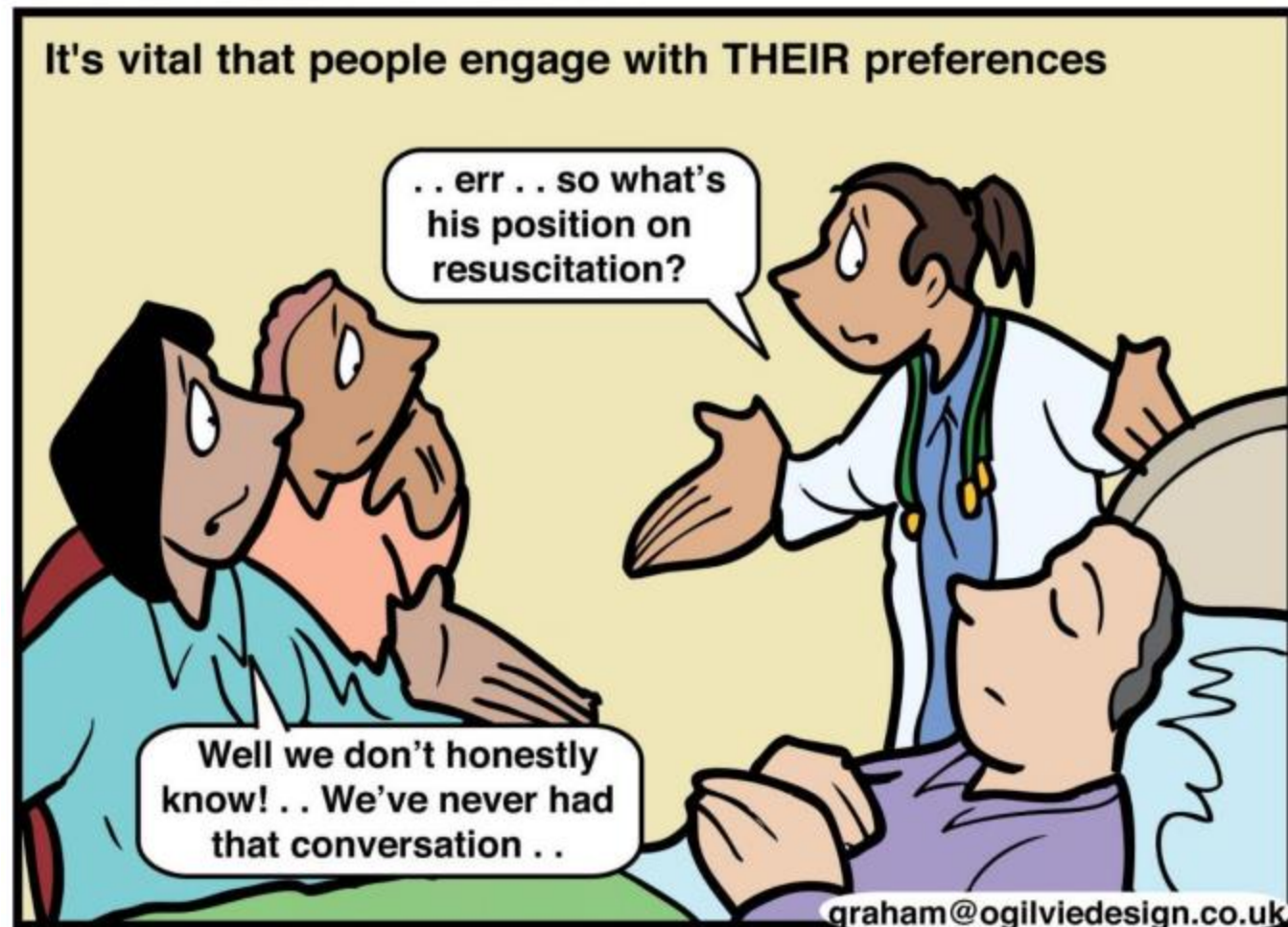


Takk for meg!





Kan vi unngå å havne her...?



- 
- ▶ Disposisjon
 - ▶ Innledning med spm
 - ▶ Hvorfor er HLR tema – puls, retningslinjer, historikk?
 - ▶ Hva sier lovverket, hva sier veileder – ny og gammel
 - ▶ Informasjon og dokumentasjon
 - ▶ Hvorfor så vanskelig og hvordan gjøre det lettere for hverandre
 - ▶ Sykehus versus kommunehelsetjeneste – kjernejournal
 - ▶ Palliasjon og stigma

Lovdata

- ▶ **pasient- og brukerrettighetsloven**
- ▶ **§ 3-2. Pasientens og brukers rett til informasjon:** Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.
- ▶ Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov.
- ▶ Informasjon kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv.
- ▶ **§ 4-9. Pasientens rett til å nekte helsehjelp i særlige situasjoner.**
- ▶ En døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling. Er en døende pasient ute av stand til å formidle et behandlingsønske, skal helsepersonellet unnlate å gi helsehjelp dersom pasientens nærmeste pårørende tilkjennegir tilsvarende ønsker, og helsepersonellet etter en selvstendig vurdering finner at dette også er pasientens ønske og at ønsket åpenbart bør respekteres.

- 
- ▶ Helsepersonell skal ved behandlingsavklaringer ivareta medisinske, helsefaglige og etiske hensyn gjennom en tverrfaglig prosess
 - ▶ behandlingsavklaringer bør baseres på en helhetlig vurdering av pasienten, som inkluderer helse tilstand, funksjonsnivå, grad av skrøpelighet, sykdomsutvikling og prognose, kognitiv funksjon, behandlingsalternativer samt pasientens egne oppfatninger og ønsker
 - ▶ En samtykkekompetent pasienten kan ønske én type behandling og ønske å avstå fra annen. For eksempel kan pasienten ønske antibiotika ved infeksjoner, men samtidig ikke ønske flere sykehusinnleggelser eller gjenopplivingsforsøk ved hjertestans. Pasienter som velger bort livsforlengende behandling, skal fortsatt få god lindrende behandling og omsorg.

- 
- ▶ Når det er enighet i behandlingsteamet om at hjerte-lungeredning ikke skal iverksettes ved hjerrestans, skal dette journalføres og begrunnes.
 - ▶ Det kan være viktig at pasient / pårørende er innforstått med beslutningen.
(Veilederen 2013, s 25)

Når bør begrensning vurderes

- 3 Når bør begrensning av livsforlengende behandling vurderes?.....
- 3.1 Når pasienten ber om det
- 3.2 Behandlingen forlenger en plagsom dødsprosess
- 3.3 Behandlingen forlenger et liv med store plager
- 3.4 Varig opphør av høyere mentale funksjoner
- 3.5 Koma

Fra Veilederen (2013)

- . Beslutninger om å begrense livsforlengende behandling skal dokumenteres i EPJ og begrunnes. Det bør angis når ny evaluering skal finne sted.
Dokumentasjonen må omfatte hvilken behandling som skal og ikke skal gis, det medisinske grunnlaget for beslutningen, hvilken informasjon som er gitt til pasient og pårørende, samt pasientens ønske og eventuelt hva pårørende har opplyst.