

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård 	Riktlinje: Perioperativ behandlingsbegränsning: ställningstagande till behandlingsstrategi avseende livsuppehållande behandling 20250515
	Författare: Fredrik Hessulf, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Mölndal Helena Toss, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå Eva Hannerz Schmidtke, Akademiska sjukhuset Uppsala, Lars Marklund, Sunderby sjukhus.
	Ansvarig delförening: ETOS – Etikföreningen inom svensk förening för anestesi och intensivvård
	Antagen av SFAI:s styrelse augusti 2025
	Planerad revision 20280601
	Sökord Perioperativ, behandlingsbegränsning, behandlingsinriktning.

Perioperativ behandlingsbegränsning: ställningstagande till behandlingsstrategi avseende livsuppehållande behandling

Syfte

Att ge vägledning till anestesilog som (1) ställs inför patienter med tidigare beslut om behandlingsbegränsningar och som ska opereras, samt (2) att identifiera patienter där tidigare beslut om behandlingsbegränsning saknas men ställningstagande till behandlingsbegränsning inför operation är motiverat.

Riktlinjen är framtagen av Svensk förening för anestesi och intensivvårds (SFAI) delförening för etik (ETOS), godkänd av SFAI och riktar sig till anesthesiologer verksamma i Sverige.

Bakgrund

Ett ställningstagande till en eller flera behandlingsbegränsningar (exempelvis ej invasiv ventilatorbehandling, ej hjärt-lungräddning (ej HLR), ej dialys) är uttryck för avsikten att avstå eller avbryta livsuppehållande behandling. Syftet med behandlingsbegränsningen är att undvika behandling som patienten inte vill ha eller inte gagnas av. Patienter gagnas av en behandling om den har en rimlig sannolikhet att hjälpa patienten att överleva och återhämta sig till en livssituation som patienten själv uppfattar som meningsfull.

När är ställningstagande till en behandlingsbegränsning särskilt aktuellt?

- 1) Patienten vill inte ha all behandling (exempelvis HLR, intensivvård, invasiv ventilatorbehandling).
- 2) Behandling bedöms utsiktslös på medicinska grunder.
- 3) Behandling bedöms inte gagna patienten.

För fördjupning avseende skäl som kan motivera beslut att avstå eller avbryta livsuppehållande behandling se Etiska riktlinje för HLR[1] samt SFAIs riktlinje för livsuppehållande behandling[2].

För att underlätta identifiering av patienter i behov av utvidgat samråd om behandlingsbegränsning rekommenderas att ställningstagande görs för ALLA patienter oavsett planerat ingrepp och patientens ASA-klass.

Vad är den perioperativa fasen?

Vad som ingår i den perioperativa fasen är inte helt definierat. Ofta avses perioden från det att patienten anländer till operationsenheten tills att patienten lämnar den postoperativa övervakningsenheten. Den postoperativa övervakningsenheten kan vara både postoperativ uppvakningsenhet (UVA) och IVA. Periodens varaktighet kan vara mycket olika; från någon till några timmar vid enkla ingrepp i regionalanestesi till flera dygn vid större ingrepp. Efter vissa ingrepp och moment kvarstår risken för komplikationer under längre tid. Exempelvis kan cementering av en höftprotes orsaka komplikationer på den postoperativa enheten även om själva cementeringen förlöpt komplikationsfritt[3]. Vid beslut och dokumentation av beslut om behandlingsbegränsning är det rimligt att ange både en tidsmässig begränsning (exempelvis 20221012–13) och en rumslig begränsning (gäller på op, postop, upphör att gälla på vårdavdelning). Beslut om behandlingsbegränsningar bör omprövas efter den perioperativa fasen eftersom förutsättningarna återigen ändras.

Typsituationer

I) Patient med aktuellt beslut om behandlingsbegränsning

Principiellt finns det tre olika förhållningssätt till tidigare beslut om behandlingsbegränsningar:

- 1) Fulla åtgärder under den perioperativa perioden – befintliga behandlingsbegränsningar tas tillfälligt bort.
- 2) Begränsade åtgärder relaterade till situation, åtgärd och patientautonomi. Exempelvis kan man tänka sig att behandla defibrilleringsbara hjärtstopp men avstå behandling av icke defibrilleringsbara hjärtstopp. Patienten överläter ofta till ansvarig läkare att bedöma vilka åtgärder som bör göras.
- 3) Tidigare beslut om behandlingsbegränsning kvarstår oförändrat.

Varför bör ett sedan tidigare dokumenterat ställningstagande diskuteras inför operation?

- 1) Vid byte av vårdenheter (exempelvis byte av sjukhus eller avdelning, till öppenvård eller slutenvård) byts också vårdansvaret och därmed ska ställningstagande till behandlingsbegränsningar omprövas eller bekräftas.
- 2) Beroende på när ställningstagandet gjorts och om patientens tillstånd eller inställning har ändrats kan det finnas anledning att ställa sig frågan vilken giltighet det tidigare ställningstagandet har.
- 3) För vissa behandlingsinsatser, exempelvis HLR, är förutsättningarna unika i den perioperativa fasen. Exempelvis är överlevnaden vid hjärtstopp på operationssal högre jämfört med på vårdavdelning[4, 5] vilket kan motivera ett tillfälligt eller varaktigt upphävande av en behandlingsbegränsning.

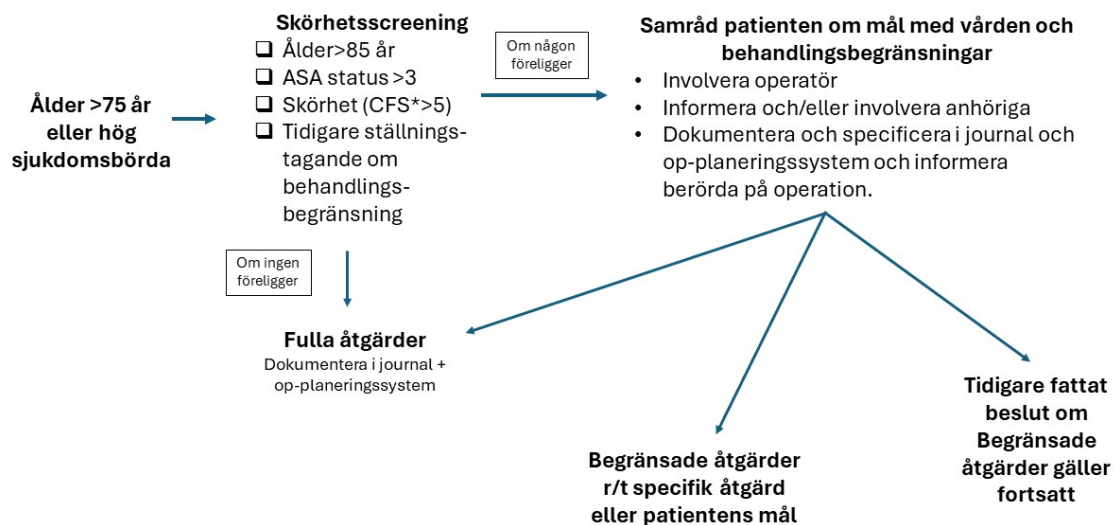
- 4) Operation kan förutsätta att man bortser från tidigare beslut om behandlingsbegränsningar, t.ex. ej invasiv ventilatorbehandling. I dessa fall bör man också besluta under vilka förutsättningar man vid behov fortsätter behandlingen efter operationen eller hur behandlingen ska avslutas om den inte ska fortsätta.

II) Patient utan tidigare beslut om behandlingsbegränsning

Hur förhåller man sig till en patient som löper ökade risker för komplikationer under och efter operation men där tidigare beslut om behandlingsbegränsning saknas?

Denna patientgrupp är större än gruppen patienter där det finns ett tidigare ställningstagande om en behandlingsbegränsning och utgör en större utmaning. Man kan fråga sig vilka patienter som borde bli föremål för samråd om behandlingsbegränsning och här saknas konsensus. Alla patienter som ska opereras, och har risk för ökad morbiditet och mortalitet, bör övervägas för en behandlingsbegränsning. För dessa patienter bör också ställningstagandet att inga behandlingsbegränsningar föreligger dokumenteras tillsammans med motivering. Ställningstagande till behandlingsbegränsning kan också vara motiverat av att operationen i sig självt eller i kombination med patientens akuta/aktuella tillstånd medför ökad risk för komplikationer.

Flödesschemat i figur 1 är ett förslag tänkt att användas som ett screeningverktyg för att identifiera patienter där samråd om behandlingsbegränsning bör ske. Ålder är i sig inte ett kriterium för samråd men kan hjälpa till att identifiera patienter som löper ökade risker för komplikationer.



*CFS=Clinical Frailty Scale (1-9)

Bild 1: Flödesschema för identifiering av patient som bör erbjudas samtal om behandlingsbegränsningar och mål med vården.

Samråd med patient om mål med vården och behandlingsbegränsningar

Samtalet syftar till att utforska vilken inställning patienten har till sin vård och livssituation samt förmedla en bild av förutsättningarna för olika behandlingar (exempelvis invasiv ventilatorbehandling).

Tyvärr är förutsättningarna för samråd sällan goda vid akut sjukdom eller operation. Patienterna har relativt sällan diskuterat frågan med närstående eller sin läkare. Patienten kan, trots stor sjukdomsburda och hög ålder, uppfatta frågor om risker för död eller allvarlig komplikation som främmande. Diskussion om behandlingsbegränsningar ska ske i hela vårdkedjan och är förstås inte enbart aktuell i samband med operation.

Hur och när bör vi samråda om perioperativa behandlingsbegränsningar?

Centralt i denna process är att patienten involveras i den utsträckning patienten kan och vill. Ställningstagande till all behandling inklusive behandling som inte ska ges, exempelvis ej HLR eller ej invasiv ventilatorbehandling, ska så långt det är möjligt utformas i samråd med patienten. I vissa fall saknas förutsättningarna för att involvera patienten så som vid medvetandepåverkan samt om närstående inte går att nå. Då får ansvarig anestesilog i samråd med operatör göra det ställningstagande som man anser bäst ligger i linje med patientens förmodade intresse.

Vid samråd med operatör i den preoperativa fasen är aspekter som patientinställning, ingreppets karaktär (låg-hög risk), nödvändighet (akut livräddande, smärtlindring, palliation), medicinska patientfaktorer och val av anestesimetod lämpliga att diskutera. En diskussion kring relevanta komplikationer och patientens inställning till hantering av dessa såsom behov av upprepade operationer och förlängd intensivvård kan också ingå. Samtalet bör mynna ut i ett ställningstagande som alla berörda bör vara införstådda med och acceptera. Ställningstagandet dokumenteras i patientjournalen och patient och närstående informeras.

Operationsanmälan och ställningstagande till perioperativa behandlingsbegränsningar

Patientens väg till operation varierar från elektiv till urakut. För att öka chansen att ställningstagande sker rekommenderar vi att två check-points införs.

Check-point 1: operationsanmälan

När operationsanmälan gjorts mottas den av operationskoordinator eller anestesilog som säkerställer att alla förutsättningarna för genomförande av operation finns (operatör, patientfasta, tillgängliga operationssalar samt personal). Finns inget ställningstagande till behandlingsbegränsning här kontaktas ansvarig operatör direkt för ställningstagande.

Check-point 2: Anestesibedömning

När anestesilog gör anestesibedömningen finns den andra och sista möjligheten att fånga upp patienter där ett ställningstagande behöver göras. Om anestesilog vill ändra eller klargöra ställningstagandet från check-point 1 kontaktas ansvarig operatör.

Det centrala är att identifiera patienter där samråd mellan patient, operatör/ansvarig läkare och anestesilog bör ske samt tillse att det sker.

Check-in/Time Out innan operationsstart är inte ett bra tillfälle att prata om behandlingsbegränsningar. Patienten är ofta premedicerad, kan vara ångestfylld och generellt i ett utsatt läge.

Dokumentation

Ställningstagande till behandlingsbegränsningar ska dokumenteras av ansvarig läkare (avdelningsläkare, operatör, anestesilog) på lämplig plats i journalen. Uppmärksamhetssymbol i journalen bör användas. I journalanteckning bör framgå vem/vilka som har ansvaret för ställningstagandet (ansvarig läkare), vem samråd skett med (patient, närstående, andra relevanta), skäl till ställningstagandet och i detalj vilka behandlingsbegränsningar som etablerats/upphävts. Varaktigheten och eventuella platsspecifika förutsättningar för ställningstagandet bör också framgå – gäller det en dag, på operationsbordet/preop/Op/postop, under hela den perioperativa fasen? Även ställningstagandet att inga behandlingsbegränsningar föreligger ska dokumenteras och det kan finnas särskilda skäl att motivera detta. Det kan leda till ökad förståelse för handläggning och mindre diskussioner under det fortsatta vårdförloppet. Avsaknad av dokumenterat ställningstagande innebär att det inte föreligger någon behandlingsbegränsning.

Hur hantera behandlingsbegränsningar och eventuella komplikationer under operation?

När ett ställningstagande gjorts är det viktigt att samtliga på operationssalen är informerade om att ställningstagande gjorts, vilket beslut som fattats och skälen till det. Om en komplikation tillstöter under operationen är det grundläggande att det finns en plan för vilka åtgärder som ska respektive inte ska vidtas. Exempelvis: ska HLR påbörjas om cirkulationskollaps tillstöter? Såväl operationspersonal, inklusive operatör, som anestesipersonal, måste vara införstådda med vad som ska och inte ska göras vid eventuell komplikation. För anestesipersonalen är det särskilt viktigt med samsyn avseende vilka åtgärder som är aktuella och konsekvenserna av eventuella behandlingsbegränsningar. En patient som inte ska intuberas måste exempelvis sederas med denna behandlingsbegränsning i åtanke. Observera att det kan uppstå oförutsedda situationer där ansvarig anestesilog kan välja att modifiera eller göra avsteg från tidigare beslut och plan.

Slutsats

Alla patienter som opereras ska ha ett aktuellt ställningstagande till behandlingsbegränsningar. Detta ska vara framtaget i samråd mellan patient, operatör och anestesilog. För att uppnå detta krävs ett förändrat arbetssätt och en tydlig beslutsgång inklusive ansvarsfördelning. En del i detta är att bygga in check-points som säkerställer att ställningstagande görs så tidigt som möjligt men senast i samband med anestesibedömningen. Riktlinjen lyfter fram förslag till hur detta uppnås.

Historik för dokumentets framtagande

Ett utkast framtofs av riktlinjens författare 2022-2023 och presenterades på SFAI & AnIVA veckan i Umeå 2023. Under 2024-2025 skickades remissversionen ut till delföreningar inom SFAI, Riksföreningen för anestesi och intensivvård samt berörda opererande specialitetens specialistföreningar (Svensk Kirurgisk förening, Svensk förening för kärlkirurgi, Svensk urologisk förening, Svensk Internmedicinsk förening, Svensk kardiologiföreningen, Svensk förening för obstetrik och gynekologi, Svensk Förening för maxillofacial kirurgi). Den har även skickats till Svenska Läkaresällskapets Etikdelegation samt , Läkarförbundets Etik och ansvarsråd med flera. Riktlinjen reviderades och antogs av SFAIs styrelse 2025xxxx.

Referenser

1. *Etiska Riktlinjer för hjärt-lungräddning*. 2021.
2. *Livsuppehållande behandling. Behandlingsstrategi inom intensivvården*. 2012.
3. Al-Husinat, L., et al., *Bone Cement and Its Anesthetic Complications: A Narrative Review*. J Clin Med, 2023. **12**(6).

4. Hessulf, F., et al., *Factors of importance to 30-day survival after in-hospital cardiac arrest in Sweden - A population-based register study of more than 18,000 cases*. Int J Cardiol, 2018. **255**: p. 237-242.
5. Ramachandran, S.K., et al., *Predictors of Survival from Perioperative Cardiopulmonary Arrests: A Retrospective Analysis of 2,524 Events from the Get With The Guidelines-Resuscitation Registry*. Anesthesiology, 2013. **119**(6): p. 1322-1339.