



OBS -plan

Overordnet behandlingsplan

Pasient ID:

A

HLR?

Ja
(HLR)

Krever B1- Full
behandling
B-Seksjon

Nei
HLRminus

Naturlig død
tillates

Ved: «Nei» (HLRminus) legges pasient i stabilt sideleie med frie luftveier- ingen HLR

B

☐ **B1: Fullt behandlingsnivå:** Pasienten skal tilbys full medisinsk utredning og behandling, inkludert innleggelse i sykehus når dette vurderes som den beste løsningen. Behandlingen kan omfatte medisinske tiltak som intensivbehandling, operasjoner og bruk av respirator, dersom dette vurderes som medisinsk indisert.

☐ **B2: Middels behandlingsnivå:** Hovedmål er grunnleggende medisinsk behandling, fortrinnsvis lokalt. Sykehusinnleggelse vurderes kun dersom lokal behandling ikke fører fram. Enklere utredninger og begrensede medisinske tiltak kan være aktuelle. Tiltak som intubasjon, respiratorbehandling eller andre intensive inngrep vurderes som ikke aktuelle.

☐ **B3: Palliativt behandlingsnivå:** Hovedmål er lindring, trygghet og en verdig avslutning på livet. Sykehusinnleggelse bør unngås dersom god lindring kan ivaretas lokalt. Konservativ behandling foretrekkes. Enkle tiltak som oksygen, intravenøs væske eller medikamenter kan vurderes ved behov. Sykehusinnleggelse kan vurderes dersom det er nødvendig for lindrende tiltak, og pasienten ikke er i terminalfase (f.eks. ved smertefullt brudd)

* B- seksjonen KRYSS av for enten B1, B2 eller B3. Dersom A: HLR alltid B1.

C

☐ **C1a:** Pasienten vurderes å ha samtykkekompetanse, er informert og har medvirket i beslutningen. Behandlingen er i tråd med pasientens ønsker og forståelse

☐ **C1b:** Behandlingsnivået er fastsatt basert på en medisinsk vurdering, der videre tiltak ikke vurderes å være i pasientens interesse. Beslutningen er fattet enten på grunn av manglende samtykkekompetanse, eller fordi pasienten er i en sen sykdomsfase, hvor slik samtale ikke anses hensiktsmessig eller etisk forsvarlig.

☐ **C2:** Nærmeste pårørende er informert om behandlingsnivået og har fått anledning til å stille spørsmål og komme med innspill, dersom pasienten ønsker dette.

☐ **C3:** Andre behandlingsbegrensninger eller relevante presiseringer – skriv i fritekst (f.eks. Intravenøs behandling, sondeemat, antibiotika, palliativ plan).

* C- seksjonen KRYSS av for enten C1a eller C1b. Kryss av for C2 pårørendeinformatjon og evt. skriv i fritekst på c3

Helsepersonell signatur
(Navn og tittel)

Når ble forhåndssamtale
utført og dokumentert?:

