

Min vårdvilja



VÅRDVILJA

På den här blanketten kan du uttrycka din önskan om behandling och vård. Vårdviljan träder i kraft i en situation då du inte själv har förmåga att fatta beslut om din vård.

Genom vårdviljan kan du försäkra dig om att vården följer dina livsvärderingar och att vårdlösningarna i slutskedet av ditt liv grundas på dina önskemål. Vårdviljan befäster din rätt till självbestämmande: den ska följas om den är tillräckligt tydlig och om man kan utgå från att du inte har ändrat dig.

Definition av vårdvilja

I vårdviljan uttrycker personen sin vilja i en situation då hen inte längre har förmåga att fatta beslut på grund av allvarlig sjukdom, olycka eller annan motsvarande orsak. Viljeförklaringen i vårdviljan är vanligen antingen ett samtycke till framtida vård eller nekande mot sådan. Traditionellt avser vårdviljan alltså en viljeförklaring där personen bestämmer om vården den sista tiden före sin död.

Livet kan till exempel fortsätta länge utan rättslig handlingsförmåga med krav gällande många olika beslut om behandling och vård. Därför finns det möjlighet att i Alzheimer Centralförbunds vårdvilja även ge andra anvisningar om den behandling och vård som man ger sitt medgivande till. Vårdviljan kan med andra ord innehålla önskemål om val av vårdplats och om den dagliga vården.

När är vårdviljan giltig?

En giltig vårdvilja förutsätter att personen i fråga tillräckligt väl förstår dess betydelse och innehåll. Därför är det bra att skriva vårdviljan i god tid, gärna när man är så frisk som möjligt. Vårdviljan kan även göras i ett tidigt skede av progressiv minnessjukdom om diagnosen gjorts tillräckligt tidigt.

Alzheimer Centralförbund uppmanar personer som befinner sig i ett tidigt skede av minnessjukdomen att skriva sin vårdvilja. På så sätt kan man säkerställa att patientens vilja och livsvärderingar respekteras även i sjukdomens medelsvåra och svåra skede.

Samtal vid upprättandet av vårdvilja

När man upprättar en vårdvilja kan man stå inför svåra frågor om behandlingen och om döden. Då bör man tala med den vårdande läkaren, minnesskötaren eller annan yrkesperson som deltar i vården samt med anhörig. En yrkesperson inom hälsovården är skyldig att berätta för patienten om verkan av att dennes vilja efterlevs.

Förvaring av vårdvilja

Vårdviljan bör förvaras hemma bland andra dokument samt som bilaga till de egna patientdokumenten i hälsovårdens patientdatasystem. Vårdviljan kan även skrivas in i Mina Kanta, det nationella elektroniska arkivet för personliga hälsouppgifter (www.omakanta.fi/sv).

Vårdviljan kan kopieras och ett exemplar kan ges exempelvis till en utsedd person som får fatta beslut angående vården när man inte längre själv är kapabel till det.

Vårdviljan är bindande

Lagen om patientens ställning och rättigheter förutsätter att patientens självbestämmanderätt respekteras. Vårdviljan är bindande för hälsovårdens yrkespersonal. Man kan dock avvika från vårdviljan om det finns starka skäl att misstänka att vårdviljan grundats på patientens felaktiga uppfattning om till exempel sjukdomens karaktär och omständigheter i vården eller om det står klart att patienten ändrat sig.

Vårdviljan kan göras skriftligt eller muntligt. Enligt förordningen om patientdokument ska man av en muntlig vårdvilja göra en tydlig markering i dokumenten som sedan styrks av patienten. Om vårdviljan gjorts skriftligt kan den bifogas patientdokumenten.

Strukturen i Alzheimer Centralförbunds vårdvilja

Denna blankett består av två huvuddelar:

A) Bindande viljeförklaringar och

B) Önskemål om behandling och vård

A Delen med bindande viljeförklaringar omfattar beslut om så kallad traditionell vårdvilja i livets slutskede samt möjligheten att bemyndiga någon nära anhörig att fatta beslut angående vården. Vårdpersonalen har rättslig skyldighet att följa denna del.

B Önskemål om behandling och vård däremot är till sin karaktär uttryck för önskan. Även dessa ska följas när det är möjligt, eftersom de berättar om patientens vilja och understryker därmed dennes självbestämmanderätt. I den här delen har även infogats önskemål gällande ekonomiska aspekter.

Var och en kan fylla i valda delar av vårdviljan.

Min vårdvilja

Fullständigt namn _____

Personbeteckning _____

Jag har upprättat denna vårdvilja i händelse av att jag på grund av sjukdom inte har förmågan att förstå och fatta beslut i frågor som gäller min medicinska behandling och vård.

A BINDANDE VILJEFÖRKLARING

Beslut på mina vägnar

1. Intressebevakningsfullmakt

Jag har utfärdat en separat intressebevakningsfullmakt.

2. Utnämmande av ställföreträdare

Jag utser följande person att på mina vägnar fatta beslut angående min vård. Hen har rätt att fatta beslut om min vård i en situation där min vilja inte framgår i detta dokument.

Ställföreträdaren är en anhörig eller vän som man litar på och har diskuterat vårdviljan med.

Ställföreträdarna kan också vara flera.

3. Överlämning av patienthandlingar

- Person som nämns i punkt 2 har rätt att se mina patienthandlingar för beslut angående min vård.
- Person som nämns i punkt 2 har rätt att muntligt få uppgifter som står i patienthandlingarna.

4. Delgivande av uppgifter till mina anhöriga

Jag vill att yrkespersoner utöver ovan nämnda ställföreträdare även delger följande personer nödvändiga uppgifter (t.ex. vistelseort, uppgifter om sjukdom):

Mina beslut angående livets slutskede

Följande ikryssade (X) punkter uttrycker mina önskemål.

Om mitt fysiska tillstånd försämras så att jag behöver medicinsk vård för att förlänga livet:

- Jag vill att jag hålls vid liv så länge det är rimligen möjligt genom att ta till hjälp alla tillgängliga medicinska vårdmetoder.
- Man får inte återuppliva mig om det genom medicinsk bedömning skulle leda till min död och till en förlängning av lidandet.
- Vid beslut angående min vård är livskvaliteten viktigare för mig än att man förlänger livet. Därför ska man ge mig tillräcklig symtomatisk vård (t.ex. smärtlindring) oberoende av dess inverkan på livslängden.
- Jag tillåter läkarna att vidta nödvändiga åtgärder om det efter upprättandet av en vårdvilja har skett medicinska framsteg (som jag inte är medveten om) och som skulle kunna påverka mina slutgiltiga önskemål så att de avviker från önskemålen i denna vårdvilja.

Du kan välja ett eller flera alternativ.

Dessutom vill jag att:

B MINA ÖNSKEMÅL ANGÅENDE BEHANDLING OCH VÅRD

Allmänna önskemål angående vården

1. Jag vill att mina livsvärderingar respekteras när det gäller min vård:

t.ex. viktiga saker
och händelser i livet,
religiös tro, helgdagar och
vilja att delta i gudstjänster
samt uppfattning om en-
samhet och personlig
integritet

B

2. Jag vill att följande uppmärksammas angående valet av vårdplats och innehåll i vården:

t.ex.
önskemål om
vård hemma och vård
dygnet runt, vårdplats och
möblering av rummet samt
användning av teknologisk
säkerhet som en del av
vården

3. Jag vill att man uppmärksammar följande i den grundläggande vården:

t.ex.
favoriträtter och
-drycker, hygien och
påklädning, motions- och
sömnvanor, angenäma
och motbjudande
fritidsintressen och
saker

4. Dessutom önskar jag att:

Detta önskemål
ersätter inte
intressebevaknings-
fullmakten som ska
göras separat enligt lagen
om intressebevaknings-
fullmakt.

Se vidare:
muistiliitto.fi/sv

Önskemål angående ekonomiska angelägenheter

5. Jag vill att följande åsikter uppmärksammas i skötseln av ekonomiska angelägenheter:

t.ex.
konsumtions-
vanor, förvaltning
av egendom för att
möjliggöra den bästa
behandlingen och
vården

B

6. Om man söker intressebevakare till mig enligt lagen om förmyndarverksamhet, hoppas jag att följande person utses till intressebevakare om det är möjligt:

7. Dessutom önskar jag att:

Enligt lagen krävs det ett skriftligt samtycke av anhöriga eller av laglig företrädare till medicinska forskning av vuxen med begränsad handlingsbehörighet.

Deltagande i medicinska forskning

Om mina anhöriga ställs inför situationen att de måste fatta ett beslut om deltagande i medicinska forskning, hoppas jag att följande viljeförklaringar respekteras när beslut fattas.

Följande ikryssade (X) punkter uttrycker min vilja:

- Jag vill delta i medicinska forskning om jag får personlig nytta av dem.
- Jag vill delta i medicinska forskning även om jag troligen inte har någon personlig nytta av dem, förutsatt att andra människor i samma hälsosituation eller i samma åldersgrupp troligen skulle ha nytta av dem.
- Jag vill delta i andra forskning (t.ex. psykologiska test, observationsstudier, statistiska forskning).
- Jag vill inte delta i medicinska forskning.

Dessutom önskar jag att:

HÄRMED STYRKER JAG MIN VÅRDVILJA

Även
en muntlig
vårdvilja är
giltig.

Datum

Underskrift

Vårdviljan förutsätter inte vittnen, men om möjligt är det bra om två vuxna personer bevittnar dokumenten. De kan vid behov tolka vårdviljan.

Vittnen med namnförtydligande

Jag har diskuterat min vårdvilja med följande personer (namn och datum)

Jag har ändrat min vårdvilja (ändringar på extra sida som bilaga)

Datum

Underskrift

Extra sida

Extra sida

Vårdviljan grundas på publikationen om minnessjuka personers självbestämmanderätt av den europeiska paraplyorganisationen Alzheimer Europe, och som ges ut av Alzheimer Centralförbundet.

Vårdviljan har bearbetats och uppdaterats i Alzheimer Centralförbundet så att det passar de finländska förhållandena. I arbetet med uppdateringen har experter i rättsliga frågor inom medicin och social- och hälsovård rådfrågats.



Muistiliitto

Alzheimer Centralförbundet

Alzheimer Centralförbund rf
Böletået 9 B
00240 Helsingfors
09-6226 200
www.muistiliitto.fi/sv

Layout: Alzheimer Centralförbund rf
Tryck: PunaMusta Ab
2017, förnyad utgåva

