



## ETISKA RIKTLINJER VID STÄLLNINGSTAGANDE TILL ATT AVSTÅ FRÅN OCH AVBRYTA LIVSUPPEHÅLLANDE BEHANDLING

I början av 1990-talet kom riktlinjer, dels från Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik dels från Socialstyrelsen, där det specificerades under vilka omständigheter man kan avstå från att inleda och avbryta livs-uppehållande behandling.

Under de senaste 15 åren har patientens självbestämmanderätt stärkts. Det finns därför anledning att se över de etiska riktlinjerna vid ställningstagande till att avstå och att avbryta livsuppehållande behandling.

Frågorna om att avstå från och att avbryta livsuppehållande behandling diskuterades vid en workshop i april 2006; med ledning av denna har delegationen formulerat följande riktlinjer.

Med livsuppehållande behandling avses exempelvis behandling med respirator, dialys, sondmatning (PEG) och vätsketerapi men även behandling med antibiotika, insulin och vätskedrivande medel kan i vissa situationer uppfattas som livsuppehållande behandling.

1. Om en patient är beslutskapabel, välinformerad och införstådd med konsekvenserna av olika behandlingsalternativ ska läkaren respektera patientens önskan om att livsuppehållande behandling inte inleds och att redan inledd behandling avslutas. Detta gäller även i situationer då patienten inte befinner sig i livets slutskede och där behandling medicinskt sett skulle kunna gagna patienten. Läkare ska alltid erbjuda adekvat palliativ behandling.
2. Om en patient inte längre är beslutskapabel och fortsatt behandling inte gagnar patienten bör man respektera patientens tidigare uttryckta önskan om att avstå från att påbörja eller avbryta livsuppehållande behandling.
3. Om en patient inte är beslutskapabel och det inte finns muntliga eller skriftliga direktiv om patientens önskan, bör läkaren om möjligt samråda med de närstående och försöka ta reda på vad patienten skulle ha önskat om han eller hon varit beslutskapabel. Läkaren bör ta med detta i bedömningen av om man ska avstå från att inleda, begränsa eller avbryta livsuppehållande behandling och i dessa fall informera de närstående om olika behandlingsalternativ. Läkaren har det slutgiltiga ansvaret för beslutet att avstå från att inleda eller avbryta behandling.
4. Om en patient är underårig är det speciellt angeläget att vårdnadshavarna, och om möjligt även den underårige, är informerade om tillståndet och konsekvenserna av olika behandlingsalternativ. Samråd är speciellt angeläget vid ställningstagande till att avstå från att inleda eller avsluta livsuppehållande behandling. Läkaren bör alltid ta hänsyn till den unga patientens växande möjlighet att delta i ett vårdbeslut. Även i dessa fall har läkaren det slutgiltiga ansvaret för beslutet att avstå från att inleda eller avbryta behandling.
5. Om en patient vårdas för självmordsförsök, är det viktigt att läkaren ser till att patienten får en adekvat psykiatrisk bedömning och eventuell behandling. I sådana fall måste läkaren avstå från att respektera patientens eventuella fortsatta önskemål om att få dö till dess att psykiatrisk bedömning skett. Fortsatt vård mot en sådan patients önskan måste i så fall baseras på kriterierna i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.
6. Då man är osäker på om en potentiellt livsuppehållande behandling kan gagna patienten är det angeläget att man så tidigt som möjligt samråder med patient och/eller närstående om att prognosen är oviss och att behandlingen kan komma att avbrytas om den visar sig inte gagna patienten.
7. När prognosen är oviss är det viktigt att inleda livsuppehållande behandling och sedan avbryta denna om den visar sig inte gagna patienten. Det är inte etiskt försvarbart att avstå från att inleda behandling om prognosen är oviss med hänvisning till att det är svårt att avbryta en redan inledd behandling.
8. I samband med avslutande av en livsuppehållande behandling måste man se till att patienten erbjuds adekvat palliativ vård, oavsett om patienten befinner sig i livets slutskede eller önskar avsluta livsuppehållande behandling av en kronisk sjukdom.