

# **Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk**

Sven Román, barn och ungdomspsykiater

# Disposition

- A. Oregonmodellen, Sven Román, barn och ungdomspsykiater
- B. Nederländerna, Theo A. Boer, professor i hälsovårdsetik
- C. Dödshjälp och psykiatri, Sven Román
- D. Frågestund

# **A. Oregonmodellen, disposition**

1. Bygger på kapitel i boken, men delvis nya uppgifter
2. Definitioner
3. Läkaretik
4. De sju kriterierna och en kritisk genomgång av tre
5. Analys av årsrapporter
6. Övrig kritik
7. Sammanfattning

# A. Oregonmodellen, disposition

1. **Bygger på kapitel i boken, men delvis nya uppgifter**
2. Definitioner
3. Läkaretik
4. De sju kriterierna och en kritisk genomgång av tre
5. Analys av årsrapporter
6. Övrig kritik

# A. Oregonmodellen, 1: Kapitlet i boken

- *En kritisk granskning av Oregonmodellen*, Anne-Berit Ekström o Mikaela Luthman
- Utgått från kapitlet i min kortfattade bok *Livshjälp*, planerad utg mars 2021
- Disposition utifrån min bok, delvis nya data
- Vill också upplysa: snart 6 svenska kapitel, utöver ovanstående och Boers:
  - Dödshjälpsdebatten i Finland
  - Översatt från norska:
    - De två vägarna till dödshjälp
    - Är det möjligt att skapa en entydig, rättvis och säker dödshjälpslag?

# A. Oregonmodellen, disposition

1. Bygger på kapitel i boken, men delvis nya uppgifter

## 2. Definitioner

3. Läkaretik
4. De sju kriterierna och en kritisk genomgång av tre
5. Analys av årsrapporter
6. Övrig kritik

# A. Oregonmodellen, 2: Definitioner

- **Suicid**

- Ett annat namn för självmord, används inom forskning, från latinets *suicidum* (*sui* = själv, *caedere* = döda). *Suicide* den vedertagna engelska termen. **Använder neutrala termen suicid**, självmord antyder något kriminellt och förlegat att skuldbelägga en person som tagit sitt liv.

- **Dödshjälp**

- Samlingsbegrepp för assisterat suicid, eutanasi och läkarassisterat suicid. **Uppdelning passiv/aktiv dödshjälp missvisande. Att avbryta livsuppehållande behandling**, antingen på önskemål av patienten el beslut av läkaren för att behandlingen bedöms meningslös, **är inte dödshjälp** (benämns ibland passiv dödshjälp), **patienten dör av grundsjukdomen.\***

\*<https://www.smer.se/wp-content/uploads/2017/11/Smer-2017.2-Dödshjälp-En-kunskapssammanställning.pdf>

# A. Oregonmodellen, 2: Definitioner, ff

- **Läkarassisterat suicid**
  - En sorts dödshjälp, läkaren förskriver ett dödligt preparat som patienten intar. Direktöversatt från **den internationellt vedertagna termen *physician-assisted suicide***. Finns i alla länder som tillåter eutanasi samt i flera amerikanska delstater, bl a Oregon.
- **Eutanasi**
  - En form av dödshjälp, **utförs av sjukvårdspersonal**, vanligen av en läkare genom **en injektion direkt till blodbanan**. Finns i bland annat Belgien, Nederländerna och Kanada.
- **Ofrivillig dödshjälp**
  - Nazisternas eutanasiprogram Aktion T4 är inte dödshjälp, inget personerna. Avlivandet av barn, vuxna med psykiska o fysiska funktionsnedsättningar samt judar måste betraktas som mord.



# A. Oregonmodellen, 2: Definitioner, ff

- **Palliativ sedering**

- **Palliativ vård är vård i livets slutskede, sedering innebär att medvetandet sänks**, görs det kraftfullt kan medvetlöshet uppstå. Om patienten bedöms ha högst några dgr el någon v kvar att leva o har ett stort fysiskt o psykiskt lidande, oftast är patienten mycket förvirrad, kan palliativ sedering ges. I Sverige tillåten utifrån smärt- och ångestlindring, syftet får inte vara att förkorta patientens liv. Medicinerna kan ibland som bieffekt påskynda döden. Syftet inte att döda patienten, betraktas inte som dödshjälp.

- **Sluttande plan**

- På engelska *slippery slope*, eg. slipprigt sluttande plan, som en isbacke. Innebär att de ursprungliga kriterierna för att få dödshjälp vidgas. Ett ex.: för att få dödshjälp krävs att patienten har outhärdlig smärta o att överlevnaden bedöms till högst 6 mån. Om kriterierna vidgas till patienter som inte har outhärdlig smärta el 6 månaders överlevnad, de kanske har en kronisk sjukdom el livsleda, har ett sluttande plan uppstått.

# A. Oregonmodellen, disposition

1. Bygger på kapitel i boken, men delvis nya uppgifter
2. Definitioner

## 3. Läkaretik

4. De sju kriterierna och en kritisk genomgång av tre
5. Analys av årsrapporter
6. Övrig kritik

# A. Oregonmodellen, 3: Läkaretik

- **Hippokrates**, ca 460 t 370 f Kr, betraktas som **läkekonstens fader**. Ett av hans viktigaste bidrag till västerländsk medicin är den Hippokratiska eden, som bl a säger. ”**Jag skall icke ge någon gift, även om jag blir ombedd, ej heller ordinera något sådant;**”.\* Denna läkar skola “segrade”.
- **Svenska läkare** svär inte men **vägleds av Hippokrates ed**. **Läkarförbundet** har antagit 19 etiska **regler**. Den första anger att läkaren om möjligt ska bota, ofta lindra och alltid trösta. I den andra regeln står: ”**Läkaren ska besinna vikten av att skydda människoliv och får aldrig vidta åtgärder som syftar till att påskynda döden.**” \*\*

\*<https://www.sls.se/etik/etiska-koder/den-hippokratiska-eden/>

\*\*<https://slf.se/rad-och-stod/etik/lakarforbundets-etiska-regler/>

# A. Oregonmodellen, disposition

1. Bygger på kapitel i boken, men delvis nya uppgifter
2. Definitioner
3. Läkaretik
- 4. De sju kriterierna och en kritisk genomgång av tre**
5. Analys av årsrapporter
6. Övrig kritik

# A. Oregonmodellen, 4: De sju kriterierna

Kriterierna anges i *The Oregon Death With Dignity Act\**, legaliserat 1997, infört 1998. **Namnet antyder att den död som normalt sker inte alltid är värdig.** Kriterierna, fetmarkerat de jag granskar:

1. Muntlig begäran.
2. Skriftlig begäran.
3. **Bekräftelse av diagnos och prognos.**
4. **Bekräftelse av beslutskompetens.**
5. **Psykiatrisk bedömning vid misstanke om bristande beslutsförmåga.**
6. Information om alternativ till dödshjälp.
7. Råd till patienten att informera en nära släkting.

\*<https://www.oregon.gov/oha/ph/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/statute.pdf>

# A. Oregonmodellen, 4: De sju kriterierna, ff

## 3. Bekräftelse av diagnos och prognos:

- 2 läkare ska bekräfta att patienten har ett obotligt sjukdomstillstånd o högst 6 mån överlevnad.
- **Ingen av läkarna behöver vara specialist, inget krav på att remittera till en specialist.**
- Den första bedömningen ska göras av läkaren som har det primära ansvaret för vård o behandling av patientens terminala sjukdom, men **inget hinder** att patienten vid ett nej söka annan läkare, s k *shopping for doctors*. Vet ej förekomst, **när det sker har patienten ofta känt läkaren under kort tid. Då ökar risken att läkaren missar till exempel en depressionsdiagnos.\***
- Lagen anger inte vilka läkare som ska konsulteras för en andra bedömning. **En läkare som har en positiv inställning till dödshjälp kan alltså konsultera en kollega med samma inställning.**

\*[https://dredf.org/assisted\\_suicide/Oncology%20Statement%20on%20AB%20374%20\(Berg\).pdf](https://dredf.org/assisted_suicide/Oncology%20Statement%20on%20AB%20374%20(Berg).pdf)

# A. Oregonmodellen, 4: De sju kriterierna, ff

## 3. Bekräftelse av diagnos och prognos, ff:

- Mkt ofta förmedlar dödshjälpsorganisationen *Compassion and Choice* läkare anknutna till organisationen och positiva till dödshjälp.
- Bedöma överlevnad svårt. Med nya sorters behandlingar som förstärker immunförsvaret har fr a **överlevnaden i många cancerformer**, t ex hudcancer malignt melanom, **ökat drastiskt**.\* Många cancertyper bör istället för terminala sjukdomar med kort överlevnadstid betraktas som kroniska sjukdomar som det går att leva många år med.

\*<https://www.forskning.se/2018/10/22/36601/>

# A. Oregonmodellen, 4: De sju kriterierna, ff

## 3. Bekräftelse av diagnos och prognos, ff:

- Krävs ingen utredning för att fastställa prognosen. Statistik från Oregon visar att **bedömningen om högst 6 mån överlevnad ofta felaktig. Av de som 1998 till 2015 inte tog läkemedlet levde fortfarande 7,8 procent mer än sex månader efter receptförskrivningen.**\*
- Lägg till de som fullbordade det läkarassisterade suicidet > 6 mån efter att receptförskrivningen o de som fullbordade dödshjälpen men annars hade levt > 6 mån. **Sammantaget** innebär det att **sannolikt 10-20 procent** av patienterna hade **levt längre än 6 mån** om de inte hade fått dödshjälp.

\*Information via mejl från Craig New, Research Analyst, Public Health Division, Oregon till palliativläkaren Gunnar Eckerdal, Sahlgrenska universitetssjukhuset, 12 december 2016



# A. Oregonmodellen, 4: De sju kriterierna, ff

## 4. Bekräftelse av beslutskompetens:

- Båda läkarna ska bekräfta att patienten är beslutskompetent.
- Ännu osäkrare bedömning än uppskattningen av överlevnadstid:
  - Läkarens uppfattning om suicid påverkar bedömningen, **läkare som anser suicid är en rationell handling vid fysisk el psykisk smärta bedömer oftare patienter som beslutskapabla.\***
  - **Många patienter** som önskar dödshjälp befinner sig **i en livskris och kan**, precis som suicidnära personer, **med rätt behandling** – psykiatrisk bedömning, samtalsbehandling, vid behov tillägg av medicin, hjälp o stöd från det privata nätverket o vid behov socialtjänst, äldreomsorg, företagshälsovård etc. – återupprätta ett värdigt liv o en fungerande problemlösning och **bli av med sin dödsönskan.**

\*[https://www.cappelendammundervisning.no/\\_dodshjelp-i-norden-etikk-klinikk-og-politikk-9788202616571](https://www.cappelendammundervisning.no/_dodshjelp-i-norden-etikk-klinikk-og-politikk-9788202616571)

# A. Oregonmodellen, 4: De sju kriterierna, ff

## 4. Bekräftelse av beslutskompetens, ff:

- Osäkra bedömningar, ff:
  - **Många som önskar dödshjälp gör det pga oro för vad som kommer att hända dem, ofta baserat på tidigare erfarenheter av någon närståendes död.\***
  - Risker om läkarna har bristande kompetens...
    - .... i psykiatri: underdiagnostik av både livskriser o psykiatriska tillstånd
    - ... i palliativ vård: de har svårare att beskriva den, och det ökar risken att patientens dödsönskan kvarstår.\*\*

\*<https://www.kcba.org/kcba/newsevents/barbulletin/BView.aspx?Month=05&Year=2009&AID=article5.htm>

\*\*[https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/an-indelible-mark-the-response-to-participati-on-in-euthanasia-and-physician-assisted-suicide-among-doctors-a-review-of-research-findings/38E83F6E75B2F3A671CF4820](https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/an-indelible-mark-the-response-to-participati-on-in-euthanasia-and-physician-assisted-suicide-among-doctors-a-review-of-research-findings/38E83F6E75B2F3A671CF48205612498A)

[5612498A](https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/an-indelible-mark-the-response-to-participati-on-in-euthanasia-and-physician-assisted-suicide-among-doctors-a-review-of-research-findings/38E83F6E75B2F3A671CF48205612498A)

# A. Oregonmodellen, 4: De sju kriterierna, ff

## 4. Bekräftelse av beslutskompetens, ff:

- Osäkra bedömningar, ff:
  - **Bedömningen av beslutskapacitet görs lång tid före intaget av det läkemedlet.** Tiden varierar stort, från några dgr till flera år. Den längsta tiden från första muntliga förfrågan om dödshjälp till att patienten svalde medicinen är 4 år och 1 månad (2019). Det **saknas uppgifter om hur ofta det tagit längre tid än sex månader från första förfrågan till att substansen intagits.**
  - **När medicinen intas, är patienten fortfarande beslutskapabel då? Eller omtöcknad av hjärnmetastaser, morfinbiverkningar eller alkohol? Är patientens psykiatriska tillstånd så stabilt att det inte påverkar beslutet?**

# A. Oregonmodellen, 4: De sju kriterierna, ff

5. Psykiatrisk bedömning vid misstanke om bristande beslutsförmåga:

- **Om en av de två läkarna misstänker psykiatriskt/psykologiskt tillstånd påverkar beslutsförmågan: remiss till en psykiater/psykolog för bedömning!** Ett psykiatriskt tillstånd i sig utgör inte något hinder för att få dödshjälp.
- **Sannolikt har många som önskar dödshjälp en psykiatrisk diagnos.** Nederländsk studie: av 138 cancerpatienter med högst 3 mån kvar att leva hade 14 av 30 av de som efterfrågade dödshjälp depression. Den relativa risken för att begära dödshjälp var 4 gånger så stor bland de deprimerade patienterna som bland de icke deprimerade.\*
- **Depression det vanligaste psykiatriska tillståndet förknippat med dödshjälp. Psykiatriska tillstånd är oftast behandlingsbara,** så många av dessa patienter borde istället för dödshjälp få lämplig behandling.

\*<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16116147/>

# A. Oregonmodellen, 4: De sju kriterierna, ff

5. Psykiatrisk bedömning vid misstanke om bristande beslutsförmåga, ff:

- Att bedöma psykiatriskt tillstånd mycket svårt. **Före införandet av dödshjälp i Oregon** tillfrågades 321 psykiatriker om sin förmåga att efter ett möte bedöma om en depression eller en annan psykisk sjukdom påverkar patientens omdöme. **Endast 6 procent var helt säkra på en sådan bedömning.\***
- Svårigheten bedöma **depression** speglas av att överensstämelsen mellan 2 psykiatriker, **interbedömarreliabiliteten, endast är 28 %** efter ett möte med patienten.\*\*
- **Utifrån hög förekomst psykiatriska tillstånd vid dödsönskan, borde inte alla som ansöker om dödshjälp bedömas av en psykiater? Borde det inte krävas flera möten med psykiatrikern?** Oregon motsatt utveckling: de första 5 åren bedömdes var fjärde som fullbordade suicidet, därefter sjunkit, **år 2019 bedömdes 1 patient av 188** av en psykiater.

\*<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8890683/>

\*\*<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23288382/>

# A. Oregonmodellen, disposition

1. Bygger på kapitel i boken, men delvis nya uppgifter
2. Definitioner
3. Läkaretik
4. De sju kriterierna och en kritisk genomgång

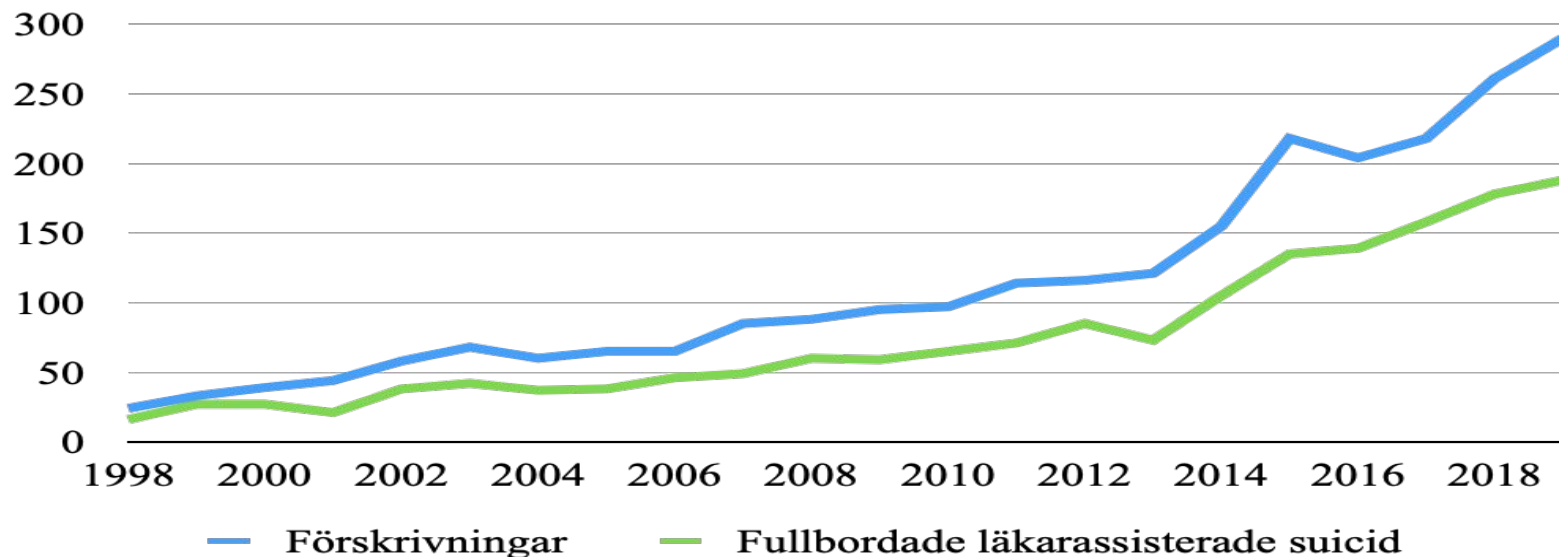
## 5. Analys av årsrapporter

6. Övrig kritik

# A. Oregonmodellen, 5: Analys årsrapporter

Utvecklingen av omfattning av dödshjälp i Oregon

Diagram 1. Antal förskrivna recept och fullbordade läkarassisterade suicid i Oregon 1998 till 2019



# A. Oregonmodellen, 5: Analys årsrapporter, ff

Utvecklingen av omfattning av dödshjälp i Oregon, ff:

- Utveckling över tid av hur många som tagit det dödliga läkemedlet
  - Jämfört med första fem åren en mer än 7-faldig ökning
  - Siffran för 2019 motsvarar 0,52 % av alla avlidna
- 2/3 av patienterna som fått läkemedel utskrivna fullbordat suicidet. Varför tog inte den övriga tredjedelen de dödliga substanserna? **Förespråkarna av dödshjälp brukar hävda att preparaten var en trygghet men att patienterna inte behövde ta dem, men det kan också bero på att patienterna dog innan de skulle ta medicinerna eller för att de hade ändrat sig.**

<https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year22.pdf>

\*\*<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2747689>



# A. Oregonmodellen, 5: Analys årsrapporter, ff

## Suicidfrekvensen minskar inte

- **Förespråkare anför att läkarassisterat suicid skulle kunna senarelägga vanligt suicid och minska suicidtalerna.\*** Hypotesen är att tillgången till ett dödligt läkemedel ger en trygghet för de fysiskt sjuka patienterna och senarelägger deras suicid till en tidpunkt då lidandet blivit outhärdligt, och i vissa fall inte genomförs alls.
- **En studie av suicidtalerna i Oregon och tre andra amerikanska delstater som infört läkarassisterat suicid visar att hypotesen inte stämmer.\*\* Efter legaliseringen har suicidtalerna, om läkarassisterade suicid inkluderas, ökat 6 % mer jämfört med stater utan dödshjälp. I gruppen 65 år och äldre, som innehåller flest fysiskt sjuka, var ökningen 14 %. Båda förändringarna statistiskt signifikanta.**

\*<https://www.semanticscholar.org/paper/How-Does-Legalization-of-Physician-Assisted-Suicide-Jones-Paton/eb01351ce6f3038cbc042e82ce82a8af777e5a52?p2df>

\*\*<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2747689>

# A. Oregonmodellen, 5: Analys årsrapporter, ff

Diagnoserna vid dödshjälp, allt färre med cancer och terminala tillstånd

Diagram 2a. Diagnoser vid dödshjälp i Oregon 1998 - 2012 (681 stycken)

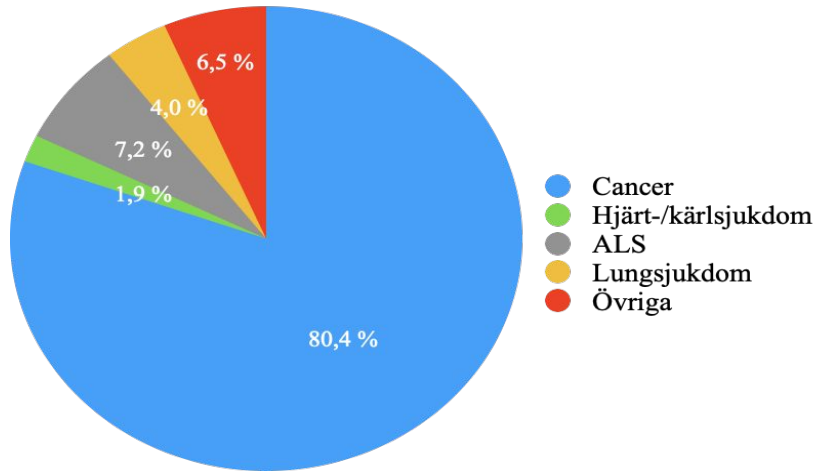
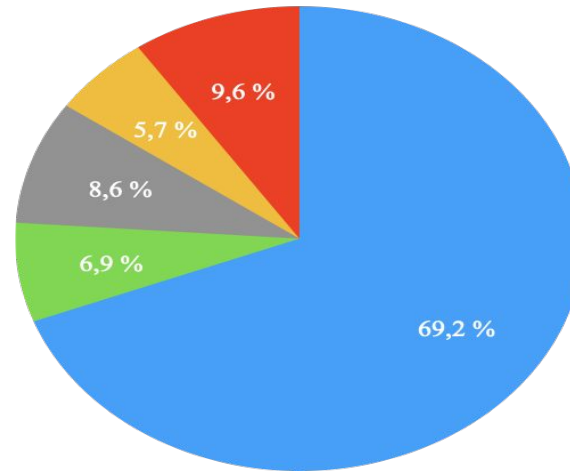


Diagram 2b. Diagnoser vid dödshjälp i Oregon 2017 - 2019 (509 stycken)



# A. Oregonmodellen, 5: Analys årsrapporter, ff

Diagnoserna vid fullbordat läkarassisterat suicid:

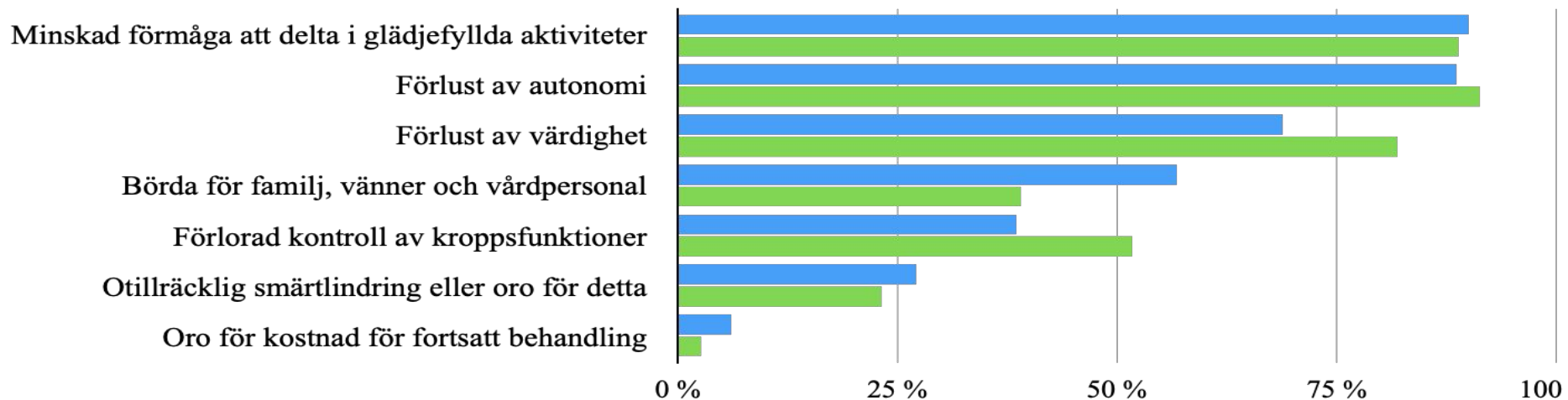
- Första 5 åren hade knappt 2 av 10 annan tillstånd än cancer, de senaste 3 åren drygt 3 av 10
- **Vid dessa tillstånd mer tveksamt om överlevnaden är högst 6 mån.**
- Fabian Ståhle, som också medverkat i antologin, frågade 2017 Oregons hälso- och sjukvårdsmyndighet, OPHD, **om en patient som tackar nej till botande eller livsnödvändig kronisk behandling, till exempel en diabetiker som slutar ta sitt insulin, kan kvalificera sig för dödshjälp.\* Myndighetens forskningsanalytiker Craig New svarade att patienten under dessa förhållanden kan beviljas dödshjälp.**

[\\*https://drive.google.com/file/d/1XopTDjBA2SAVBGBxpDazNN899eTHixSe/view](https://drive.google.com/file/d/1XopTDjBA2SAVBGBxpDazNN899eTHixSe/view)

# A. Oregonmodellen, 5: Analys årsrapporter, ff

## Skälen till dödshjälp

Diagram 4. Fördelning i procent av skälen till dödshjälp för patienter som förskrivits läkemedel och avlidit av dödshjälp eller naturligt 1998-2012 och 2017-2019



# A. Oregonmodellen, 5: Analys årsrapporter, ff

Skälen till dödshjälp:

- **Främst psykosociala, inte** de skäl som företrädare framför: **den obotligt sjuka patienten med svår smärta och ångest**, t ex patienten med den muskelnedbrytande sjukdomen ALS.
- De vanligaste skälen är psykosociala, har med **förlust av autonomi (självbestämmande) o kontroll att göra**. Nästan alla anger förlust av autonomi o minskad förmåga att delta i glädjefyllda aktiviteter.
- **Att vara en börda för familjen: ökat från 4 av 10 första 15 åren till nästan 6 av 10 senaste 3 åren.**
- Ett av förespråkarnas starkaste argument för dödshjälp, **det medicinska skälet otillräcklig smärtlindring, anges bara av var fjärde patient**. En studie visar dessutom att det inte är nuvarande smärta som inger oro utan **i första hand den framtida smärtan som inger oro**.

# A. Oregonmodellen, 5: Analys årsrapporter, ff

## Överrepresentation av självständiga västerlänningar med hög utbildning

- **Nästan bara personer av europeiskt ursprung** som har fått dödshjälp (96 %), en högre andel än i befolkningen som helhet (87 %).\*
- **Mycket välutbildad grupp**, drygt hälften (52 %) har en universitetsexamen (siffran för alla 65 år och äldre är 37 %).\*
- Människor med en speciell personlighet: de har i sina liv i hög utsträckning haft ett stort självbestämmande med mycket kontroll, har varit **”herre i sitt eget hus”**.\*\*\*

\*<https://www.infoplease.com/us/census/oregon/demographic-statistics>

\*\*<https://www.towncharts.com/Oregon/Oregon-state-Education-data.html#Figure2>

\*\*\*<http://www.smer.se/wp-content/uploads/2017/11/Smer-2017.2-Dödshjälp-En-kunskapssammanställning.pdf>

# A. Oregonmodellen, 5: Analys årsrapporter, ff

## Death with Dignity (värdig död)?

- De första 5 åren av dödshjälp fanns alltid sjukvårdspersonal närvarande vid dödsögonblicket, därefter har andelen sjunkit, **2019 var sjukvårdspersonal närvarande i 1/3 av fallen. I knappt vart femte fall (18 %) var den ansvarige läkaren med när patienten avled.**
- I 60 procent av alla dödshjälpsfall har ingen sjukvårdspersonal närvarat, o då **bristfällig kunskap om tidförloppet för dödsprocessen o om det uppstod komplikationer. När patienten väl är död görs ingen obduktion.**
- **Hur många av patienterna dör ensamma? Ingen vet. Är det försvarbart att inte sjukvårdspersonal finns med som en trygghet och för att övervaka när patienten tar sitt liv? Hur vet vi då säkert att patienten tog de dödliga medicinerna frivilligt?**

# A. Oregonmodellen, 5: Analys årsrapporter, ff

Death with Dignity (värdig död)?, ff:

- Komplikationer rapporteras bara om sjukvårdspersonal närvarat. Den mycket allvarliga komplikationen att patienten återfår medvetandet, misslyckad dödshjälp, räknas inte in i statistiken över komplikationer. Det har skett i 8 fall. Tre ex:
  - Patienten återfick medvetandet efter 3,5 dygn, dog av sin sjukdom 3 mån senare.
  - Patienten återfick medvetandet efter 3 dygn, dog av sjukdomen 14 dagar senare
  - Patienten visade minimal respons 2 dygn efter intaget av läkemedlet, dog 6 dagar senare.
- I de sista årsrapporterna så beskrivs det för patienterna som återfick medvetandet inte hur lång tid det tog och hur länge de därefter levde. Anledningen till att rapporterna utelämnat detta förklaras inte.



# A. Oregonmodellen, 5: Analys årsrapporter, ff

## Death with Dignity (värdig död)?, ff:

- Om även fallen där patienten återfick medvetandet bedöms var en komplikation, så har i alla de fall där sjukvårdspersonal var närvarande **andelen med komplikationer ökat o var 11 % 2017-2019**. 2/3 av komplikationerna har varit svårighet att svälja tablettorna eller kräkningar.
- Dödsprocessens längd har varierat. **Medianvärdet från intag av läkmedel till död är 30 minuter, det har ibland tagit flera dygn, som längst i ett fall över 4 dygn. Det saknas detaljerad statistik över hur lång tid det tagit och dessutom har sjukvårdspersonal bara närvarat i 40 % av fallen**
- Årsrapporterna redovisar ett intervall för kortaste respektive längsta tid det tagit från förskrivning till suicid. Statistiken ofullständig, men det går att fastslå att det för minst 6 patienter tagit över 2 år från recept till suicid, o i 18 fall minst 1 år. **En uppskattning är att 25-50 patienter intagit preparaten mer än 1 år efter förskrivningen. Var de då fortfarande beslutskapabla?**

# A. Oregonmodellen, 5: Analys årsrapporter, ff

Vilka läkemedel används och hur fungerar de?

Barbiturater:

- Utvecklades runt 1900, användes mot sömnproblem, ångest och epilepsi.
- **På 1940-talet** upptäcktes att medicinerna gav **ett kraftig beroende o var dödliga** i höga doser. Det var t ex barbiturater som filmskådespelaren **Marilyn Monroe** använde vid sitt suicid 1962.
- I Sverige och övriga västvärlden förskrevs kortverkande barbiturater som sömnmedel ända in på 1980-talet. Kunskapen om beroende- o suicidpotentialen medförde **förbud för de flesta kortverkande barbiturater i Sverige o många andra västländer på 1980-talet,men ej Oregon.**
- **T o m 2014** har 2 barbiturater, pentobarbital o sekobarbital, använts **vid 99 % av alla läkar-assisterade suicid** i Oregon,i de återstående fallen en kombination av barbituraterna el morfin.

# A. Oregonmodellen, 5: Analys årsrapporter, ff

Vilka läkemedel används och hur fungerar de?

- **Pentobarbital** har råkat i **vanrykte**, för att det används vid **dödsstraff** i USA. År 2015 genomfördes dödshjälp i Oregon en enda och en sista gång med pentobarbital
- Läkemedelsbolaget som tillverkar **sekobarbital** förstod den **ekonomiska potentialen** för det enda läkemedel som exklusivt används vid läkarassisterat suicid. Priset för sekobarbital fördubblades 2015 till över 3000 dollar per dos.
- För att inte ekonomi skulle hindra patienter från att få dödshjälp **föreslog förespråkare en cocktail av tabletter till en kostnad av högst 500 dollar**. Kostnaden för läkemedel för dödshjälp täcks inte av den statliga sjukvårdsförsäkringen och ofta inte heller av en privat sjukförsäkring.\*

<https://www.seattletimes.com/seattle-news/health/death-with-dignity-doctors-thwart-steep-price-hike-for-lethal-drug/>

# A. Oregonmodellen, 5: Analys årsrapporter, ff

## Vilka läkemedel används och hur fungerar de?

- I Oregon fick 16 av de 132 som fullbordade dödshjälpen 2015 variant 1 av denna cocktail. Läkemedelsmixen **brände dock i patienternas munnar och halsar, några patienter skrek av smärta**. Cocktail 2 ledde istället till utdragna dödsförlopp: i ett fall tog det 31 timmar, i en femtedel av fallen tog det mer än 3 timmar.\* Sammanlagt tog 67 patienter Cocktail 2.
- Nu provas en tredje cocktail. Inga djurstudier har föregått användningen. I 2 av de fall de senaste åren där patienten återfick medvetandet efter att ha tagit läkemedlen hade en läkemedelscocktail använts.
- 2016- 2018 dog fortfarande > hälften av dödshjälpspatienterna av barbiturater, 2019 dog nästan alla (94 %) av en läkemedelscocktail. Huvudsubstanten är morfinsulfat.

\*<https://www.seattletimes.com/seattle-news/health/northwest-doctors-rethink-aid-in-dying-drugs-to-avoid-prolonged-deaths/>

# A. Oregonmodellen, 5: Analys årsrapporter, ff

Vilka läkemedel används och hur fungerar de?v

- Vi i Sverige upprördes av Paolo Macchiarinis operationer med luftstrupar i plast. De hade inte föregåtts av djurförsök, nu står Macchiarini åtalad för grov misshandel av tre patienter som han opererade på Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm.\* Samtliga dog inom några år efter operationerna under enorma plågor, vävnaden runt plaststruparna ruttnade.
- **Vad säga om de > 300 patienter i Oregon, mångdubbelt fler i hela USA, som fr 2015 fått dödshjälp med en läkemedelscocktail som inte forskats på, där många biverkningar har uppstått och där sjukvårdspersonal bara närvarade i cirka en tredjedel av fallen? I USA har det skapats ett upprop för att FDA, USA:s läkemedelsmyndighet, ska utreda dessa experiment.**

\*<https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2020/09/aklagare-vacker-atal-mot-paolo-macchiarini/>

\*\*<https://citizenngo.org/en-us/182355-investigate-assisted-suicide-lethal-drug-experiments>

# A. Oregonmodellen, disposition

1. Bygger på kapitel i boken, men delvis nya uppgifter
2. Definitioner
3. Läkaretik
4. De sju kriterierna och en kritisk genomgång av tre
5. Analys av årsrapporter
6. Övrig kritik

# 6. Övrig kritik

## Läkarna skyddas, kontrollen mycket bristfällig:

- När läkaren som skrivit ut ett dödligt läkemedel till en patient får besked om att patienten avlidit genom läkarassisterat suicid el naturligt, måste lökaren inom 10 dagar kryssa i ett en- el tvåsidigt formulär o skicka in till sjukvårdsmyndigheten, OPHD. Används det längre formuläret, bestående av 15 frågor, behöver ingen journal bifogas. De senaste åren har läkarna alltid fyllt i det längre formuläret.\*
- Stora brister i rapportering, läkarna vet t ex ofta inte skälen till önskemålet om dödshjälp, därmed beslut med bristfällig information, tveksamt om kriterierna uppfyllda. OPHD inga synpunkter på detta.\*\*
- OPHD granskar rapporteringen, om något är ofullständigt ifyllt el saknas kontaktas läkarna. T o m 2015 har 22 fall av avvikelser rapporterats, ingen påföljd har utdömts, alla läkare anses ha agerat i god tro.\*\*\* Inte ens disciplinåtgärd i ett fall där en skriftlig begäran från patienten saknades.

\*<https://drive.google.com/file/d/1XopTDjBA2SAVBGBxpDazNN899eTHixSe/view>

\*\*<https://www.oregon.gov/oha/ph/providerpartnerresources/evaluationresearch/deathwithdignityact/pages/ors.aspx>

\*\*\*<https://www.kcba.org/kcba/newsevents/barbulletin/BView.aspx?Month=05&Year=2009&AID=article5.htm>

# 6. Övrig kritik, ff

## Läkarna skyddas, kontrollen mycket bristfällig, ff:

- Läkarna kan endast straffas av OPHD, inte straffrättsligt el civilrättsligt. Eftersom de frias om de angett att handlat i god tro, så är **systemet konstruerat så att läkarna skyddas**, även om de gjort fel.
- Det första kvartalet varje år sammanställer OPHD föregående års dödshjälp i en rapport, som utgår från läkarnas egenrapportering. **En del av uppgifterna som inhämtas beläggs med sekretess. Det sker inga intervjuer med läkare som avslagit önskemål om dödshjälp, sjuksköterskor och socialarbetare som vårdat eller träffat patienten eller med familjemedlemmar.**
- Efter publiceringen av årsrapporten förstörs rådatan.\* **Det är inte rättssäkert och gör det svårt att forska på Oregonmodellen. Insynen blir** därmed mycket **begränsad. Med så mager information görs det i princip inga vederhäftiga vetenskapliga studier av Oregons dödshjälp.**

\*<https://publications.parliament.uk/pa/ld200405/ldselect/ldasdy/86/4120905.htm>



# 6. Övrig kritik, ff

## Läkarna skyddas, kontrollen mycket bristfällig, ff:

- I Nederländerna, där informationen också är bristfällig, redovisas ändå enskilda fall o landet utför djupgående femårsanalyser utifrån bl a dödsbevis. Då har man funnit en stor underrapportering och även att felaktig användning av dödshjälp är vanligt. I Oregon genomförs inga sådana analyser.
- Pga bristen på dokumentation, transparens, analyser o studier har sannolikt lagen missbrukats, även om det inte i rapporterna o av OPHD framkommit bevis.\* Några fall av lagöverträdelser har blivit kända, men inte via officiell rapportering.\*\* Detta i sig visar att transparens o dokumentation är bristfällig.
- Sammantaget tycks syftet med rapportering o kontroll vara att skydda läkarna och ge intryck av att Oregonmodellen är vederhäftig. Fokus för uppföljningen tycks vara i vilken utsträckning läkarna följt proceduren, inte om patienten varit behörig för dödshjälp. De regler som ska skydda patientsäkerheten kringgås.**Kort sagt,dokumentation o utvärdering ter sig som ett spel för galleriet.**

\*<https://d3n8a8pro7vhmx.cloudfront.net/australiancarealliance/pages/96/attachments/original/1583727943/Oregon.pdf?1583727943>

\*\*<https://www.dn.se/debatt/replikor/sverige-halkar-inte-efter-i-dodshjalpsfragan/>

# 6. Övrig kritik, ff

## Förfalskning av dödsbevis?

- **OPHD rekommenderar läkarna att i dödsorsaksbevisen ange den underliggande sjukdomen som dödsorsak och att döden varit naturligt.** Läkarna ska alltså inte ange suicid. Detta är märkligt, eftersom **patienten hade levt längre om inte de dödliga substanserna hade intagits och döden inte var naturlig, det är tveklöst läkemedlen som dödar patienten.**
- Är detta ännu ett exempel på att dödshjälpen förskönas och att Oregonmodellen inte är transparent? Myndigheten anger att skälet till rekommendationen är att balansera sekretess för patienten och dennes familj och samtidigt försäkra att det finns fullständigt underlag för statistiska analyser.\*

\*<https://www.oregon.gov/oha/ph/providerpartnerresources/evaluationresearch/deathwithdignityact/pages/faqs.aspx#deathcert>

# 6. Övrig kritik, ff

## Redan tecken på sluttande plan, kommer det fortgå?

- Läkarassisterat suicid förutsätter att patienten själva kan stoppa medicinen i munnen och svälja den. Redan idag kringgås detta genom att **de dödande läkemedlen ibland ges via en sond.**
- Oregons lagutskott bereder ett lagförslag om att tillåta patienter som inte heller kan använda sond att via ett knapptryck få den dödliga substansen injicerad. Går lagförslaget igenom är Oregon en hårsman från verklig eutanasi.<sup>29</sup>
- Finns även ett lagförslag om att ansöka om dödshjälp för ett tillstånd som skulle kunna bli dödligt i en framtid, kringgår därmed 6 mån
- Det hörs också alltfler röster om att patienter med demens ska kunna få dödshjälp.

# 6. Övrig kritik, ff

## Redan tecken på sluttande plan, kommer det fortgå? ff

- Blir nästa fråga varför det ska begränsa till terminalt sjuka med sex månader kvar att leva? Innebär det inte en diskriminering av patienter som är kroniskt sjuka eller kanske bara upplever livsleda? Och är det inte en helt följdriktig utveckling, det är oftast psykosociala skäl bakom önskemålet om dödshjälp och de ökar, medan medicinska skäl är underordnade och minskar i omfattning? Kommer lutningen på det sluttande planet att öka?

# Kapitel 11: Psykiatri och dödshjälp

Disposition:

1. Vad psykiatrin kan göra i mötet med patienter som önskar dödshjälp
2. Problem med dödshjälp inom psykiatrin
3. Konsekvenser av dödshjälp inom psykiat
4. Utvärdering av dödshjälp för psykiatrins patienter

# Disposition

1. **Vad psykiatri kan göra i mötet med patienter som önskar dödshjälp**
2. Problem med dödshjälp inom psykiatri
3. Konsekvenser av dödshjälp inom psykiatri
4. Utvärdering av dödshjälp för psykiatrins patienter

# 1. Vad psykiatrin kan göra i mötet med patienter som önskar dödshjälp

## 1.1 Psykiatrins kärna, förhållningssättet till suicidalitet:

- Vi utgår ifrån att livslusten tappats pga psykisk el social ohälsa
- Vi utgår från att patienten innerst inne vill leva, om lidandet skulle upphöra
- De flesta som gör suicidförsök vill inte dö: samtliga 100 som överlevt fall fr Golden Gate-bron i San Francisco ångrade sig under det 4 s långa fallet\*
- Vi bemöter suicidala patienter med respekt, lyssnar empatiskt, samtal m anhöriga, involverar andra behandlare, försöker inge hopp, ger samtalsbehandling, förändrar ibl medicinering, vuxenpsyk samma erfarenhet: med rätt behandling upphör dödsönskan\*\*

\*<https://www.svd.se/overlakaren-manga->

\*\*Reynolds, C. F., Lenze, E. & Mulsant B. H. (2019). Assessment and treatment of major depression in older adults. *Handbook of Clinical Neurology*, 167, 429–435.

# 1. Vad psykiatrin kan göra i mötet med patienter som önskar dödshjälp, ff

## 1.2 Rationella suicid

- Begripligt om en person levt ett långt liv och drabbats av sjukdom el åldrande?
- Tveksamt om det finns
  - Måste bortse fr att kroppens mekanismer går ut på att leva, att människan är en social varelse som interagerar med andra, att de som överlever en närstående som tagit sitt liv är fyllda av skuld o samvetsqual (sistnämnda orkar inte ta in och i de flesta fall inte önskar,ofta starka skuldkänslor för sin suicidalitet, ger än mer mindervärde o känner är belastning för andra, och undanhåller därför sina tankar)
  - Rationella motsägs av suicidorsknigen: personer > 65 år som suiciderat har nästan alltid (97 % i en studie) psykiatrisk problematik (82 % förstämnginsprobelmatik: bipolärt syndrom el ngn depressionsdiagnos)\*

\*[ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.159.3.450](http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.159.3.450)



# 1. Vad psykiatrin kan göra i mötet med patienter som önskar dödshjälp, ff

## 1.3 Psykisk ohälsa hos patienter som önskar dödshjälp

- Oftast psykosociala orsaker: depression, psykologiskt lidande, förlust av autonomi, rädsla för att förlora kontroll, minskad förmåga att njuta av livet, att vara en börda för andra och livsleda\*
- Sannolikt många psykiatrisk diagnos, studien fr Nederländerna, 14 av 30 terminala cancerpatienter med högst 3 mån återstående livslängd och önskemål dödshjälp hade depression\*\*
- Många av övriga har en livskris/existentiell kris, färgas ofta av underliggande dödsångest
- God info om palliativ vård gör ofta att dödsönskan hos terminala upphör\*\*\*
- Övriga blir sannolikt av med dödsönskan om samma behandling som för övriga suicidala

\*Sulmasy, D. P. (2017). Ethics and the psychiatric dimensions of PAS. I D. A. Jones, C. Gastmans, C. MacKellar (Red.), *Euthanasia and assisted suicide. Lessons from Belgium* (s. 49–64). Cambridge: Cambridge University Press.

\*\*Van der Lee, M. L., van der Bom, J. G., Swarte, N. B., Heintz, A. P., de Graeff, A. & van den Bout, J. (2005). Euthanasia and depression: A prospective cohort study among terminally ill cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23(27): 6607– 6612.

\*\*\*[dn.se/debatt/repliker/sverige-halkar-inte-efter-i-dodshjalpsfragan/](https://dn.se/debatt/repliker/sverige-halkar-inte-efter-i-dodshjalpsfragan/)

# Disposition

1. Vad psykiatrin kan göra i mötet med patienter som önskar dödshjälp
- 2. Problem med dödshjälp inom psykiatrin**
3. Konsekvenser av dödshjälp inom psykiatrin
4. Utvärdering av dödshjälp för psykiatrins patienter

# 2 Problem med dödshjälp inom psykiatri

## 2.1 Svår diagnostik

- Interbedömarreliabiliteten bara 28 % psykiatriker för depression\*, ännu lägre för allmänläkare\*\*
- Forskning på patienter > 65 år:skattningsskalor förbiser sannolikt depression\*\*\*
- Diagnostiken skiljer sig fr somatisk diagnos:
  - ej naturvetenskap, ej fynd fr blodprov, röntgen, cellprov etc
  - deskriptiv, subjektiv bedömning av kluster av symtom, ett visst kluster under viss tid en viss diagnos, stort överlapp symtom, hög samsjuklighet, inget om etiologin, orsaken t tillstånden
  - tillstånden heterogena, behandlingen måste anpassas individuellt\*\*\*\*

\*Freedman, R., Lewis, D. A., Michels, R., Pine, D. S., Schultz, S. K., Tamminga, C. A., ... Yager, J. (2013). The initial field trials of DSM-5: New blooms and old thorns. *American Journal of Psychiatry*, 170(1), 1–5.

\*\*McCormack, R. & Price, A. (2014). Psychiatric review should be mandatory for patients requesting assisted suicide. *General Hospital Psychiatry*, 36(1), 7–9.

--<https://www.svd.se/forskare-racker-inte-att-ge-aldre-antidepressiva>

\*\*\*\*Blikshavn, T., Husum, T. L. & Magelssen, M. (2016). Four reasons why assisted dying should not be offered for depression. *Journal of Bioethical Inquiry*, 14(1), 151–157.

# 2 Problem med dödshjälp inom psykiatri

## 2.2 Osäker prognos

- Överlevnadsprognos enkom på gruppnivå\*, överlevnad ofta flera decennier
- Bedömning om behandlingsresistens också bara möjlig på gruppnivå, behandlingen påverkas på individnivå av t ex:
  - Har patienten haft depression tidigare?
  - Hur gammal är patienten?
  - Hur ser det sociala nätverket ut, har patienten vänner, partner, familj?
  - Vad har patienten för utbildningsnivå?
  - Studerar eller arbetar patienten?
  - Hur är patientens ekonomi?
  - Finns det samsjuklighet och i så fall i vilken omfattning?
  - Finns det missbruk?

\*Blikshavn, T., Husum, T. L. & Magelssen, M. (2016). Four reasons why assisted dying should not be offered for depression. *Journal of Bioethical Inquiry*, 14(1), 151–157.

# 2 Problem med dödshjälp inom psykiatri

## 2.3 Behandlingsmöjligheterna

- Har förbättrats påtagligt sedan 1945, ex evidensbaserad behandling:
  - ECT vid djupa depressioner
  - Litium för att förebygga maniska skov vid bipolört syndrom
  - Psykoterapeutisk beh vid depression o ångest\*
  - Emotionell instabilitet (borderline): senaste 20 år goda resultat flera samtalsbehandlingar\*\*
- Förespråkare anser behandlingsresistent depression ska få dödshjälp, men begreppet tveksamt\*\*\*: stadieindelning av depression svårt o ignorerar psykologisk beh, många bara provat ett antidepressivum och inte fått prova psykoterapi eller annan beh\*\*\*\*, demoralisering o hopplöshet en del av psykiatriska tillståndet och ska arbetas med

\*<https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/originalstudie/2017/01/lakemedelsriktlinjer-for-bipolar-sjukdom-foljs-i-hog-utstrackning/> och <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20743/2017-12-4.pdf>

\*\*Cristea, I. A., Gentili, C. & Cotet, C. D. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 319–328.

\*\*\*Blikshavn, T., Husum, T. L. & Magelssen, M. (2016). Four reasons why assisted dying should not be offered for depression. *Journal of Bioethical Inquiry*, 14(1), 151–157.

## 2 Problem med dödshjälp inom psykiatrin

### 2.4 Vikten av att inge hopp

- En av de viktigaste faktorerna för psykiatrisk behandling, skyddar depressiva patienten från suicid\*
- Positiv förväntningar korrelerar med positiv allians
- Bejakas dödsönskan blir behandlingsrelationen kraftlös el t o m destruktiv, då den förstärker patientens brist på hopp. Riskerar bli en självuppfyllande profetia.

\*Blikshavn, T., Husum, T. L. & Magelssen, M. (2016). Four reasons why assisted dying should not be offered for depression. *Journal of Bioethical Inquiry*, 14(1), 151–157.

# Disposition

1. Vad psykiatrin kan göra i mötet med patienter som önskar dödshjälp
2. Problem med dödshjälp inom psykiatrin
- 3. Konsekvenser av dödshjälp inom psykiatrin**
4. Utvärdering av dödshjälp för psykiatrins patienter

# 3 Konsekvenser av dödshjälp inom psykiatrin

## 3.1 Patienten

- Patient-läkarrelationen bygger på tillit, en grundförutsättning för att den sköra patienter ska öppna sig för psykiatern är att hen vet att psykiatern inte dödar patienten.\*
- Självmord och strävan efter dödshjälp ex på experientellt undvikande (EU), naturliga instinkten att fly ifrån el undvika obehagliga situationer o händelser. Dödshjälp för psykiatriska patienter kan förstärka EU. Vissa psykoterapier arbetar med att ersätta EU med experientell acceptans.\*
- Behandlingsresistens kan överbryggas om behandlingen inte går ut på att kontrollera el minska symtom utan acceptera dem

\*Blikshavn, T., Husum, T. L. & Magelssen, M. (2016). Four reasons why assisted dying should not be offered for depression. *Journal of Bioethical Inquiry*, 14(1), 151–157.



# 3 Konsekvenser av dödshjälp inom psykiatri, ff

## 3.2 Suicidtal

- Dödshjälpsförespråkare hävdar läkarassisterat suicid kan senarelägga suicid o minska suicidtal.\* Hypotesen: tillgång t ett dödligt läkemedel ger en trygghet för de fysiskt sjuka patienterna, vilket senarelägger deras suicid till en tidpunkt då lidandet blivit outhärdligt, och i vissa fall inte genomförs alls.
- Statistik från Nederländerna och fyra delstater i USA visar det motsatta: .
  - Nederländerna, korrigering för befolkningstal, ökning 2007-2017:
    - Dödshjälp 198 %
    - Suicid 36 %, i jämförbara länder oförändrade el lägre suicidtal
  - Fyra delstater i USA 1990-2013, delstater som legaliserat dödshjälp jfm övriga\*:
    - Suicidtal ökat 6 % (läkarassisteras suicid inkluderade)
    - I gruppen > 65 år ökning 14 %

\*<https://pdfs.semanticscholar.org/6df3/55333ceecc41b361da6dc996d90a17b96e9c.pdf>

# 3 Konsekvenser av dödshjälp inom psykiatri, ff

## 3.3 Behandlaren och psykiatern

- Hur ska behandlaren ska skifta ml två diametralt motsatta sätt att bemöta patienten, inge hopp el acceptera patientens förtvivlan.\* Kommer tala med kluven tunga.
- Behandlaren kan agera åå den subtila negativa kommunakitsiton som kan uppstå i behandlar-patientrelationen\*
- Kan psykiatern av mkt press o lite resurser subtilt medverka till att patienten söker dödshjälp?\*

\*Blikshavn, T., Husum, T. L. & Magelssen, M. (2016). Four reasons why assisted dying should not be offered for depression. *Journal of Bioethical Inquiry*, 14(1), 151–157.

\*\*<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700013>

# 3 Konsekvenser av dödshjälp inom psykiatri, ff

## 3.3 Behandlaren och psykiatern, ff:

- 30-50 % av läkare som deltar i dödshjälp känner psykologisk obehag, 15-20 % upplever bestående negativ påverkan.\*
- Nederländernas psykiatriker avvisar dödshjälp psyk, motståndet ökat fr 53- 63 % 1995 till 2015.\*\*
- Suicidal för läkare > övr befolkningen, för kvinnliga läkare fördubblad.\*\*\* Kan suicidalerna öka? Ej beforskat, men att vara närstående till ngn som suiciderat ökar risken för eget suicid.\*\*\*\*

[\\*https://doi.org/10.1017/S1478951519000518](https://doi.org/10.1017/S1478951519000518)

[\\*https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/05/23/derde-evaluatie-wet-toetsinglevensbeeindiging-op-verzoek-en-hulp-bij-zelfdoding](https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/05/23/derde-evaluatie-wet-toetsinglevensbeeindiging-op-verzoek-en-hulp-bij-zelfdoding)

\*\*\*<http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Nya-ron/2017/03/Partners-suicid-okade-risk-for-suicid-psykisk-och-somatisk-sjukdom/>

\*\*\*\*från [https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.161.12.2295?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed](https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.161.12.2295?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed)

# Disposition

1. Vad psykiatrin kan göra i mötet med patienter som önskar dödshjälp
2. Problem med dödshjälp inom psykiatrin
3. Konsekvenser av dödshjälp inom psykiatrin
- 4. Utvärdering av dödshjälp för psykiatrins patienter**

## 4. Utvärdering av dödshjälp för psykiatrins patienter

- I alla länder o regioner inkluderas psykiatrisk patienter, om inte önskemålet om dödshjälp bedöms påverkas av det psykiatriska tillståndet
- Redogör för dödshjälp för psykiatriska patienter i Belgien o Nederländerna, eutanasi o läkarassisterat suicid, ingår bara de som pga sitt psykiatriskt tillstånd önskar dödshjälp. Har redan gått igenom bedömningen av psykiatriska patienter i Oregon.

# 4. Utvärdering av dödshjälp för psykiatrins patienter, ff

## 4.1 Belgien och Nederländerna

### 4.1.1 Förekomst

- Legaliserades 2002
- Initialt enstaka patienter, 2018 57 resp 67 stycken\*

\*<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/euthanasie-chiffres-de-lannee-2018> och <https://www.euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/uitspraken/jaarverslagen/2018/april/11/jaarverslag-2018>

# 4. Utvärdering av dödshjälp för psykiatrins patienter, ff

## 4.1 Belgien och Nederländerna, ff

### 4.1.2 Diagnoser

- Oftast förstämningssyndrom\*
- Belgisk studie: 54 % som ansökte om dödshjälp hade emotionell instabilitet, flera beviljades, liksom de som hade autism\*\*
- Ca hälften 2 el flera psykiatriska tillstånd
- I Nederländsk studie 6 % neurokognitiv nedsättning, ännu svårare bedöma beslutskompetens\*

\*<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2887> och <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/euthanasie-chiffres-de-lannee-2018>

\*\*<https://bmjopen.bmj.com/content/5/7/ e007454>

# 4. Utvärdering av dödshjälp för psykiatrins patienter, ff

## 4.1 Belgien och Nederländerna, ff

### 4.1.2 Diagnoser, ff:

- Enskilda fall:

- 25-årig kvinna som Dirk De Wachter, belgisk professor i psykiatri, beviljade eutanasi. Han ansåg att hon egentligen inte led av en klinisk depression, utan hade existentiella problem. Hon kunde helt enkelt inte se något syfte med sitt liv. Hennes föräldrar, lade De Wachter till, hade bönat och bett om att deras dotter skulle få dö.\*
- 29-åriga Aurelia Brouwers med EIPS och självskadebeteende, men fysiskt helt frisk.\*\* Hon drev under flera år en kampanj i Nederländerna för dödshjälp för psykiskt sjuka och ungdomar. I sociala medier publicerade hon bilder på sig själv o artiklar som beskrev hennes kamp för dödshjälp. Till slut beviljades hon läkarassisterat självmord av Livenessindexkliniek, sista v av sitt liv var hon mycket stressad o självskadade sig frekvent, den 26 januari 2018 svalde hon det dödliga läkemedlet.

\*<https://www.newyorker.com/magazine/2015/06/22/the-death-treatment>

\*\*<https://www.bbc.com/news/stories-45117163>



# 4. Utvärdering av dödshjälp för psykiatrins patienter, ff

## 4.1 Belgien och Nederländerna, ff

### 4.1.3 Svåra fall:

- En 20-30 år gammal kvinna, utsatt för sexuella övergrepp från 5-15 års ålder, fick i Nederländerna eutanasi 2015.\* Hon bedömdes ha en behandlingsresistent PTSD. Hon hade även bl a anorexi, kronisk depression o självskadebeteende. Dessutom fysiskt svag, var helt sängbunden. Två år före sin död sökte kvinnan upp en ny läkare o fick en intensiv traumabehandling, som under en period delvis var framgångsrik. Behandlingen övergavs 2015 då en oberoende konsult bedömde att patienten aldrig skulle tillfriskna.

\*<https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken/publicaties/oordelen/2015/psychiatrisch/oordeel-2015-64>

# 4. Utvärdering av dödshjälp för psykiatrins patienter, ff

## 4.1 Belgien och Nederländerna, ff

### 4.1.3 Svåra fall, ff:

- NP-diagnos, exempelvis ADHD och autismspektrumtillstånd (AST):
  - En studie i Nederländerna av dödshjälp för 9 patienter m intellektuell funktionsnedsättning el AST sammanfattar:
    - bedömningarna är mycket bristfälliga
    - svårt att bedöma autonomi och beslutskapacitet vid dessa tillstånd,
    - testerna som gjordes inte var till- räckligt stringenta
    - det är särskilt svårt att bedöma lidande för patienter som har haft livslång funktionsnedsättning\*
  - Fall fr Belgien:
    - En 38-årig autistisk kvinna.\*\* Familjen har ifrågasatt patientens autismdiagnos, fastställd 2 månader innan dödshjälpen utfördes. De hävdar att hon hade en depression orsakad av en nyligen avslutad kärleksrelation. Ärendet har anmälts till vanlig domstol.

\*<https://doi.org/10.1186/s12910-018-0257-6>

\*\*<https://www.medscape.com/viewarticle/909233>

# 4. Utvärdering av dödshjälp för psykiatrins patienter, ff

## 4.1 Belgien och Nederländerna, ff

### 4.1.4 Könsfördelning

- Minst 70 % kvinnor.\*
- Märkligt: för självmord tvärtom, 4 av 5 i EU 2011-15 var män
- Könsfördelningen anmärkningsvärd, kvinnor gör betydligt fler suicidförsök, men använder oftare tabletter. Det ökar chansen att överleva, vilket är en delförklaring till kvinnors lägre suicidtal. Att kvinnor använder mindre definitiva metoder för sina självmordsförsök kan vara ett uttryck för att de är mer ambivalenta i beslutet om de verkligen vill dö. Genom dödshjälp dör de obönhörligen.

\*<https://bmjopen.bmj.com/content/5/7/e007454>

\*\*<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2887>

# 4. Utvärdering av dödshjälp för psykiatrins patienter, ff

## 4.1 Belgien och Nederländerna, ff

### 4.1.5 Ålder

- Betydligt yngre än övriga patienter, av samtliga som fick dödshjälp i Belgien 2014-2017 var 1,4 procent < 40 år, motsvarande siffra för psykiatriska patienter var 21 %.\* Nederländerna visar liknande resultat. Svårförståeligt, då psykiatriska tillstånd, som beskrivits ovan, har en lång förväntad överlevnad och oftast är behandlingsbara.

### 4.1.6 Bristande regelverk

- Nederländsk studien\*\*<sup>2</sup>: i över hälften av fallen var inte alla behandlingsmöjligheter uttömda, då patienten vägrat ta del av något el några alternativ som hade kunnat förbättra deras tillstånd. Drygt ¼ dog med hjälp av en läkare som inte tidigare varit inblandad i deras behandling o som bara känt patienten några dagar eller veckor.\*\*
- Vanligt att läkarna inte var överens att kriterierna för dödshjälp var uppfyllda o den oberoende o obligatoriska psykiatriska bedömningen saknades.
- Eventuella brister i hanteringen av dödshjälpen påpekas av anhöriga till patienterna, inte av de granskande myndigheterna.

\*[https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/7\\_rapport-euthanasie\\_2014-2015-fr.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/7_rapport-euthanasie_2014-2015-fr.pdf) och [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/8\\_rapport-euthanasie\\_2016-2017-fr.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/8_rapport-euthanasie_2016-2017-fr.pdf)

\*\*<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2887>

\*\*\*Appelbaum, P. S. (2016). Physician-assisted death for patients with mental disorder – reasons for concern. *JAMA Psychiatry*, 73(4), 325–326.

# 4. Utvärdering av dödshjälp för psykiatrins patienter, ff

## 4.1 Belgien och Nederländerna, ff

### 4.1.7 Shopping for doctors

- I båda länderna kan en patient som nekats dödshjälp av en läkare vända sig till andra läkare för både en “second” o “third opinion”, s k ”shopping for doctors”.
- I Belgien finns en enskild psykiater som ensam står för 35-50 % av landets dödshjälp för psykiatriska patienter.\*
- I Nederländerna bistår ofta den särskilda eutasikliniken Levensidekliniek i Haag med en “second opinion”.
  - Startade 2012
  - Ett halvt dussin mobila team kan ge patienter den dödliga injektionen i deras egna hem
  - 2017 stod Levensidekliniek för 62 % av all dödshjälp till psykiatriska patienter.\*\*

\*[https://bmjopen.bmj.com/content/5/7/e007454.responses#euthanasia-for- psychiatric-patients-ethical-and-legal-concerns-about-the-belgian-practice](https://bmjopen.bmj.com/content/5/7/e007454.responses#euthanasia-for-psychiatric-patients-ethical-and-legal-concerns-about-the-belgian-practice)

\*\*från <https://www.euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/uitspraken/ jaarverslagen/2017/mei/17/jaarverslag-2017>