

Peticions de PRAM per persones amb problemes de salut mental

Finalitat

La demanda d'ajuda a morir en persones amb malaltia mental és una realitat que es planteja en l'aplicació de la LORE i pot topiar amb les dificultats d'interpretació de la norma, atès que no en fa un esment particular. En els països que ens han precedit en la regulació de l'ajuda a morir, les peticions d'eutanàsia o suïcidi assistit per raó de salut mental representen un baix percentatge, però sovint tenen previsions específiques que no té la llei espanyola. Encara que la LORE contempla el control previ que permet garantir millor la valoració de cada sol·licitud, l'excepcionalitat d'aquests casos i les seves característiques aconsellen fer-ne una reflexió acurada que sigui d'ajuda als professionals i als ciutadans. És molt important disposar de pautes i criteris que permetin valorar, en el trastorn psiquiàtric, la capacitat de decisió de la persona i el patiment associat com a raó per sol·licitar la PRAM.

Les persones amb un patiment insuportable a causa d'un problema de salut mental tenen el dret a sol·licitar la PRAM amb igualtat de condicions a aquelles en que el patiment l'ocasiona una patologia somàtica. La major especificitat que comporta la patologia mental fa convenient aquesta reflexió de la Comissió de Garantia i Avaluació de Catalunya (CGAC) per ajudar als metges responsables, consultors, i membres de la CGAC a l'hora de valorar sol·licituds i emetre resolucions de persones amb un problema de salut mental.

De què parlem

Dels trastorns mentals recollits a les classificacions internacionals de l'Organització Mundial de la Salut (CIE-10 i CIE-11) i de l'Associació Psiquiàtrica Americana (DSM5). És a dir, de la presència d'un trastorn psiquiàtric que, per si mateix, pot ser el motiu que provoca que una persona sol·liciti la PRAM. En aquest document no es tracten les situacions on el patiment insuportable l'ocasiona l'edat avançada, els problemes psicosocials, la soledat i les experiències de pèrdua, les quals tenen una consideració diferent d'aquelles que tenen un diagnòstic confirmat de malaltia mental.

Què diu la LORE

La LORE no exclou expressament la malaltia mental. De fet, aquesta es pot emmarcar en els supòsits que defineix l'art. 3 b) i 3 c) quan fa referència a *patiment greu, crònic i impossibilitant* i a *malaltia greu i incurable*.

b) «Patiment greu, crònic i impossibilitant»: situació que fa referència a limitacions que incideixen directament sobre l'autonomia física i activitats de la vida diària, de manera que no permet valer-se per si mateix, així com sobre la capacitat d'expressió i relació, i que porten associat un patiment físic o psíquic constant i intolerable per a qui el pateix, amb la seguretat o una gran probabilitat que aquestes limitacions persisteixin en el temps sense una possibilitat de cura o millora apreciable. A vegades, pot implicar la dependència absoluta de suport tecnològic.

c) «Malaltia greu i incurable»: la que, per la seva naturalesa, origina patiments físics o psíquics constants i insuportables sense una possibilitat d'al·leujament que la persona consideri tolerable, amb un pronòstic de vida limitat, en un context de fragilitat progressiva.

Si bé és cert que en la majoria de situacions en que la petició sigui per raó del patiment que genera la malaltia mental no tindrem un pronòstic de vida limitat -un dels requisits de l'art. 3 c)-, no és descartable que se'ns plantegi un escenari de malaltia somàtica i trastorn mental alhora, amb pronòstic vital limitat i alta fragilitat. Alhora, pot donar-se el cas de trastorn mental cronificat, amb gran patiment i limitacions tals per la persona que l'hagin portat a fer intents de suïcidi previs, no reeixits, i que l'escenari de mort propera pretesa i desitjada sigui real. Per tant, no podem afirmar que el 100% de casos hagin d'encaixar sempre en el supòsit de l'art. 3 b), tot i que sigui el més freqüent.

Els professionals que han d'avaluar el cas i els membres de la CGAC caldrà que revisin el compliment dels requisits exigits per l'apartat b) de l'article 3:

- Que la situació genera limitacions que incideixen sobre l'autonomia física (activitats bàsiques de la vida diària), sobre la capacitat d'expressió i relació, etc.
- Que comporta patiment físic o psíquic constant i intolerable per a qui ho pateix.
- Que hi ha seguretat o gran probabilitat de que aquestes limitacions persistiran en el temps sense possibilitat de curació o millora apreciable.

Les possibles situacions de patiment insuportable per malaltia mental per les que es podria sol·licitar la PRAM

- 1) **Coexistència de patologia mental i somàtica.** Quan la decisió per demanar l'ajuda a morir deriva del patiment greu que genera una malaltia somàtica, però alhora existeix una patologia mental concurrent que pot fer dubtar dels motius de fons de la petició i alhora de la capacitat de fet per formular la sol·licitud.

En aquest cas cal verificar que, malgrat el diagnòstic de malaltia mental, hi ha plena capacitat de fet de la persona, que concorren els requisits referents a la malaltia somàtica i evitar que l'existència del diagnòstic de trastorn mental suposi una predisposició que impedeixi no valorar correctament el patiment global -somàtic i psicològic- que experimenta la persona. Cal ponderar bé l'experiència de patiment que refereix el pacient.

- 2) **Trastorn mental secundari a una malaltia física.** El malestar emocional i trastorns psicopatològics i desadaptatius formen part de la càrrega simptomàtica que genera patiment. L'objectiu apart del possible tractament de la malaltia física, si el tenim, és proposar al pacient mesures per millorar o pal·liar el trastorn psicopatològic concurrent, per veure si disminueix la percepció del patiment associat i, per tant, potser també la voluntat de morir. La manca de resposta o la nul·la probabilitat de millora simptomàtica pot avalar la sol·licitud. En darrer terme, caldrà, com sempre, valorar amb cura la capacitat per a decidir de la persona.
- 3) **Malaltia psiquiàtrica que genera patiment greu, crònic i impossibilitant.** Quan la decisió per demanar l'ajuda a morir estigui motivada exclusivament per patir una malaltia psiquiàtrica que genera patiment greu, crònic i impossibilitant, com podria ser la depressió major, també caldrà valorar, com en la resta de situacions, amb cura la capacitat per determinar si la malaltia psiquiàtrica influeix en aquesta.

La delimitació del trastorn mental

D'acord amb el DSM-5, un trastorn mental és: *Una síndrome, caracteritzada per símptomes clínicament significatius de la funció cognitiva, la regulació emocional o el comportament d'una persona, que és una manifestació de disfunció en els processos psicològics, biològics o del desenvolupament subjacent a la seva funció mental.* Els trastorns mentals s'associen, en diversos graus, intensitat i durada, amb angoixa significativa i/o deteriorament social, laboral o altres activitats importants. Aquí no es consideren els trastorns mentals amb símptomes psicològics o queixes com a resposta a situacions estressants o al dol per pèrdues, per exemple, per la mort d'un ésser estimat. Tampoc es poden considerar trastorns mentals els comportaments que socialment generen conflicte entre un individu i la societat (p.e. per raons polítiques, religioses o de gènere), a excepció que el conflicte sigui el resultat d'una disfunció mèdica de l'individu

L'edat avançada, els problemes psicosocials, la soledat i les experiències de pèrdua també poden ser viscudes com un patiment insuportable, però tindrien una consideració diferent d'aquelles que tenen un diagnòstic confirmat de malaltia mental.

Quina es la incidència de petició de PRAM per trastorn mental?

L'eutanàsia o suïcidi assistit per motiu psiquiàtric augmenta progressivament en països on està permesa. Encara que la societat i la manera com es presta l'ajuda a morir a Holanda i Bèlgica son considerablement diferents a la nostra, la revisió feta per Calati R i col·laboradors¹ pot ser d'utilitat:

El nombre de sol·licituds per trastorn mental és baix. Als Països Baixos, en el període 2009-2019 el percentatge de sol·licituds d'eutanàsia o suïcidi assistit per motiu

¹ Calati R, Olié E, Dassa D, Gramaglia C, Guillaume S, Madeddu F, Courtet P. Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: A systematic review of the literature. J Psychiatr Res. 2021 Mar;135:153-173. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.12.006. Epub 2020 Dec 3. PMID: 33486164

psiquiàtric va augmentar del 0% a l'1,07% (de 0 a 68 casos). A Bèlgica, durant el període 2002–2013, l'eutanàsia o suïcidi assistit per motiu psiquiàtric va passar de 0% a 2,2% (de 0 a 40 casos).

Les persones que van sol·licitar i rebre l'eutanàsia o el suïcidi assistit tenien un perfil similar a les persones que realitzen una temptativa de suïcidi.

A Holanda i Bèlgica, les dones són qui fan més sol·licituds de PRAM per motius de trastorn mental i qui més la reben (70 - 77%). Aquesta també es la proporció de dones que realitzen temptatives de suïcidi, encara que els homes són els qui més moren per suïcidi ja que utilitzen mitjans més letals. La taxa més alta de dones que sol·licita la PRAM per motius de salut mental està relacionada amb les seves diferents expectatives socials i culturals i perquè pateixen més trastorns afectius, que és el principal diagnòstic de les persones que sol·liciten la PRAM. La sol·licitud de la PRAM també s'incrementa amb els trastorns de l'estat d'ànim i de la personalitat, i comorbiditat física, especialment dolor físic.

La PRAM no hauria de ser alternativa al suïcidi

Estudis realitzats a Holanda mostren que entre un 16 i un 22% dels pacients amb trastorns mentals als que se'ls hi denega una sol·licitud, acaben suïcidant-se, però la PRAM no hauria de ser una alternativa al suïcidi. Sense dubte és una forma més humana de morir, menys violenta i menys solitària. ***Els pacients psiquiàtrics en la fase aguda de la seva malaltia que podrien fer temptatives de suïcidi no tenen aquestes característiques, però si formulen la PRAM en situació de compensació de la malaltia i amb plena capacitat de fet, cal valorar el cas sense descartar-lo a priori pel fet de tenir un antecedent d'intent de suïcidi.***

Cal recordar que, tot i la valoració favorable a la PRAM que es pugui donar en un cas de trastorn mental o en qualsevol altre, l'opció de desdir-se sempre la té la persona fins el darrer moment, i això no ha de condicionar la possible valoració. En un estudi realitzat en 100 persones que havien demanat l'eutanàsia (Thienpont et al., 2015a)², en 48 que es va informar favorablement la sol·licitud, en 35 ocasions es va realitzar l'eutanàsia però 11 persones van ajornar o cancel·lar la petició i altres 2 es van suïcidar abans de rebre la prestació (citats per Calati R et al.).

El metge responsable

Per a valorar una sol·licitud de PRAM, sempre és útil tenir una visió longitudinal del pacient. El temps entre les dues sol·licituds i la deliberació que preveuen la LORE ajuden, però no substitueixen en aquesta aproximació. Tenint en compte la importància en la malaltia mental de la història de vida i els condicionants familiars i sociolaborals de la persona, aquesta visió longitudinal sembla encara més important. És per això que, sense menystenir el dret del pacient de triar el seu metge responsable, es recomana que actuï com a tal un professional que porti

² Thienpont L., Verhofstadt M., Van Loon T., Distelmans W., Audenaert K., De Deyn P.P.: Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. *BMJ Open* 2015; 5:

anys atenent la persona, per exemple el seu metge de família o el seu psiquiatre habitual. En cas de que això no sigui possible (per exemple per decisió expressa de la persona), el metge responsable triat farà bé, independentment de la valoració preceptiva del metge consultor, de consultar a una professional que pugui tenir aquesta visió longitudinal. La llei obliga a demanar l'opinió d'un metge consultor, però no priva de realitzar les interconsultes que es creguin necessàries.

La LORE especifica que el metge consultor sempre ha de ser un facultatiu amb formació en l'àmbit de la patologia que pateix el pacient. En aquest cas, el/la consultor/a hauria de ser preferiblement un/a metge/ssa psiquiatre.

Els familiars i les persones properes han de participar

Els familiars i les persones properes han de participar en el procediment, sempre que el pacient ho autoritzi, doncs tenen un coneixement valuós sobre la història i el motiu que estan darrera de la sol·licitud. Preguntar l'opinió i percepció dels familiars i persones vinculades no vol dir que se'n requereixi el seu consentiment per la PRAM. S'ha de respectar el dret del pacient de que el metge no es posi en contacte ni informi als familiars si no ho vol.

Les sol·licituds en situacions de suport a la capacitat

Cal deixar clara la diferència entre “capacitat” des de la perspectiva jurídica, que pot estar limitada o necessitar suports, amb la “capacitat de fet” ja descrita i que equival a la competència per a la presa de decisions. Quan la persona que fa la sol·licitud té designada per via judicial o notarial una persona que l'assisteix en suport a la seva capacitat (o les antigues tuteles i curateles,) caldrà fer una valoració per conèixer si el pacient en algun moment manté la capacitat de fet per demanar l'ajuda a morir. Els ingressos i tractaments involuntaris tampoc exclouen totalment la possibilitat de fer una sol·licitud voluntària, doncs una persona amb una tutela o curatela -per tant amb una limitació de la capacitat jurídica encara vigent-, pot tenir capacitat de fet per prendre determinades decisions.

Caldrà que un especialista realitzi una avaluació exhaustiva de si la persona sol·licitant de PRAM té o no capacitat de fet per formular-la de forma vàlida, més enllà de tenir designat un suport assistent, tutor o curador. Sempre que el pacient així ho vulgui, la persona que fa o que exerceix el suport o la curatela d'assistent podrà participar en el procés deliberatiu al seu costat.

La valoració de la competència o capacitat de fet

En els casos de PRAM per motiu únic de salut mental, cal tenir especial cura en l'avaluació del requisit de la competència o capacitat de fet.

Una persona competent és la que té conservades les habilitats cognitives, volitives i afectives que li permeten comprendre, apreciar i raonar adequadament la informació que rep i l'ajuden a prendre una decisió i expressar-la. La competència es refereix a una decisió específica en un moment determinat. Cal tenir en compte la proporcionalitat en l'exigència de la capacitat, sobretot per a una decisió tan transcendent com demanar ajuda per a morir. També cal tenir en

compte el context específic en que la persona fa aquesta sol·licitud (la qualitat de vida, les alternatives terapèutiques a les que té opció, etc.)

La manca de competència constitueix un estat d'un individu que es defineix per un dèficit funcional (degut a una malaltia mental) considerat com suficientment greu perquè la persona en aquest moment no pugui satisfer les demandes en la presa de decisions d'una determinada situació, ponderades les conseqüències potencials.

Per prendre una decisió sobre un tractament es requereixen quatre habilitats bàsiques:

1. Expressar una elecció: es la primera i més elemental.
2. Comprensió: de la informació rellevant per la decisió a prendre.
3. Apreciació: valorar adequadament la importància de la malaltia que pateix el o la pacient en la seva situació personal concreta.
4. Raonament: és la capacitat del malalt de desenvolupar un sistema d'argumentació lògic, utilitzant la informació que ha comprès i apreciat per arribar a la conclusió.

El *gold standard* per a valorar-ho continua sent l'entrevista clínica per part d'un professional experimentat (en aquest cas probablement el psiquiatre). El McCAT-T, i altres instruments, serveixen de guia per una entrevista estructurada, i poden ser una eina d'ajut per avaluar la capacitat de fet.

La mateixa malaltia mental pot tenir com a símptoma les idees de suïcidi i pot afectar l'autonomia del pacient. La depressió pot produir cognicions depressives i distorsions cognitives que limiten la capacitat de decisió de forma transitòria o definitiva si el trastorn és resistent al tractament, i per això esdevé fonamental fer una correcta valoració de la capacitat de fet, tal com s'ha descrit.

Com mesurem el grau de patiment expressat pel pacient quan aquest patiment és emocional i psicològic més que físic?

Sempre cal tenir en compte que només la persona ens podrà descriure com viu la limitació de les seves funcions vitals i relacionals per raó del trastorn mental. Alguns fets ens poden donar una idea del grau de patiment – no poder mantenir una vida laboral normalitzada, dificultats de relació, rebuig social, limitacions de la vida diària amb o sense dèficits físics, etc .-. També existeixen escales de valoració de la funcionalitat, que poden ajudar a mesurar les limitacions que el trastorn mental genera a la persona i si es compleix el requisit del “patiment greu, crònic i impossibilitant”.

Cal recordar que, per si sols, els trastorns psiquiàtrics no evolucionen cap a la mort, però els anomenats “trastorns mentals greus” poden tenir una evolució crònica, ser resistents als tractaments, molt invalidants, amb gran necessitat de suport, ocasionar gran patiment i, fins i tot, reduir de forma significativa l'esperança de vida dels qui els pateixen incloent possibles intents de suïcidi. Dins dels trastorns mentals greus hi trobem alguns casos d'esquizofrènia, trastorn bipolar, trastorns mentals de base orgànica i algunes formes especialment greus de depressió i de trastorn de personalitat.

És exigible una història de tractament psiquiàtric? En quin grau i amb quina continuïtat o durada de temps?

En els supòsits de petició d'ajuda a morir només basat en malaltia mental, sí seria exigible un historial psiquiàtric d'almenys dos anys de continuïtat per garantir que no es tracti d'una patologia debutant o sense recorregut terapèutic³, podent haver excepcions que s'hauran de justificar. Així, és imprescindible una història clínica ben documentada, per evitar la subjectivitat i la precipitació.

En aquest sentit, és important tenir accés a la màxima informació addicional disponible dels diferents professionals que tracten o han tractat al pacient, incloent diferents dispositius i/o centres d'internament o rehabilitació que hi hagin intervingut.

Què pot ajudar a valorar, tant als metges com als pacients, la relació entre els resultats i la càrrega del tractament?

A l'hora de fer o valorar propostes terapèutiques alternatives al pacient amb trastorn mental que demana la PRAM, cal tenir en compte alguns elements cabdals que poden decantar la decisió en sentit d'acceptació o rebuig d'aquestes alternatives. Aquests elements cal que siguin exposats amb honestedat i transparència per part del professional i ponderats per les dues parts en el procés deliberatiu, especialment important en aquests casos. Serien:

- La naturalesa i l'abast de la millora esperada i la probabilitat que es produeixi aquesta millora.
- La naturalesa i gravetat dels riscos i efectes secundaris del tractament i la probabilitat que es produeixin.
- La càrrega que implica pel pacient i el seu entorn.
- El respecte a la voluntat de la persona.

El rebuig al tractament

L'acceptació o el rebuig al tractament del pacient amb trastorn mental dins el seu pla terapèutic, al marge de l'expedient de PRAM, s'ha de regir pels criteris ordinaris de respecte a l'autonomia de la persona (o decisió de tercers en cas de manca de competència).

Els professionals que valoren la sol·licitud d'un pacient amb problemes de salut mental - MR , MC i membres de la Dupla – no poden forçar l'acceptació d'un tractament no desitjat. El dret a refusar un tractament està emparat per la Llei 21/2000 d'autonomia del pacient. A banda de valorar si la persona que sol·licita la PRAM té capacitat de fet, davant d'una persona que fa un

³ Pla Director de Salut Mental. Generalitat de Catalunya. El període de dos anys és el que es fa servir per definir la "cronicitat" en salut mental i és un dels criteris per a diagnosticar el trastorn mental greu i persistent, amb un grau de discapacitat intens. Amb tot, pel que fa a la temporalitat dels símptomes es descriu com a "deteriorament progressiu" i marcat en el funcionament dels últims 6 mesos (abandonament de rols socials i alt risc de cronificació), malgrat la remissió de símptomes.

refús al tractament, els professionals han de valorar si existeixen solucions raonables que es poden oferir i poden alleugerir o eliminar el seu patiment. Per això, serà d'utilitat saber si:

- ✓ Existeix una perspectiva de millora amb un tractament adequat.
- ✓ En un termini raonable.
- ✓ Amb una relació raonable entre els resultats que es poden esperar i els efectes adversos que el tractament suposa pel pacient, i la seva percepció de tolerància a aquests efectes.

Les possibles millores han de ser valorades, tant des de el punt de vista del professional, com del pacient, tenint en compte la seva pròpia experiència viscuda. Sempre existeix la possibilitat de recuperació espontània o mitjançant intervencions de recolzament que encara no s'han instaurat.

S'ha de tenir present que en els trastorns mentals un dels símptomes més freqüents és la manca de percepció de malaltia que pot portar a la persona a rebutjar el tractament, però davant d'un rebuig cal considerar les expectatives realistes que el tractament proposat pot tenir en l'estat de salut del pacient.

Si es preveu que el tractament proposat en el procés deliberatiu suposa poques millores en l'estat de salut del pacient i en l'alleujament del seu patiment, les possibilitats d'informar favorablement una sol·licitud de la PRAM seran més altes. Per contra, si el tractament que es proposa pot suposar una millora important en l'estat de salut del pacient i en la disminució del seu patiment, els avaluadors (metge responsable, metge consultor i dupla de la CGAC), caldrà que siguin més estrictes a l'hora d'informar favorablement sobre el cas, tenint en compte el requisit de la possibilitat de cura o millora apreciable de les limitacions, que s'analitza en el punt següent.

El requisit de possibilitat de “curació o millora apreciable de les limitacions” que experimenta el pacient i que li causen el patiment insuportable, l'hem d'exigir en major grau que ho fem amb la malaltia somàtica?

Cal precisar que el requisit exigint per la l'art. 3 b) de possible curació o millora, fa referència a les limitacions que pateix la persona per la seva situació i no a la curació o millora de la patologia en si mateixa, tot i que una cosa i altra sovint van relacionades. Per tant, allò que li podem /devem oferir i informar al pacient en el procés deliberatiu són alternatives o opcions que puguin revertir o millorar ostensiblement les “limitacions” a les que es veu sotmès per la seva patologia mental. Aquestes limitacions, depenent del grau de tolerància, són les que li comporten un patiment insuportable i, per tant, tenen un component de subjectivitat difícil d'avaluar externament.

En segon lloc, **tenir present que aquestes alternatives terapèutiques la persona té dret a rebutjar-les, igual que així ho acceptem en la malaltia somàtica.** Cal valorar la raonabilitat, però, d'aquest rebuig, doncs pot ser que existeixi un tractament que milloraria el patiment i les limitacions que comporta (p.e. nous tractaments eficaços en depressió greu). Així, es poden donar dos escenaris:

- Que la persona l'accepti però que existeixin dificultats en l'accés a aquest tractament. La CGAC considera que tothom ha de tenir accés a tots els tractaments eficaços i aprovats en la cartera de serveis en cas d'atenció en el sistema públic i per tant no pot informar favorablement una sol·licitud que està motivada per aquesta manca d'accés . Ha d'alertar a l'administració per poder iniciar un circuit àgil dins el sistema per a que la persona hi tingui accés ràpid.
- Que la persona rebutgi les possibles alternatives i se li denegui també la PRAM per considerar que té opcions que hauria de provar. Cal tenir present que l'experiència prèvia viscuda per la persona durant tot el seu procés de malaltia, en els diferents tractaments i atenció rebuda, pot condicionar molt l'acceptació o rebuig. Probablement aquest escenari de denegació portarà a un major patiment per la persona i a buscar altres sortides

Cal descartar que existeixi una perspectiva raonable de tractament

Malgrat el dret a rebutjar un tractament que tenen les persones amb trastorns de salut mental, si hi ha una possibilitat raonable d'èxit, el MR pot intentar arribar a un acord amb la persona sol·licitant, abans de valorar directament la PRAM. Durant el procés deliberatiu, pot oferir-li un darrer pla de tractament, i avaluar-ne la seva eficàcia un cop aplicat en dosis i durada suficient. No podem establir criteris apriorístics i cal que els i les professionals valorin cada cas en el seu context i evolució, escoltant bé a cada persona.

Que és un tractament adequat?⁴

Una qüestió que pot ajudar a tots els i les professionals que intervenen en la valoració dels requisits per la prestació de la PRAM es saber si tots els tractaments possibles que un o una pacient amb trastorn mental ha rebut han resultat ineficaços o si han estat els adequats. Per això pot ajudar plantejar-se una sèrie de preguntes:

- Quins tractaments biològics, psicològics, socials o d'altre naturalesa s'han realitzat?. S'han fet els tractaments especialitzats més efectius o les hospitalitzacions necessàries, amb un seguiment acurat?
- Els tractaments s'han aplicat en dosis i durada suficient?
- Aquests tractaments s'han aplicat d'acord als criteris de les guies de pràctica de les societats científiques? S'han administrat tractaments amb evidència científica sòlida i aprovats pel CatSalut?
- S'han fet plans de suport a la recuperació i rehabilitació de la persona?
- Quins han estat els inconvenients i els efectes adversos que ha patit el pacient. Ha existit alguna circumstància que ha fet que els tractaments no funcionessin?
- Quins han estat els resultats d'aquets tractaments ?

Quan el metge i el pacient arriben a la conclusió que ni el tractament psiquiàtric ni altres mesures de recolzament ofereixen perspectives de millora suficients, es pot convenir que no existeixen solucions ni alternatives raonables de millorar el patiment. En cap cas, però, s'hauria d'informar

⁴ https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/levensbeeindiging_op_verzoek_psychiatrie/startpagina_-_levensbe_indiging_op_verzoek.html

favorablement una sol·licitud on el motiu de patiment és atribuïble a la manca d'accés equitatiu a un tractament adequat, ja sigui biològic, psicoterapèutic o social, i que el pacient està disposat a acceptar.

La continuació del tractament després d'un informe desfavorable

En cas que el MR, el MC o la CGAC consideri que no es compleixen els requisits per accedir a la PRAM per part del pacient amb trastorn mental, el metge i el pacient poden decidir continuar el tractament però cal posar molta atenció en el pla de tractament, els objectius i el risc de suïcidi. Cal mantenir una bona informació amb els cuidadors i la família del pacient, deixant-los clars quins són els motius de la denegació de la prestació. També es pot oferir la possibilitat de revisar la situació més endavant i poder formular una nova sol·licitud. Si com a conseqüència de la denegació es produïx un trencament de la confiança que fes minvar la qualitat assistencial, caldrà derivar el pacient a un altre professional per continuar la seva atenció.

Flexibilitat en els terminis

Atesa la transcendència de la decisió que han de prendre el metge responsable i el metge consultor, és important que s'estableixin diferents contactes amb el malalt i els altres professionals o dispositius assistencials que en algun moment han tractat al pacient. És possible, però, que els terminis que atorga la LORE dins el procediment d'accés a la PRAM, no siguin suficients per a poder fer aquests contactes de forma adequada. La llei no preveu cap altra excepció en el compliment dels terminis, més que les establertes per reduir els temps entre 1a i 2a sol·licitud en cas de risc per pèrdua de la capacitat de fet. En cas que el MR o el MC no tinguin un coneixement longitudinal de la història clínica del pacient, és raonable proposar a la persona sol·licitant allargar el període entre la 1a i la 2a sol·licitud o la signatura del CI. Aquest temps pot ajudar a ampliar la deliberació, en el marc de la qual poden sorgir alternatives terapèutiques i es poden valorar el resultat de les mateixes.

Caldrà interpretar aquests terminis amb flexibilitat, argumentant en els diferents informes les causes de la demora, si escau. Atès que la valoració es fa especialment complexa en els casos en els que la patologia psiquiàtrica sigui la causant de petició de la PRAM, la construcció d'una relació basada en les decisions compartides serà sempre la condició fonamental per a la resolució de la sol·licitud.

Punts clau:

- 1) La LORE no exclou la malaltia mental. Com en altres casos els professionals han d'avaluar que:
 - I. Que la situació genera limitacions que incideixen sobre l'autonomia psíquica i les activitats de la vida diària, sobre la capacitat d'expressió i relació, etc.
 - II. Que comporta patiment físic o psíquic constant i intolerable per a qui ho pateix.
 - III. Que hi ha seguretat o gran probabilitat de que aquestes limitacions persistiran en el temps sense possibilitat de curació o millora apreciable.
 - IV. Que el pacient manté la seva competència per a prendre la decisió.
- 2) Quan la decisió per demanar l'ajuda a morir deriva del patiment greu que genera una malaltia somàtica, però alhora existeix una patologia mental, cal verificar que es manté la capacitat de fet i que la malaltia mental no impedeix valorar correctament el patiment global -somàtic i psicològic- que experimenta la persona.
- 3) Quan la decisió de demanar l'ajuda a morir l'ocasiona el patiment psicopatològic secundari/reactiu a una malaltia física, l'objectiu, primari és demanar una interconsulta a un professional de salut mental per veure si es pot millorar o pal·liar aquest patiment psicopatològic.
- 4) Quan la decisió per demanar l'ajuda a morir estigui motivada només per patir una malaltia psiquiàtrica que genera patiment greu, crònic i impossibilitant, com podrien ser la depressió major o trastorns de personalitat cal explorar si es compleixen els requisits previstos per la LORE i explorar les alternatives o possibilitats de tractament.
- 5) Quan el motiu d'una sol·licitud d'ajuda a morir és únicament un problema de salut mental, el més convenient es que el metge responsable sigui el metge que habitualment atén al pacient, ja sigui el de família o un psiquiatre.
- 6) El metge consultor sempre ha de ser un facultatiu amb formació en l'àmbit de la patologia que pateix el pacient. En aquest cas, el/la consultor/a hauria de ser preferiblement un/a metge/ssa psiquiatre.
- 7) Es convenient que els familiars i les persones properes participin en el procediment, sempre que el pacient ho autoritzi, doncs tenen un coneixement valuós sobre la trajectòria de la malaltia i el patiment que estan darrera de la sol·licitud.
- 8) Es exigible un historial psiquiàtric d'almenys dos anys de continuïtat per garantir que no es tracti d'una patologia debutant o sense recorregut terapèutic.
- 9) Els patiments mentals no són, per definició, causes de manca de capacitat per a decidir. En cas de dubtes es pot avaluar la capacitat mitjançant l'instrument McCAT-T.

- 10) La malaltia mental pot generar idees de suïcidi i afectar l'autonomia del pacient. La depressió i alguns tractaments farmacològics poden produir cognicions depressives i distorsions cognitives que limiten la capacitat de decisió de forma transitòria o definitiva si el trastorn és resistent al tractament.
- 11) Durant el procés deliberatiu per cada proposta alternativa es valorarà:
 - i. La naturalesa i l'abast de la millora esperada i la probabilitat que es produeixi aquesta millora.
 - ii. El termini raonable en que es produirà.
 - iii. La naturalesa i gravetat dels riscos i efectes secundaris del tractament i la probabilitat que es produeixin.
 - iv. La càrrega que implica pel pacient i el seu entorn.
 - v. El respecte a la voluntat de la persona.
- 12) Durant el procés deliberatiu, al pacient se li han d'oferir alternatives o opcions que puguin revertir o millorar ostensiblement les "limitacions" a les que es veu sotmès per la seva patologia mental. Les "limitacions" depenen del grau de tolerància individual i per tant tenen un component de subjectivitat.
- 13) El pacient amb trastorn de salut mental pot rebutjar un tractament, però s'ha de tenir present que la manca de percepció de malaltia fa més freqüent aquest rebuig. Si el tractament que es proposa pot suposar una millora important en l'estat de salut del pacient i en la disminució del seu patiment, s'ha de ser més curosos a l'hora de valorar la competència. Cal valorar si es compleix el requisit de "no possibilitat de cura o millora apreciable" que preveu la LORE.
- 14) No es pot informar favorablement una sol·licitud que està motivada per la dificultat d'accés a un tractament.
- 15) Abans d'informar desfavorablement la sol·licitud de la PRAM d'un pacient que refusa una alternativa que amb molta probabilitat milloraria el seu trastorn sense grans inconvenients, el professional pot mirar de acordar una "darrer pla de tractament" i, en cas de ser acceptat, avaluar-ne la seva eficàcia al cap d'uns mesos.
- 16) És important que, s'estableixin diferents contactes amb el malalt i els altres professionals o dispositius assistencials que en algun moment l'han tractat al pacient.
- 17) Cal ser flexible en els terminis que la Llei estableix entre la primera i la segona sol·licitud, atesa la necessitat de recavar informació i fer una avaluació més longitudinal del procés que ocasiona el patiment.
- 18) En les sol·licituds que puguin formular les persones en situacions que precisen suport a la capacitat caldrà que un especialista realitzi una avaluació exhaustiva de la persona

sol·licitant per valorar si té o no capacitat de fet per formular-la de forma vàlida, més enllà de tenir un suport, assistent o curador. Sempre que el pacient així ho vulgui, aquesta persona podrà participar en el procés deliberatiu al seu costat.

- 19) Després d'un informe desfavorable el metge i el pacient poden decidir continuar el tractament. Cal mantenir una bona informació amb els cuidadors i la família i deixar clar quins son els motius de la denegació de la prestació i la possibilitat de revisar la situació més endavant. Si com a conseqüència de la denegació es produís un trencament de la confiança que fes minvar la qualitat assistencial, caldrà derivar el pacient a un altre professional per continuar la seva atenció.

Barcelona, Novembre de 2022