

Psykiatri och dödshjälp

Sven Román

Specialist i barn- och ungdomspsykiatri och överläkare

Abstract: Supporters of legalisation of assisted dying often assume that people who want such assistance on the one hand, and “traditional” suicidal patients with mental illnesses on the other, are two completely distinct groups. An important purpose of this chapter is to show that it is not that simple. Psychiatry sees a death wish as a symptom of a psychiatric condition or a life crisis. With the help of psychotherapy and sometimes medication as a supplement, patients usually regain their appetite for life. There is evidence that many people who want assisted dying also suffer from mental illness in a broad sense. From a psychiatric perspective, they should receive support and psychiatric treatment, with the goal of helping them experience meaning and quality of life. The chapter’s author is a child and adolescent psychiatrist, and the chapter is based on published research, contributions to public debate and own experience from clinical work with patients.

Keywords: assisted dying, euthanasia, mental illness, psychiatry, suicide

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

1.1 Psykiatrins kärna, förhållningssättet till suicidalitet

Psykiatern möter dagligen suicidala patienter. De kan känna livsleda, ha en önskan om att dö, ha tänkt ut och planerat hur de ska ta livet av sig eller ha gjort ett eller flera suicidförsök. Några självmordsnära patienter gör aldrig något suicidförsök, andra gör ett eller flera som de överlever med eller utan fysiska men, några fullbordar ett suicid efter ett eller flera suicidförsök.

I psykiatrin utgår vi ifrån att suicidala patienter tappat livslusten på grund av psykisk och social ohälsa. Vår erfarenhet är att de i sitt allvarliga tillstånd

Sitering av denne artikkelen: Román, S. (2020). Psykiatri och dödshjälp. I M. A. Horn, D. J. H. Kleiven & M. Magelssen (Red.), *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk* (Kap. 11, s. 213–233). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch11>.
Lisens: CC BY 4.0.

inte ser någon möjlig väg ut, men att de innerst inne vill fortsätta leva. Det suicidala agerandet är ofta ett rop på hjälp i en förtvivlad situation, men kan också bero på en svår livskris utan något egentligt psykiatriskt tillstånd. Suicidaliteten handlar om att inte orka leva eller inte se lösningar på livets problem, men personen skulle inte vilja dö om lidandet kunde upphöra.

Många av de som gör mycket allvarliga suicidförsök vill inte heller dö. Hansen (2017) skriver om dödsönskan för de cirka 100 personer som överlevt ett fall från Golden Gate-bron i San Francisco: »Det tar ungefär fyra sekunder att nå vattenytan och *samtliga* överlevare hävdade i efterhand att de ångrade självmordsförsöket redan under fallet.»

Jag har bedömt hundratals barn som gjort ett suicidförsök. Självmordsförsöken har nästan alltid haft sin grund i ett psykiatriskt tillstånd, ofta depression eller svår ångestproblematik, till exempel emotionellt instabilt personlighetssyndrom (EIPS, tidigare benämnt borderline). För andra är huvudproblematiken ett psykiskt trauma, exempelvis någon form av övergrepp. En del har i botten autismproblematik och gör suicidförsöket i tonåren för att svårigheterna med det sociala samspelet då accentueras. I många fall är suicidförsöket en krisreaktion utlöst av olycklig kärlek.

När jag träffade dessa barn gjorde jag som vi i psykiatrin alltid gör. Jag lyssnade empatiskt och respektfullt. Jag försökte få veta varför de inte ville leva. Jag pratade med deras föräldrar och närmast anhöriga. Jag försökte få barnen på andra tankar. Jag försökte ingjuta hopp, berättade att jag mött väldigt många barn och ungdomar som mått dåligt och inte trott på någon framtid men efter lämplig behandling fått livslusten tillbaka. Jag involverade andra behandlare för fortsatta samtal med barnet och föräldrarna. Ibland satte jag ut mediciner som skulle kunna förvärra eller ha förorsakat tillståndet, ibland satte jag in andra mediciner som skulle kunna hjälpa. Nästan alla suicidala barn och ungdomar som jag har träffat har tillfrisknat. Hittills har ingen tagit sitt liv. Samtidigt är självmord ovanligt för barn, det sker 20 till 30 gånger per år i Sverige.

Vuxenpsykiatrin arbetar på precis samma sätt med suicidala patienter som barn- och ungdomspsykiatrin. I den absoluta majoriteten av fallen är även deras tillstånd behandlingsbara. Med rätt sorts samtalsbehandling, och ibland tillägg av mediciner, upphör deras dödsönskan (Reynolds, Lenze & Mulsant, 2019).

1.2 Rationella suicid

Beror alltid suicid på psykisk ohälsa? Finns rationella suicid? Är självmord begripligt om en person har levt ett långt liv och drabbats av sjukdom eller åldrande och därför inte längre kan leva fullödigt?

Det är tveksamt om rationella suicid existerar, om man avser att personen i grunden och i beaktande av möjligheter till förändring av livet över längre tid verkligen inte vill leva.

Då måste man bortse ifrån att kroppens pågående mekanismer går ut på att leva, att människan är en social varelse som är beroende av och interagerar med andra för att leva samt att de som blir kvar efter att en närstående tagit sitt liv ofta är fyllda av skuld och samvetsqual. Det sistnämnda är något som personer i suicidnära tillstånd inte orkar ta in men i de flesta fall sannolikt inte önskar. Personer med suicidalitet rapporterar genomgående svåra skuldkänslor för sin suicidalitet. Att man har det förstärker i sig känslan av mindervärde och att vara en belastning för omgivningen, vilket bidrar till att det verkliga måendet och synen på livet blir något som man undanhåller för sina nära.

Rationella suicid, i betydelsen av att man ändå inte skulle ha önskat leva om hälsan hade varit i balans eller livsproblemen hade gått att hantera, motsägs av forskningen på suicid för personer över 65 år. De har betydligt oftare psykiatrisk problematik än yngre. I en studie av 85 patienter över 65 år som suiciderat hade 97 procent psykiatrisk problematik, 82 procent hade en förstärkningsdiagnos (bipolärt syndrom eller någon depressionsdiagnos) och en fjärdedel hade alkoholmissbruk (Waern et al., 2002).

1.3 Psykisk ohälsa hos patienter som önskar dödshjälp

De flesta patienter som önskar dödshjälp gör det inte på grund av fysiska symtom. Avgörande för önskemål om dödshjälp är istället 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 (Sulmasy, 2017; se också kap. 10 och 14).

Sannolikt har många patienter som önskar dödshjälp en psykiatrisk diagnos. I en studie från Nederländerna av 138 cancerpatienter som bedömdes ha högst tre månader kvar att leva hade 14 av 30 av de som

efterfrågade dödshjälp depression (Van der Lee et al., 2005). Många psykiatriska tillstånd är förknippade med dödshjälp, vanligast är depression. Psykiatriska tillstånd är oftast behandlingsbara, så många av dessa patienter borde istället för dödshjälp få adekvat behandling.

Många patienter som önskar dödshjälp och som inte tidigare haft någon psykiatrisk problematik lider sannolikt för första gången av psykisk och social ohälsa. De befinner sig alltid i en livskris och uppfyller kriterierna för diagnosen akut krisreaktion. Detta är vanligt hos patienter som fått beskedet att de drabbats av en obotlig sjukdom. Deras första tanke är ofta att de vill dö. I en australiensisk studie av 256 patienter med terminal cancer hade 14 procent en stark önskan om att förkorta livet (Kelly et al., 2003).

Detta är begripligt. Nästan alla människor känner i någon grad ångest inför vetskapen att de en gång ska dö. När vi får besked om att vi lider av en dödlig sjukdom och relativt snart kommer att dö, drabbas vi och närstående ofta av en existentiell kris. Bearbetningen av krisen färgas ofta av den underliggande dödsångesten. Den existentiella ångesten och ensamheten förstärker eventuell smärtupplevelse (Strang, 2013; 2016).

Terminala patienters dödsönskan upphör ofta när de får hjälp att förstå innebörden av god palliativ vård (kap. 10; Bongenhielm, Gyllenhammar & Lundström, 2016). Övriga kan sannolikt, liksom övriga suicidala personer, med rätt behandling – psykiatrisk bedömning, adekvat samtalsbehandling och vid behov tillägg av medicin, hjälp och stöd från det privata nätverket och vid behov andra professionella aktörer som socialtjänst, äldreomsorg, företagshälsovård etc. – återupprätta ett värdigt liv och en fungerande problemlösning och bli av med sin dödsönskan.

2 Problem med dödshjälp inom psykiatrin

En annan viktig fråga är om psykiatriska patienter bör få dödshjälp. Nedan beskrivs fyra orsaker till att förslaget är problematiskt: Diagnostik av psykiatriska tillstånd är svår, prognosen är ofta osäker, behandlingsalternativ finns och det är särskilt viktigt inom psykiatrin att inte beröva patienterna hopp (Blikshavn, Husum & Magelssen, 2016).

2.1 Svår diagnostik

Samstämmigheten är ofta låg bland psykiatriker vid diagnostik av psykiatriska tillstånd. Det gäller flera av tillstånden som ökar suicidrisken. För till exempel depression är denna överensstämmelse, interbedömarreliabiliteten, endast 28 procent (Freedman et al., 2013). För allmänläkare är samstämmigheten ännu lägre, de underdiagnostiserar bland annat depression och ångesttillstånd (McCormack & Price, 2014).

Psykiatriker som bara träffat en patient en gång känner sig sällan säkra på att bedöma om patienten har ett psykiatriskt tillstånd. Psykiatern Hans Olsson (2015) föreslår att läkaren ska träffa patienten på fem tims-långa besök innan en psykiatrisk diagnos fastställs.

Forskning på patienter över 65 år talar för att deras depression förbises i skattningsskalor (Schayn, 2017). Det är också viktigt att i denna grupp fånga män. Deras symtombild ser annorlunda ut och självmorden är ofta kopplade till alkoholproblematik (Rutz, 2016).

Ett skäl till osäkerheten vid psykiatrisk diagnostik är att den skiljer sig från den somatiska. Somatiska diagnoser bygger på naturvetenskap: ofta sitter sjukdomen eller skadan på en speciell identifierbar plats och kan verifieras med naturvetenskapliga fynd från blodprover, röntgenundersökningar, cellprover med mera. Psykiatrisk diagnostik är deskriptiv och grundar sig på subjektiv bedömning av beteendesymtom. Ett visst kluster av symtom som presenterar sig på ett specifikt sätt och under en bestämd tidsrymd är depression, ADHD, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) eller något annat psykiatriskt tillstånd. Många symtom kan ingå i flera diagnoser och psykiatrisk samsjuklighet är mycket vanligt. Diagnosen säger inget om etiologin, orsaken, till tillståndet (Tsou, 2015).

Psykiatriska diagnoser är ofta heterogena. Det finns stark evidens för att depression är ett mycket heterogent tillstånd (Blikshavn et al., 2016). Symtomen kan uppstå av många orsaker. Psykosociala påfrestningar, som att ha varit mobbad i tonåren, är tydligt relaterat till depression hos vuxna men ingår inte i depressionskriterierna. I behandlingen av en specifik patient kan denna information vara avgörande för förståelsen och terapin.

2.2 Osäker prognos

Att på individnivå ange en söker överlevnadsprognos som kan användas för att utvärdera om en patient bör få dödshjälp är mycket svårt, även för somatiska tillstånd. För psykiatriska tillstånd är det ännu svårare. Tillståndet ingår i en komplex och individuell biopsykosocial interaktion, där individens val och levnadssätt liksom samhället och kulturen inverkar unikt och oförutsägbart i varje enskilt fall. Därför kan prognosen vid psykiatriska tillstånd bara ges på gruppnivå (Blikshavn et al., 2016).

Vid analys på gruppnivå kan patienter ha genomfört många behandlingar med antidepressivum utan effekt. Informationen är dock av begränsat värde på individnivå, om det saknas förståelse för den enskilda patientens underliggande dynamik. 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 et al. (2016) pekar också på att behandling fungerar i ett sammanhang. Detta gäller till exempel långvarig teraporefraktär depression (TRD), som forskningen oftast definierar som att en långvarig depression inte svarar på antidepressiv medicin. Tiden för återfall var betydligt längre om patienten hade ett starkt socialt stöd. Behandlingsresultatet för tonårs-TRD var bättre om behandlingen slutade under sommarledighet. Varken behandlare eller patient kan utifrån empiriska studier av TRD avgöra om *just denna patient* kan eller inte kan tillfriskna.

Överlevnadstiden vid psykiatriska tillstånd är ofta flera decennier. Patienterna dör i allmänhet inte av det psykiatriska tillståndet i sig, om det inte medför att de tar sitt liv eller utsätter sig för en sådan fara att de förolyckas, utan av somatiska komplikationer av sjukdomen, medicineringen och livsföringen.

Många med exempelvis långvarig och allvarlig depression kan också tillfriskna. Patienter beskriver ofta retrospektivt att faktorer utanför vården är avgörande för vändningen, såsom mellanmännsliga relationer, viktiga livshändelser, att få hjälp med arbete, hushållet eller ekonomin.

Psykiatriska tillstånd osäkra prognos är ännu ett skäl till att vi behandlare inte ska bejaka patientens dödsönskan. Den är ett symptom på psykisk sjukdom, lidande och psykosocial nöd. Vår uppgift är att hjälpa patienten att återfå livslusten, hantera livet och skapa mening.

Vi ska utifrån Hippokrates, ed alltid trösta, ofta bota, ibland lindra och aldrig skada. Vi får aldrig överge patienten i hennes förtvivlan och livskamp.

2.3 Behandlingsmöjligheterna

Nästan alla psykiatriska tillstånd är behandlingsbara. Många går att bota. Möjligheten att hjälpa psykiatriska patienter har ökat påtagligt under efterkrigstiden. Några exempel på evidensbaserade behandlingar är elektrokonvulsiv terapi (ECT) vid djupa depressioner, litiummedicinering för att förebygga maniska skov vid bipolärt syndrom och psykoterapeutisk behandling vid depressions- och ångesttillstånd (Persson m.fl., 2017; Socialstyrelsen, 2017). EIPS, som efter depression är det vanligaste psykiatriska tillståndet hos patienter som önskar dödshjälp, har tidigare saknat bra behandling. Men sedan millennieskiftet har några psykoterapeutiska metoder visat goda resultat (Cristea, Gentili & Cotet, 2017).

Dödshjälpsförespråkare hävdar att patienter med terapirefraktär depression, TRD, borde få dödshjälp. Begreppet TRD är dock tveksamt (Blikshavn et al., 2016). Många system för stadiindelning av depression har utvecklats, inget har dock utvärderats extensivt och alla ignorerar psykologisk behandling. Även Appelbaum (2017) kritiserar själva begreppet TRD. Patienter med TRD har svarat dåligt på endast ett antidepressivum och många har inte fått prova psykoterapi, ECT eller andra typer av mediciner och behandlingar.

Appelbaum poängterar att demoralisering och hopplöshet ofta är en del av det psykiatriska tillståndet. Att den psykiatriska patienten avbryter eller inte fullföljer behandlingar, betyder därför inte att det psykiatriska tillståndet är terapirefraktärt. Patientens önskan om dödshjälp vid resultatlös behandling är en konsekvens av depression, ångest och andra symptom som en effektiv behandling skulle lindra. Även om lagarna som styr dödshjälp kräver att personen ska vara beslutskompetent, är det svårt att

bedöma när denna önskan är en del i det psykiatriska tillståndet. Det är vanligt att patienter som vägrar behandling på till synes rationella grunder ändrar sitt beslut så snart depressionen är effektivt behandlad.

Patientens föreställning om att symtomen aldrig kommer att försvinna kan vara en bra utgångspunkt för en psykoterapeutisk behandling (Blikshavn et al., 2016). Att hjälpa patienten att hitta orsakerna till och ändra denna övertygelse skulle kunna vara ett övergripande terapeutiskt mål.

I psykiatrisk behandling är alliansen med behandlaren essentiell. Behandlingsresistens behöver därför inte bero på patienten, utan kan bero på behandlarens förhållningssätt eller själva behandlingen. Långvarig psykoterapi för patienter med komplicerade ångest- och depressionstillstånd har visat stora förbättringar för symtomorienterade mått och psykosocial funktion.

2.4 Vikten av att inge hopp

Behandlarens förmåga att inge hopp och utsikter om en förbättring är en av de viktigaste faktorerna för psykiatrisk behandling. Många nya behandlingsmetoder ser detta som både nödvändiga professionella förhållningssätt och som egna terapeutiska interventioner direkt kopplade till utfallet. Att behandlaren står för ett ställföreträdande hopp skyddar den depressiva patienten från suicid (Blikshavn et al., 2016).

Positiva förväntningar korrelerar också med en positiv allians mellan behandlare och patient. Framgångsrik behandling är därför starkt relaterad till dessa egenskaper hos behandlaren. Om behandlaren istället bejakar patientens dödsönskan, blir behandlingsrelationen kraftlös eller till och med destruktiv, då den förstärker patientens brist på hopp. En sådan inställning riskerar att skapa en självuppfyllande profetia (Blikshavn et al., 2016).

3 Konsekvenser av dödshjälp inom psykiatrin

3.1 Patienten

Hur påverkas psykiatriska patienter av att det finns situationer där behandlaren ger upp hoppet om att patienten kan förbättras och tillåter

dödshjälp? Psykiatripatienter är en av de mest sårbara patientgrupperna. Det har länge varit ett stigma att ha ett psykiatriskt tillstånd och att söka psykiatrisk vård (Flycht, 2015).

Patient-läkarrelationen i psykiatrin bygger på tillit. Sulmasy (2017) hävdar att en grundförutsättning för att den sköra psykiatriska patienten ska öppna sig inför psykiatern är att hen vet att psykiatern inte kommer att döda patienten. Luckras detta axiom upp, kan det få stora konsekvenser. Lemmens (2017) menar att denna ovillkorliga skyldighet mot de mest sårbara är grundläggande för att bibehålla solidaritet och hopp i ett samhälle.

Experientiellt undvikande (eng.: »experiential avoidance») är den naturliga instinkten att fly ifrån eller undvika obehagliga situationer och händelser, en vanlig psykologisk process vid psykisk ohälsa (Blikshavn et al., 2016). Exempel på experientiellt undvikande är olika grader av suicidalitet, såsom självmord och strävan att få dödshjälp. Dödshjälp för psykiatriska patienter kan förstärka experientiellt undvikande. I vissa psykoterapier arbetar man med att få patienten att ersätta det experimentella undvikandet med experientiellt acceptans. I behandling av suicidalitet och svåra depressioner är resultaten lovande.

Den empiriska litteraturen är överens om att det finns psykiatriska tillstånd, inklusive fall av depression, som tycks terapirefraktära för att behandlingen går ut på att kontrollera eller minska symtomen. En förändring kan dock ofta ske om behandlingen förändras till att få patienten att acceptera och förlikas med sitt lidande.

3.2 Suicidtal

Dödshjälpsförespråkare hävdar att dödshjälp i form av läkarassisterat självmord skulle kunna senarelägga suicid och minska suicidtal (Jones & Paton, 2015). Hypotesen är att tillgången till 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 att det sannolikt är tvärtom.

I Nederländerna har sedan 2007 både antalet psykiatriska patienter som fått dödshjälp och antalet suicid ökat avsevärt. 2007 suiciderade 1353

personer, 2017 var siffran 1917, den högsta någonsin (CBS, 2008; 2018). Samtidigt ökade antalet personer som fick dödshjälp från 2120 till 6585 personer (RTE, 2008; 2018; se också kap. 13).

För en korrekt bedömning av suicid- och dödshjälpstal måste hänsyn tas till Nederländernas befolkningstal.¹ Då blir ökningen per 100 000 invånare av antalet suicid och antalet som fått dödshjälp åren 2007 till 2017 36 och 198 procent. I övriga jämförbara länder har suicidtal varit oförändrade eller sjunkit.

Jones och Paton (2015) redovisar suicidtal 1990 till 2013 i fyra delstater i USA före och efter införandet av läkarassisterat självmord. Efter legaliseringen har antalet självmord ökat med 6 procent mer jämfört med stater som inte infört läkarassisterat självmord. I gruppen äldre än 65 år var ökningen 14 procent.

3.3 Behandlaren och psykiatern

Psykiatrins behandlare behöver inge patienten hopp. Vilka blir konsekvenserna om patienten samtidigt kan få dödshjälp? Då måste behandlaren ibland överge tanken att försöka inge hopp och skapa förbättring för patienten och istället acceptera patientens förtvivlan. Hur ska behandlaren kunna skifta mellan dess två diametralt motsatta sätt att bemöta patienten? (Blikshavn et al., 2016). Behandlaren måste tala med kluven tunga.

När det blivit socialt accepterat att medverka till en patients död, finns en fara att behandlaren agerar på den normala, ibland intensiva, negativa kommunikationen som kan uppstå i behandlar-patientrelationen. Behandlaren kan, medvetet eller omedvetet, påverka patientens beslut (Blikshavn et al., 2016).

Ger psykiatern, pressad av för mycket arbete på en klinik med för lite resurser, lättare upp behandlingen av svåra ärenden och kanske till och med subtilt medverkar till att patienten söker dödshjälp, om sådan är tillåten (Appelbaum, 2017)? Kan stressade närstående agera likadant?

1 Eurostat-databas, <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Mellan 30 och 50 procent av läkare som deltar i dödshjälp känner psykologiskt obehag, och 15 till 20 procent upplever bestående negativ påverkan (Kelly et al., 2019). Nederländernas psykiatriker avvisar dödshjälp för psykiatrins patienter, motståndet har ökat från 53 procent 1995 till 63 procent 2015 (De Rijksoverheid Voor Nederland, 2017).

Vi i psykiatrin försöker att i mötet med den suicidala patienten göra allt för att inge hopp och få patienten på andra tankar. Dödshjälp för psykiatriska patienter förändrar grunderna för vårt arbete. Som visats ovan kommer det sannolikt att påverka oss påtagligt. Suicidtalerna för läkare i allmänhet är högre än i övriga befolkningen, för kvinnliga läkare mer än fördubblad (Schernhammer & Colditz, 2004). Kommer denna nya arbetsuppgift medföra ännu fler läkarsuicid? Detta är inte beforskat, men att vara närstående till någon som suiciderat ökar risken för eget självmord (Runeson, 2017).

4 Utvärdering av dödshjälp för psykiatrins patienter

Alla länder och regioner som praktiserar dödshjälp inkluderar psykiatriska patienter, om önskemålet om dödshjälp inte bedöms vara påverkat av det psykiatriska tillståndet. Nedan redogörs för situationen i Belgien och Nederländerna, som tillåter både eutanasi och läkarassisterat självmord, samt de amerikanska delstaterna Oregon och Washington, som enkom legaliserat läkarassisterat självmord. I Belgien och Nederländerna inkluderas i utvärderingen bara de som på grund av psykiatriskt tillstånd får dödshjälp, i Oregon och Washington krävs dessutom att patienten bedöms ha högst sex månader kvar att leva på grund av ett somatiskt tillstånd.

4.1 Belgien och Nederländerna

4.1.1 Förekomst

Båda länderna legaliserade dödshjälp 2002. De första fem åren fick bara enstaka psykiatriska patienter dödshjälp, därefter steg antalet. I Belgien och Nederländerna fick år 2018 57 respektive 67 psykiatriska patienter dödshjälp (CFCEE, 2019; RTE, 2019).

4.1.2 *Diagnoser*

Erfarenheten från Nederländerna och Belgien ger oss många exempel på hur komplicerade fallen med dödshjälp inom psykiatrin kan vara. I båda länderna har flertalet av patienterna som fått dödshjälp haft ett förstämningssyndrom (Kim, De Vries & Pateet, 2016; Dierickx, Dellens, Cohen & Chambaere, 2017; CFCEE, 2018). Omkring hälften hade två eller flera psykiatriska tillstånd och upplevde ensamhet eller isolering. Minst 15 procent hade EIPS. I den nederländska studien hade sex procent en neurokognitiv nedsättning som gör dem ännu mer sårbara, med svårbedömd beslutskompetens (Kim et al., 2016).

Hälften av 100 psykiatriska patienter i Belgien som ansökte om dödshjälp 2007 till 2011 hade personlighetssyndrom, varav 54 procent EIPS (Thienpont et al., 2015). Patienter med personlighetssyndrom är mycket ambivalenta och har ökad risk att fatta impulsiva beslut utifrån stress och problem i nära relationer, vilket sannolikt speglas av att 38 patienter drog tillbaka ansökan om dödshjälp innan den var färdigbehandlad (Appelbaum, 2017). 48 patienter beviljades dödshjälp och 35 fullföljde den, däribland flera patienter med EIPS, och även med autism.

4.1.3 *Svåra fall*

Många fall av dödshjälp för psykiatriska patienter har uppmärksammats i media. Fallen ger värdefull insikt i hur komplicerat det är att använda dödshjälp för dessa patienter. Ett fall handlar om en 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 (Aviv, 2015).

Ett annat fall är 29-åriga Aurelia Brouwers med EIPS och självskadebeteende, men fysiskt helt frisk (Pressly, 2018). 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 och artiklar som beskrev hennes kamp för dödshjälp. Till slut beviljades hon läkarassisterat självmord av Levenseindekliniek (mer om denna klinik, se kap. 13). De sista veckorna av sitt liv var hon mycket stressad och självskadade sig

frekvent, vilket sannolikt speglar hennes ambivalens inför dödshjälpen. Patienter med EIPS måste psykiatriskt och mänskligt antas vilja leva, om lidandet och livsproblemen skulle kunna bli hanterbara och uthärdliga. Den starka ångesten gör dem förtvivalade, de tappar allt hopp och orkar inte fortsätta att söka hjälp för sitt lidande och en lösning av livsproblemen. Den 26 januari 2018 svalde Aurelia Brouwers det dödliga läkemedlet.

En 20 till 30 år gammal kvinna, utsatt för sexuella övergrepp från 5 till 15 års ålder, fick i Nederländerna eutanasi 2015 (RTE, 2015). Hon bedömdes ha en behandlingsresistent PTSD. Hon hade även bland annat anorexi, kronisk depression och självskaumbeteende. Hon var dessutom fysiskt svag, var helt sängbunden. Två år före sin död sökte kvinnan upp en ny läkare och fick en intensiv traumabehandling, som under en period delvis var framgångsrik. Behandlingen övergavs 2015 då en oberoende konsult bedömde att patienten aldrig skulle tillfriskna.

Personer med neuropsykiatrisk diagnos, exempelvis ADHD och autismspektrumtillstånd (AST), får dödshjälp i Belgien och Nederländerna. En studie i Nederländerna av dödshjälp för nio patienter med intellektuell funktionsnedsättning eller AST sammanfattar att bedömningarna är mycket bristfälliga, att det är svårt att bedöma autonomi och beslutskapacitet vid dessa tillstånd, att testerna som gjordes inte var tillräckligt stringenta och att det är särskilt svårt att bedöma lidande för patienter som har haft livslång funktionsnedsättning (Tuffrey-Wijne, Curfs, Finlay & Hollins, 2018).

Även från Belgien finns fallbeskrivningar av dödshjälp för patienter med autism. Ett exempel rör en 38-årig autistisk kvinna (Melville, 2019, s. 1). Familjen har ifrågasatt patientens autismdiagnos, fastställd två månader innan dödshjälpen utfördes. De hävdar att hon hade en depression orsakad av en nyligen avslutad kärleksrelation. Ärendet har anmälts till vanlig domstol.

4.1.4 Könsfördelning

Studier från båda länderna tyder på att minst 70 procent av de psykiatriska patienterna som får dödshjälp är kvinnor (Thienpont et al., 2015; Kim, De Vries & Pateet, 2016). Det indikerar att kvinnor med psykiatriska tillstånd är mer sårbara för att få dödshjälp. För självmord är det

tvärtom, i EU 2011 till 2015 stod män för fyra av fem självmord enligt Eurostat-databasen.

Könsfördelningen är anmärkningsvärd. Kvinnor gör betydligt fler suicidförsök än män, men använder sig oftare av 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.

4.1.5 Ålder

Psykiatriska patienter som fått dödshjälp har varit betydligt yngre än övriga patienter. Av samtliga som fick dödshjälp i Belgien 2014 till 2017 var 1,4 procent yngre än 40 år, motsvarande siffra för psykiatriska patienter var 21 procent (CFCEE, 2016; 2018). Nederländerna visar liknande resultat. Detta är svårförståeligt, då psykiatriska tillstånd, som beskrivits ovan, har en lång förväntad överlevnad och oftast är behandlingsbara.

4.1.6 Bristande regelverk

Den nederländska studien av Kim et al. (2016) visar att i över hälften av fallen var inte alla behandlingsmöjligheter uttömda, då patienten vägrat ta del av något eller några alternativ som hade kunnat förbättra deras tillstånd. Därmed kan tillstånden inte betraktas som teraporefraktära. Drygt en fjärdedel dog med hjälp av en läkare som inte tidigare varit inblandad i deras behandling och som bara känt patienten några dagar eller veckor (Appelbaum, 2016; se även kap. 13).

Det var vanligt att läkarna inte var överens om att kriterierna för dödshjälp var uppfyllda och att den oberoende och obligatoriska psykiatriska bedömningen saknades. Eventuella brister i hanteringen av dödshjälpen påpekas dessutom av anhöriga till patienterna, inte av de granskande myndigheterna.

4.1.7 Shopping for doctors, dödshjälpsläkare och dödshjälpskliniker

I båda länderna kan en patient som nekats dödshjälp av en läkare vända sig till andra läkare för både en »second» och »third opinion», så kallad

»shopping for doctors». I Belgien finns en enskild psykiater som ensam står för 35 till 50 procent av landets dödshjälp för psykiatriska patienter (Claes et al., 2015).

I Nederländerna bistår ofta den särskilda eutasikliniken Levensindekliniek i Haag med en »second opinion». Verksamheten startade 2012, och har ett halvt dussin mobila team som kan ge patienter den dödliga injektionen i deras egna hem. 2017 stod Levensindekliniek för 62 procent av all dödshjälp till psykiatriska patienter (RTE, 2018; se även kap. 13).

4.2 Oregon och Washington

Oregon och Washington införde som de första amerikanska delstaterna läkarassisterat självmord 1997 och 2009 (se även kap. 14). Patienternas skäl till dödshjälp är främst psykologiska och psykosociala. En majoritet, 50 till 90 procent, anger minskad autonomi, svårigheter att delta i glädjefyllda aktiviteter, minskad värdighet samt att de är en börda för familjen som de främsta skälen till dödshjälp (Oregon Health Authority, 2019; Washington State Department of Health, 2018, s. 8).

Trots att de som fick läkarassisterat självmord i Oregon och Washington oftast angav psykologiska och sociala skäl, är det få som bedömts av en psykiater och andelen minskar. De första åren bedömdes nästan var fjärde patient, de senaste åren har var femtionde patient bedömts av en psykiater. I en studie från Oregon före legaliseringen ansåg bara sex procent av psykiatrikerna att de efter ett enstaka besök var tillfreds med bedömningen av om en psykiatrisk patient som ansökte om läkarassisterat självmord (PAS) var beslutskapabel (Ganzini et al., 1996). Således krävs oftast flera besök för att göra en korrekt bedömning.

Enligt delstaternas lagar kan en patient med ett psykiatriskt tillstånd få PAS, om patienten bedöms beslutskapabel. Förfarandet är mycket tveksamt. Ett psykiatriskt tillstånd bör enligt min uppfattning utesluta dödshjälp, eftersom dödsönskan ingår som ett symtom i det psykiatriska tillståndet som nästan alltid är behandlingsbart.

I Oregon kan en psykiatrisk patient få dödshjälp även på annat sätt. Om patienten avstår behandling och därmed bedöms ha högst sex månader kvar att leva, kan hen få dödshjälp (Andreen et al., 2018). Flera fall

där patienter har avbrutit sådan livsuppehållande behandling för att därmed få PAS har konstaterats. Psykiatriska patienter som är suicidala kan därmed få dödshjälp genom att avsluta en livsuppehållande somatisk eller psykiatrisk behandling, till exempel vid en djup depression tacka nej till ECT.

Slutsats

Inom psykiatrin ser vi dödsönskan som ett symptom på ett psykiatriskt tillstånd eller en livskris. Denna i vid bemärkelse psykiska ohälsa är utifrån forskning och väl beprövad erfarenhet nästan alltid behandlingsbar med hjälp av samtalsbehandling och ibland tillägg av mediciner. Detta är ett av många skäl till att dödshjälp till en psykiatrisk patient bör vara helt uteslutet.

Utifrån forskning på patienter som önskar dödshjälp har många ett psykiatriskt tillstånd eller en livskris. De bör få samma behandling som de självmordsbenägna psykiatriska patienterna. Med stor sannolikhet blir många därmed av med sin önskan om dödshjälp. Psykiatrin kan inte särskilja de som borde få hjälp att leva och de som borde få dö.

Referenser

- Andreen, J., Stähle, F., Luthman, M., Herlofson, J., Wasserman, D., Jacobsson, L. ... Fritzell, K. (2018, 22 februari). Risk att suicidala ges dödshjälp med ny modell. *Svenska Dagbladet*. Hämtad från <https://www.svd.se/risk-att-suicidala-ges-dodshjalp-med-oregons-modell>
- Appelbaum, P. S. (2016). Physician-assisted death for patients with mental disorder – reasons for concern. *JAMA Psychiatry*, 73(4), 325–326.
- Appelbaum, P. S. (2017). Should mental disorders be a basis for physician-assisted death? *Psychiatry Online*, 68(4), 315–317. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700013>
- Aviv, R. (2015, 22 juni). Letter from Belgium. The death treatment. When should people with a non-terminal illness be helped to die? *The New Yorker*. Hämtad från <https://www.newyorker.com/magazine/2015/06/22/the-death-treatment>
- 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.

- Bonghenhielm, A., Gyllenhammar, E. & Lundström, S. (2016, 5 februari). Sverige halkar inte efter i dödshjälpsfrågan. *Dagens Nyheter*. Hämtad från <https://www.dn.se/debatt/replikor/sverige-halkar-inte-efter-i-dodshjalpsfragan/>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2008). *Laagste aantal zelfdodingen sinds 1975*. Hämtad från <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2008/39/laagste-aantal-zelfdodingen-sinds-1975>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2018). *1 917 zelfdodingen in 2017*. Hämtad från <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/27/1-917-zelfdodingen-in-2017>
- Claes, S., Vanbouvvel, L., Haekens, A., Eneman, M., Otte, G., De Lepeleire, J., ... Lemmens, W. (2015). Euthanasia for psychiatric patients: Ethical and legal concerns about the Belgian practice. Letter to the editor. *BMJ Open*. Hämtad från <https://bmjopen.bmj.com/content/5/7/e007454.responses#euthanasia-for-psychiatric-patients-ethical-and-legal-concerns-about-the-belgian-practice>
- Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie (CFCEE). (2016). *Septième rapport aux Chambres législatives, années 2014–2015*. Hämtad från https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/7_rapport-euthanasie_2014-2015-fr.pdf
- Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie (CFCEE). (2018). *8e rapport aux Chambres législatives – Chiffres des années 2016–2017*. Hämtad från https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/8_rapport-euthanasie_2016-2017-fr.pdf
- Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie (CFCEE). (2019). *Chiffres de l'année 2018*. Hämtad från <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/euthanasie-chiffres-de-lannee-2018>
- 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.
- Dierickx, S., Dellens, L., Cohen, J. & Chambaere, K. (2017). Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: Analysis of officially reported cases. *BMC Psychiatry*, 17.
- Flycht, L. (2015). Schizofreni är fortfarande en stigmatiserande sjukdom. *Läkartidningen*, 112(42). Hämtad från <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/etik-och-lakarroll/2015/10/schizofreni-ar-fortfarande-en-stigmatiserande-sjukdom/>
- 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.
- Ganzini, L., Fenn, D. S., Lee, M. A., Heintz, R. T., Bloom, J. D. (1996). Attitudes of Oregon psychiatrists towards assisted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 153(11), 1469–1475.

- Hansen, A. (2017, 29 juni). Överläkaren: Flera självmord skulle kunna undvikas. *Svensk Dagbladet*. Hämtad från <https://www.svd.se/overlakaren-manga-sjalvmord-skulle-kunna-undvikas>
- Jones, D. A. & Paton, D. (2015). How does legalization of physician-assisted suicide affect rates of suicide? *Southern Medical Journal*, 108(10), 599–604. Hämtad från <https://pdfs.semanticscholar.org/6df3/55333ceecc41b361da6dc996d90a17b96e9c.pdf>
- Kelly, B., Burnett, P., Pelusi, D., Badger, S., Varghese, F. & Robertson, M. (2003). Factors associated with the wish to hasten death: A study of patients with terminal illness. *Psychological Medicine*, 33(1), 75–81.
- Kelly, B., Handley, T., Kissane, D., Vamos, M. & Attia, J. (2019). »An indelible mark» The response to participation in euthanasia and physician-assisted suicide among doctors: A review of research findings. *Palliative & Supportive Care*, online first 25 juli. <https://doi.org/10.1017/S1478951519000518>
- Kim, S. Y. H., De Vries, R. G. & Peteet, J. R. (2016). Euthanasia and assisted suicide of patients with psychiatric disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *JAMA Psychiatry*, 73(4), 362–368. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2887>
- Lemmens, W. (2017). Psychiatric patients and the culture of euthanasia in Belgium. I D. A. Jones, C. Gastmans, C. MacKellar (Red.), *Euthanasia and assisted suicide. Lessons from Belgium* (s. 258–277). Cambridge: Cambridge University Press.
- McCormack, R. & Price, A. (2014). Psychiatric review should be mandatory for patients requesting assisted suicide. *General Hospital Psychiatry*, 36(1), 7–9.
- Melville, N. A. (2019, 19 februari). Criminal case spurs a rethink of euthanasia for mental illness. *Medscape Medical News*. Hämtad från <https://www.medscape.com/viewarticle/909233>
- Olsson, H. (2015). Sätt en »broms» på diagnoserna inom psykiatrin. *Läkartidningen*, 112(13). Hämtad från <http://www.lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2015/03/Satten-broms-pa-diagnoser-inom-psykiatrin/>
- Oregon Health Authority. (2019). *Death with dignity annual reports. Oregon's Death with Dignity Act – 2018*. Hämtad från <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year21.pdf>
- Persson, C., Kardell, M., Annerbrink, K., Isgren, A., Karanti, A., Landén, M. (2017). Läkemedelsriktlinjer för bipolär sjukdom följs i hög utsträckning. *Läkartidningen*, 114(1–2), 1–4. Hämtad från <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/originalstudie/2017/01/lakemedelsriktlinjer-for-bipolar-sjukdom-foljs-i-hog-utstrackning/>
- Pressly, L. (2018, 9 augusti). The troubled 29-year-old helped to die by Dutch doctors. *BBC News, The Netherlands*. Hämtad från <https://www.bbc.com/news/stories-45117163>

- 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.
- De Rijksoverheid Voor Nederland. (2017). Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Haag, ZonMw, 2017, series of evaluation regulations, part 40. Hämtad från <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/05/23/derde-evaluatie-wet-toetsing-levensbeëindiging-op-verzoek-en-hulp-bij-zelfdoding>
- RTE. (2015). Regionale Toetsingcommissie Euthanasie. Hämtad från <https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken/publicaties/oordelen/2015/psychiatrisch/oordeel-2015-64>
- RTE. (2018). Regionale Toetsingcommissie Euthanasie. *Jaarverslag 2017*. Hämtad från <https://www.euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/uitspraken/jaarverslagen/2017/mei/17/jaarverslag-2017>
- RTE. (2019). Regionale Toetsingcommissie Euthanasie. *Jaarverslag 2018*. Hämtad från <https://www.euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/uitspraken/jaarverslagen/2018/april/11/jaarverslag-2018>
- Runeson, B. (2017). Partners suicid kopplades till ökad risk för suicid och sjukdom. *Läkartidningen*, 114(17). Hämtad från <http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Nya-ron/2017/03/Partners-suicid-okade-risk-for-suicid-psykisk-och-somatisk-sjukdom/>
- Rutz, W. (2016). Manlig depression, stress och suicid i förändringstider. *Tidskriften för Svensk Psykiatri*, (4), 34–36. Hämtad från <http://www.svenskpsykiatri.se/wp-content/uploads/2017/02/SP-nr-4-2016.pdf>
- Schayn, M. (2017, 17 maj). Forskning om suicid och äldre ligger efter enormt. *Svenska Dagbladet*. Hämtad från <https://www.svd.se/forskare-racker-inte-att-ge-aldre-antidepressiva>
- Schernhammer, E. S. & Colditz, G. A. (2004). Suicide rates among physicians: A quantitative and gender assessment (meta-analysis). *The American Journal of Psychiatry*, 161, 2295–2302. Hämtad 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
- Socialstyrelsen. (2017). *Vård vid depression och ångestsyndrom: Stöd för styrning och ledning*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20743/2017-12-4.pdf>
- Strang, P. (2013). Existentiell kris – varför behöver den beforskas? *Socialmedicinsk tidskrift*, 90(1), 127–131.
- Strang, P. (2016). Existentiell kris i livets slutskede förstärker de fysiska symtomen. Minskad ångest och känsla av gemenskap kan minska upplevelsen av smärta. *Läkartidningen*, 113(47), 1–3. Hämtad från <https://lakartidningen.se/klinik-och->

- vetenskap-1/artiklar-1/temaartikel/2016/11/existentiell-kris-i-livets-slutskede-forstarker-de-fysiska-symtomen/
- 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.
- Thienpont, L., Verhofstadt, M., Van Loon, T., Distelmans, W., Audenaert, K. & De Deyn, P. P. (2015). Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: A retrospective, descriptive study. *BMJ Open*, 5, e007454. Hämtad från <https://bmjopen.bmj.com/content/5/7/e007454>
- Tsou, J. Y. (2015). DSM-5 and psychiatry's second revolution: Descriptive vs. theoretical approaches to psychiatric classification. I S. Demazeux & P. Singy (Red.), *The DSM-5 in perspective* (s. 43–62). Springer.
- Tuffrey-Wijne, I., Curfs, L., Finlay, I. & Hollins, S. (2018). Euthanasia and assisted suicide for people with an intellectual disability and/or autism spectrum disorder: An examination of nine relevant euthanasia cases in the Netherlands (2012–2016), *BMC Medical Ethics*, 19, 17. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0257-6>
- 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.
- Waern, M., Runeson, B., Allebeck, P., Beskow, J., Rubenowitz, E., Skoog, I. & Wilhelmsson, K. (2002). Mental Disorder in elderly suicides: A case-control study. *The American Journal of Psychiatry*, 159(3), 450–455. Hämtad från <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.159.3.450>
- Washington State Department of Health. (2018). 2017 Death with Dignity Act report. Hämtad från <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/422-109-DeathWithDignityAct2017.pdf>.

Ordforklaringer

- anhängare: tilhengere (D, N)
- enkom: specifikt (D), utelukkende (N)
- förfarandet: proceduren (D), prosessen (N)
- förhållningssätt: måte at/å forholde sig/seg på (D/N)
- förknippade: forbundet med (D, N)
- hopp: håb (D), håp (N)
- i vid bemerkelse: i vid forstand (D, N)
- känna: føle (D, N)

lämplig: adekvat (D, N)
måendet: tilstanden (D, N)
mått dårligt: har følt sig/seg dårlig, hatt det dårlig (D/N)
påfrestingar: belastninger (D, N)
senerelägga: utskyde (D), utsette (N)
sette ut/sette inn: seponere, initiere (om behandling) (D, N)
sjålvmondsbenåagna: selvmordstruede (D, N)
skattningsskalar: scoringssystemer (D, N)
skov: tilbakefald (D), forverring (N)
skyldighet: pligt (D), plikt (N)
skål: årsag (D), årsak (N)
syfte: formål (D, N)
undanhåller: tilbakeholder/holder tilbake (D/N)
uthårdliga: til at/å holde ud/ut(D/N)
utvårdere: evaluere (D, N)
varelse: skabning (D), skapning (N)
vattenytan: vandoverfladen (D), vannflaten (N)
vetskapen: erkendelsen (D), erkjennelsen (N)
årenden: tilfeller (D), saker (N)

