

Model de desplegament de la prestació de l'eutanàsia i el suïcidi assistit

Document de treball

Maig de 2021



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

S/Sistema de
Salut de Catalunya

Resultats enquesta

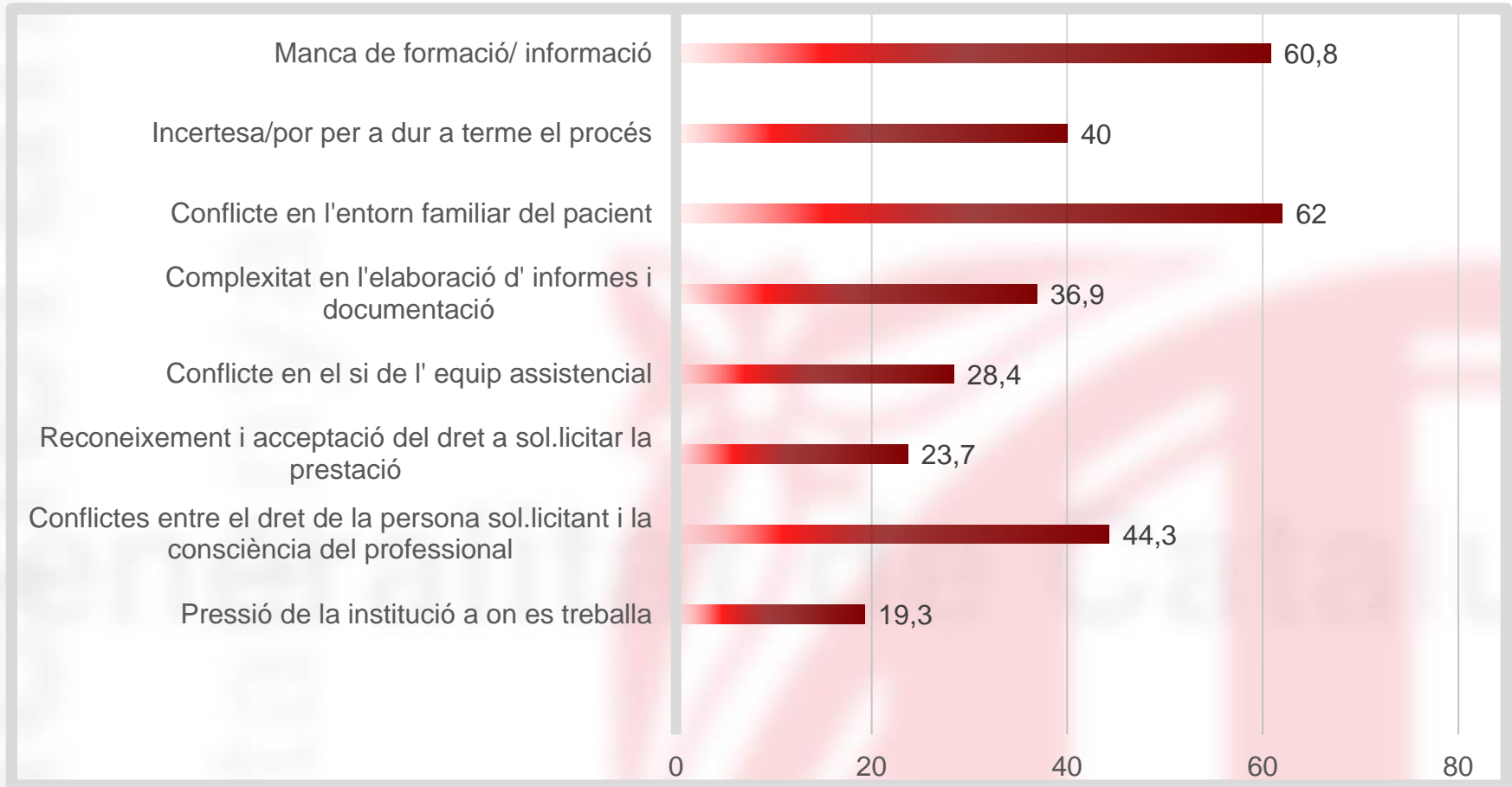
- Total de respostes: 15.636
- 81,6 % dones
- Centre públic o concertats de la xarxa SISCAT: 82,9%
- Titulació: infermeria → 68,6%, medicina, psicologia i treball social
- Especialitat medicina: MFIC 28%
 - Hi ha resposta: pediatria, MI, anestesiologia, ginecologia, psiquiatria cirurgia general, COT, UCI, neurologia, medicina del treball, cardiologia, oftalmologia, A.digestiu, radiodiagnòstic, oncologia, dermatologia, cures pal·liatives, hematologia, pneumologia, geriatria, medicina física i rehabilitació, i urologia.
- Àmbit de treball: hospital, atenció primària. El 71% assistència general, cronicitat, cures pal·liatives, i altres.

Resultats enquesta

- Resposta per territoris: Barcelona, Metropolitana Nord i Metropolitana Sud: 68,6%
- Coneixement de la llei orgànica: poc → 57%, bastant → 29,2%
- A favor del dret a la eutanàsia: 91,6%
- Qui ha de participar en el procés: 93% diferents membres → TS, psicòlegs, metges, infermeria
- Es necessària l'existència d'un equip assessor: 90% (suport necessari: tècnic, emocional)
- Àmbit per a realitzar la prestació: 90,5 % escull el pacient
- És necessari fer formació: 95,5% Sí

Resultats enquesta:

Dificultats que poden trobar els professionals per atendre una petició (%)



Rols professionals

Figures que la Llei explicita:

- 1. Metge/ssa responsable (MR)**
- 2. Metge/ssa consultor/a (MC)**
- 3. Infermer/a**

Figures rellevants que la Llei no explicita concretament:

- Treballador/a social
- Referents salut mental: psicòlegs clínics - psiquiatres
- Comitè d'Ètica Assistencial (CEA)
- Altres especialistes

Rols professionals: MR

“S’entén per “metge responsable” el facultatiu que té al seu càrrec coordinar tota la informació i l’assistència sanitària del pacient, amb el caràcter d’interlocutor principal d’aquest en tot el referent a la seva atenció i informació durant el procés assistencial, i sense perjudici de les obligacions d’altres professionals que participen en les actuacions assistencials.”

És el **metge escollit pel pacient** entre els metges que el pacient consideri oportú, preferentment professionals que participen del seu procés assistencial principal (aquell que inclou la patologia per la qual es demana la prestació).

Criteri d’activació:

- El pacient manifesta la seva voluntat respecte la designació al metge responsable de la prestació

Funcions MR (I)

1. Acompanya el pacient durant tot el procés, des de la sol·licitud d'aquest fins a l'execució de la prestació a domicili, o bé en règim internament, i en ambdues modalitats i posterior acompanyament a la família.
2. Orienta i resol dubtes del pacient durant tot el procés.
3. Verifica que la sol·licitud reuneixi tots els requisits establerts per la Llei.
4. Verifica si existeix Document de Voluntats Anticipades (DVA), especialment en el cas de dubte o deteriorament de la capacitat cognitiva.
5. Comunica i consensua si s'escau, amb els diferents professionals de l'equip assistencial, especialment infermeria, el cas sol·licitant de prestació.

Funcions MR (II)

6. Contacta amb els professionals que consideri necessari per assessorar-se o resoldre dubtes.
7. Realitza els informes requerits segons la Llei.
8. Contacta amb el Metge Consultor, en el termini establert.
9. Pot detectar voluntat de donació d'òrgans, i activa el circuit, si s'escau (*en aquest cas la prestació no podrà realitzar-se a l'àmbit domiciliari*)
10. Canalitza la informació entre el CGiA, pacient, equip i família, si s'escau.
11. Prescriu la medicació per a la execució de la prestació.

Rols professionals: MC

“S’entén per “metge consultor”, el facultatiu **amb formació en l'àmbit de les patologies** que pateix el pacient i que **no pertany al mateix equip del metge responsable**”.

És el metge que realitza una “segona opinió”. Ha d’estudiar la història clínica del pacient i examinar-lo, per tal de corroborar les condicions establertes a la Llei i realitzar un informe dirigit a l’MR.

- Metge, **preferentment** de la disciplina que tracta la patologia prevalent del pacient, conegui o no a aquest, sigui o no sigui del mateix centre/àrea. Proporciona una “segona opinió” respecte a la situació del pacient.
- Pot ser d’una especialitat diferent però **amb competència / coneixement** per valorar la patologia del pacient i les necessitats clíniques, pronòstic i alternatives.

Rols professionals: MC

Criteri d'activació:

- El Metge Responsable contactarà **formalment** amb el Metge Consultor (MC) en el termini establert per la Llei.

Funcions:

- Estudia la història clínica del pacient i l'examina.
- Corroborar el compliment de les condicions establertes a la Llei en els terminis establerts
- Revalora la voluntat del pacient, la situació irreversible de la seva malaltia i l'absència de tractaments curatius.
- Realitza un informe i el fa arribar a l'MR mitjançant els circuits i terminis establerts.

Rols professionals: Infermer/a

*“En el cas de que el pacient manifestés el seu desig de continuar amb el procediment, el metge responsable haurà de comunicar aquesta circumstància a l'equip assistencial, **especialment als professionals d'infermeria**, així com, en el cas de que així ho sol·liciti el pacient, als familiars o persones properes que assenyali”.*

És el professional que acompanya el pacient durant tot el procés, juntament amb altres membres de l'equip assistencial, des de la sol·licitud d'aquest fins a l'execució de la prestació.

Criteri d'activació:

- Activació **autònoma** en el moment que objectiva una sol·licitud per part del pacient/família. Activació en el moment en què l'MR ho comunica.

Rols professionals: Funcions Infermeria (1)

1. Acompanya el pacient durant tot el procés, des de la sol·licitud d'aquest fins a l'execució de la prestació, i en ambdues modalitats (eutànasia activa, suïcidi assistit).
2. Vetlla per la continuïtat assistencial, l'atenció integral i el confort, la coordinació del procés i la comunicació amb el pacient i família.
3. **Pre-prestació:** presa de decisions, coordinació, comunicació i informació, atenció integral, identificació necessitats emocionals, facilitar l'activació d'altres professionals.

És facilitadora d'informació per al pacient i pot participar en l'intercanvi d'informació, conjuntament amb l'MR en el moment deliberatiu. Valora àmbit de prestació.

Rols professionals: Funcions Infermeria (II)

- 4. Prestació:** Coordinar l'elaboració d'un pla de cures per al procés de prestació adaptat a la modalitat, àmbit i tipus d'acompanyament, individualitzat segons les necessitats del pacient/família i membres de l'equip sanitari.
- *modalitat: auto administrada o assistida. Conèixer protocol farmacològic, garantir accés intravenós si s'escau, ...*
 - *àmbit: domicili o hospitalari*
 - *acompanyament: abans, durant i després*
- 5. Post-prestació:** cures després de la mort i acompanyament al dol en col·laboració amb altres professionals, si s'escau.

Rols professionals

Criteria d'activació d'altres professionals:

- L'MR pot activar, sempre que ho consideri oportú, la participació d'altres professionals (treball social, referents de salut mental, altres especialistes, Comitè d'Ètica Assistencial, etc.), en qualsevol moment del procés de la prestació, com a membres de l'equip assistencial o com a interconsultors.
- La sol·licitud té relació amb l'àmbit de la seva competència, i permet objectivar-proporcionar informació complementària per facilitar la presa de decisions i garantir millor qualitat cap a la persona, durant tot el procés.

Rols professionals: Treball Social

- En els processos de final de vida, els treballadors socials identifiquen les persones i llurs famílies com a unitat. Sovint l'acceptació de la mort per la família té una influència en la forma en què la persona suporta la seva finitud.
- D'igual manera, saber quines necessitats familiars no seran desateses quan falti, pot alleugerir el pes de la mort.

Rols professionals: Treball Social

Criteria d'activació:

- Sempre quan formi part d'equips interdisciplinaris.
- Sempre que ho manifesti la persona o el nucli familiar.
- Sempre davant supervivents vulnerables, menors, persones grans, o altres situacions.
- Sempre davant persones sense família o sense vincles familiars.
- Sempre que calgui mobilitzar recursos a la comunitat.

Rols professionals: Salut Mental

Professionals referents de Salut Mental: Psicòlegs Clínics / Psiquiatres

- Davant d'una demanda d'eutanàsia per patiment psicològic intolerable.
- Davant d'un pacient que sol·licita l'eutanàsia i presenta símptomes de difícil control, i quan el metge responsable consideri que pot estar influït / condicionat pel malestar emocional.
- En cas que la persona tingui un procés d'acompanyament previ d'un especialista en Salut Mental, per tal de conèixer la seva evolució.
- En aquells casos de pacients en què es requereix una valoració de la capacitat del pacient per a la presa de decisions.

Rols professionals: Salut Mental

Atenció a les famílies:

- Quan la família ho sol·licita, mentre el pacient està en situació de final de vida.
- Quan la família sol·licita suport psicològic per al procés de dol posterior. És important assenyalar que el dol per mort per eutanàsia pot incrementar el risc de dol complex.

Atenció als equips:

- Quan demanen suport en l'avaluació del pacient.
- Quan demanen suport davant la presa de decisions difícils.
- Quan el procés genera al professional sanitari un malestar emocional.

Rols professionals: Salut Mental

- Aspectes que cal tenir en compte:
 - Perfil: **Vinculats a PADES o serveis de cures pal·liatives (més experiència).**
 - Vinculats a Atenció Primària. Cal formació.
 - Psicòlegs clínics de l'interconsulta hospitalària. Cal formació.

Rols professionals: CEA

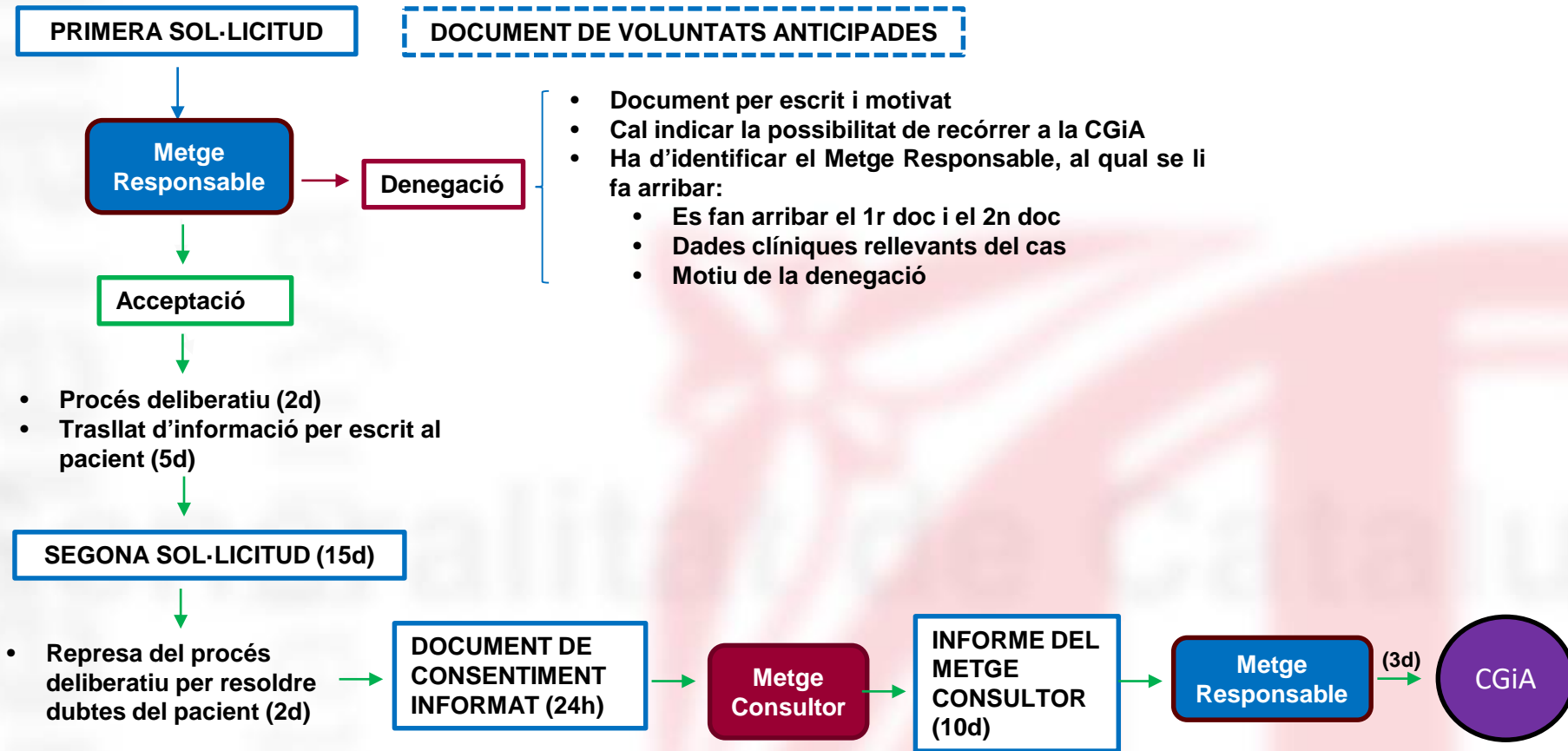
- En cas de resolució-orientació conflictes ètics (fòrum de deliberació ètica, donant suport a decisions complexes, establir recomanacions i guies de bona praxi).
- En cas de pacient amb alta complexitat, per fer atenció multidisciplinària.
- Si l'MR i l'equip assistencial ho demanen.
- Com a nexa d'unió de l'equip i el CGiA.
- Si hi ha dubtes de l'àmbit jurídic o aplicació de la Llei.
- Si cal monitoratge en temes generals (núm. sol·licituds, incidències, circuits interns...) de la prestació en referència al centre/àrea o CGiA.

Rols professionals

Criteria d'activació d'altres professionals:

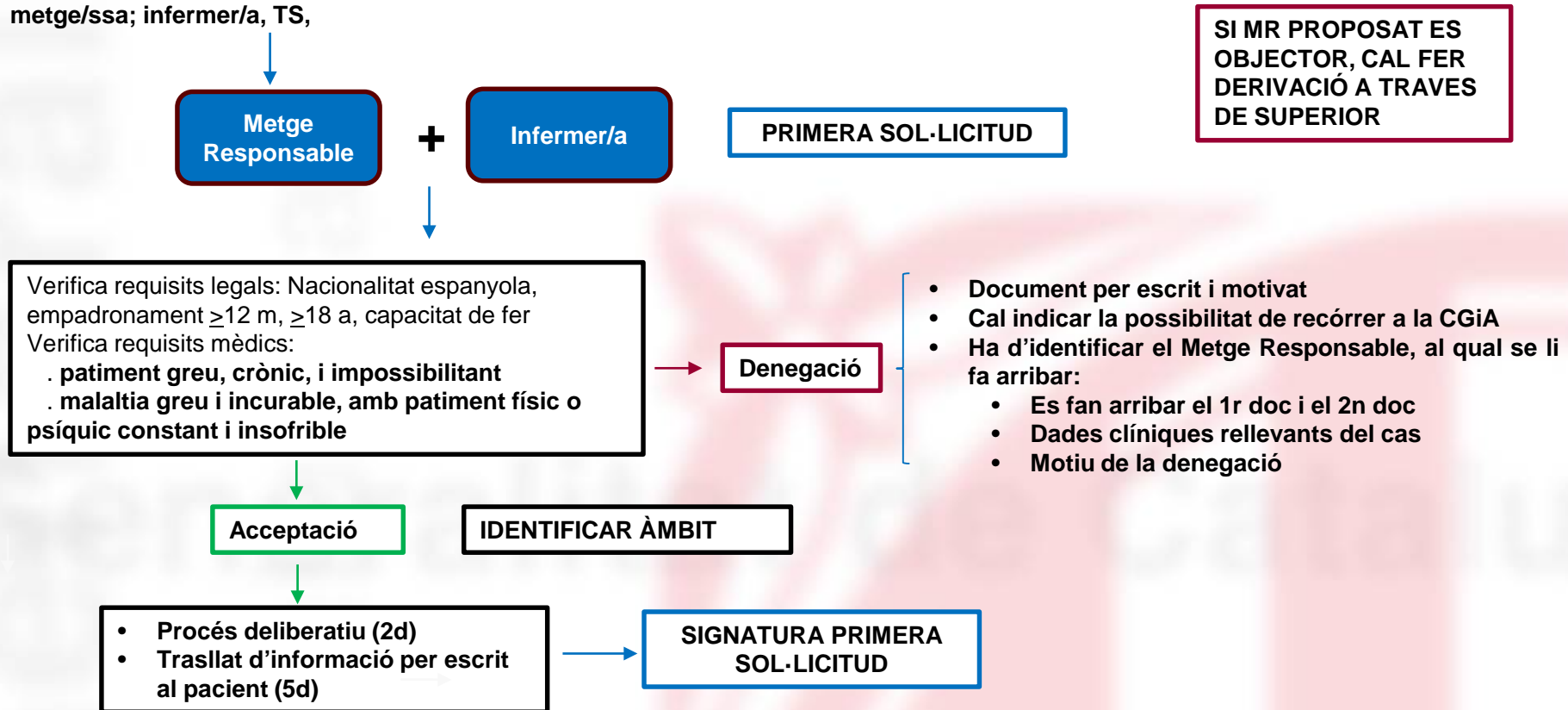
- En cas de necessitat d'assessorament, resolució de dubtes respecte a la **situació clínica** del pacient.
- En cas de necessitat d'assessorament específic en cas de dubte respecte a la **capacitat de la persona**.
- En cas de pacient amb **alta complexitat**, per fer atenció multidisciplinària.
- Per poder proporcionar informació respecte **els recursos** de suport a l'hora de realitzar el procés deliberatiu amb el pacient.
- En cas de detectar necessitats relacionades amb la sol·licitud de la persona.
- Sempre que l'MR ho consideri adient.

Llei orgànica de regulació de l'eutanàsia



Llei orgànica de regulació de l'eutanàsia

ES FA DEMANDA: A qualsevol professional:
metge/ssa; infermer/a, TS,



Procés deliberatiu

Article 4: *“La decisió de sol·licitar la prestació d’ajut per morir ha de ser decisió autònoma, fonamentada en el CONEIXEMENT sobre el seu procés mèdic, després de ser informat adequadament per l’equip sanitari responsable. Ha de quedar constància a l’HCAP”*

- Cal explicar diagnòstic, possibilitats terapèutiques i resultats esperats, cures pal·liatives.
- Cal assegurar-se que ha entès la informació.

Incapacitat

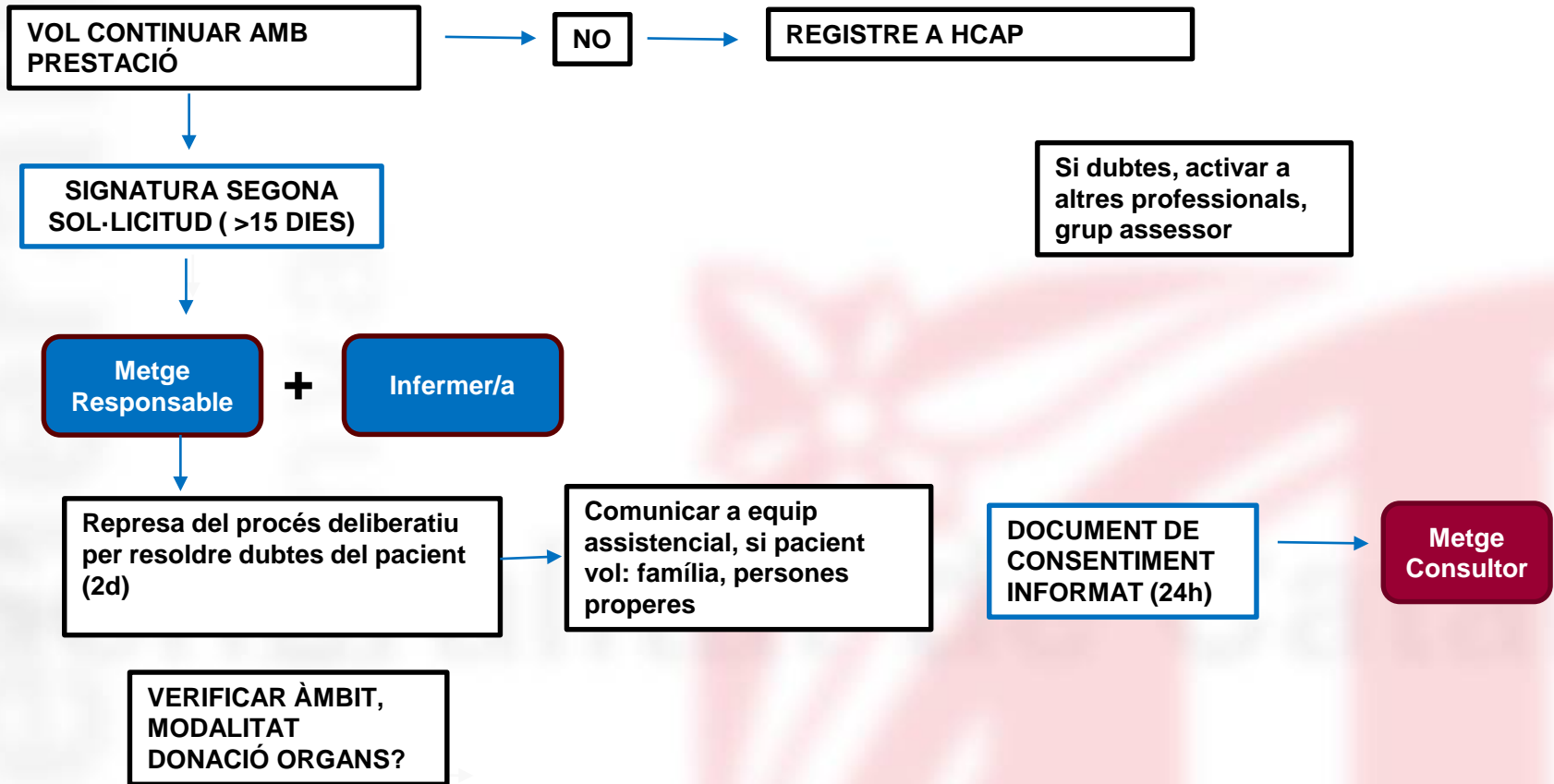
“Situació en la qual el pacient no té enteniment ni voluntat suficient per regir-se de forma autònoma, plena i efectiva per si mateix”

- **Si l'MR objectiva incapacitació, cal preguntar si pacient té DVA:**
 - Si en té i recull que volia fer prestació d'eutanàsia, es pot fer acceptació de la prestació.
 - Si en té i no expressa la voluntat: DENEGACIÓ

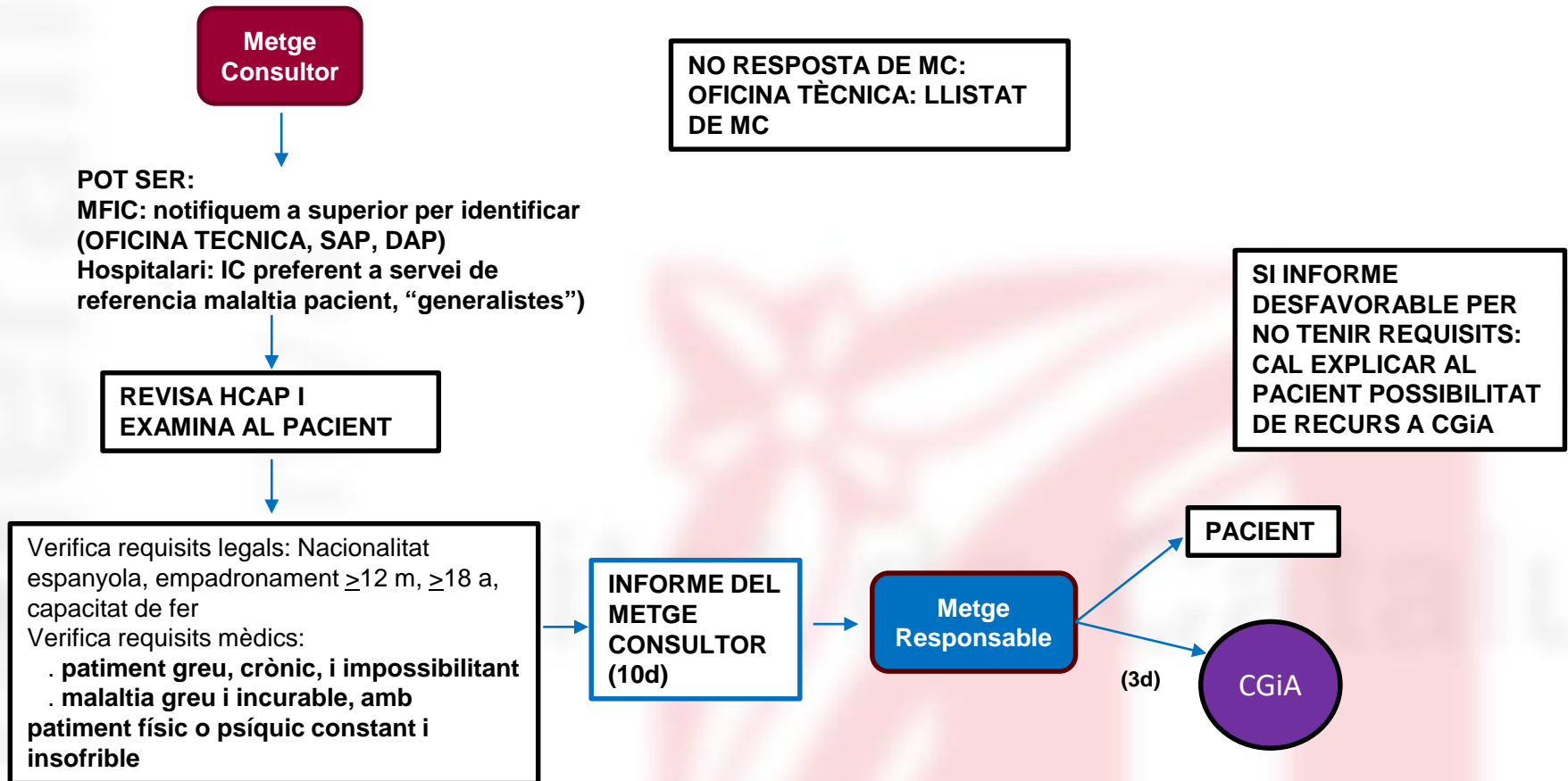
- **Si l'MR té DUBTES DE LA CAPACITACIÓ:** ACTIVAR psicòleg clínic per fer valoració de la capacitat.

- **Si l'MR considera una pèrdua de capacitat imminent,** es pot acceptar un període de temps per fer la prestació inferior.

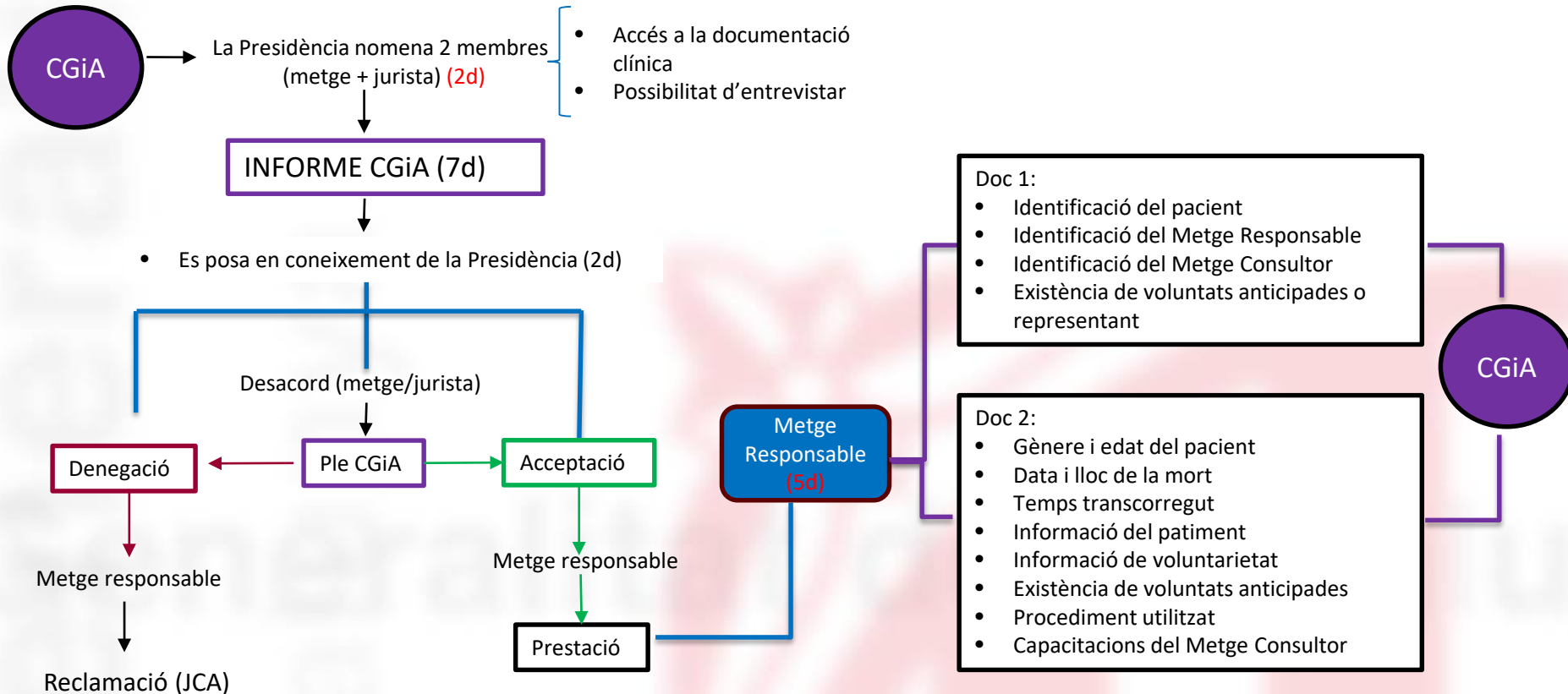
Llei orgànica de regulació de l'eutanàsia



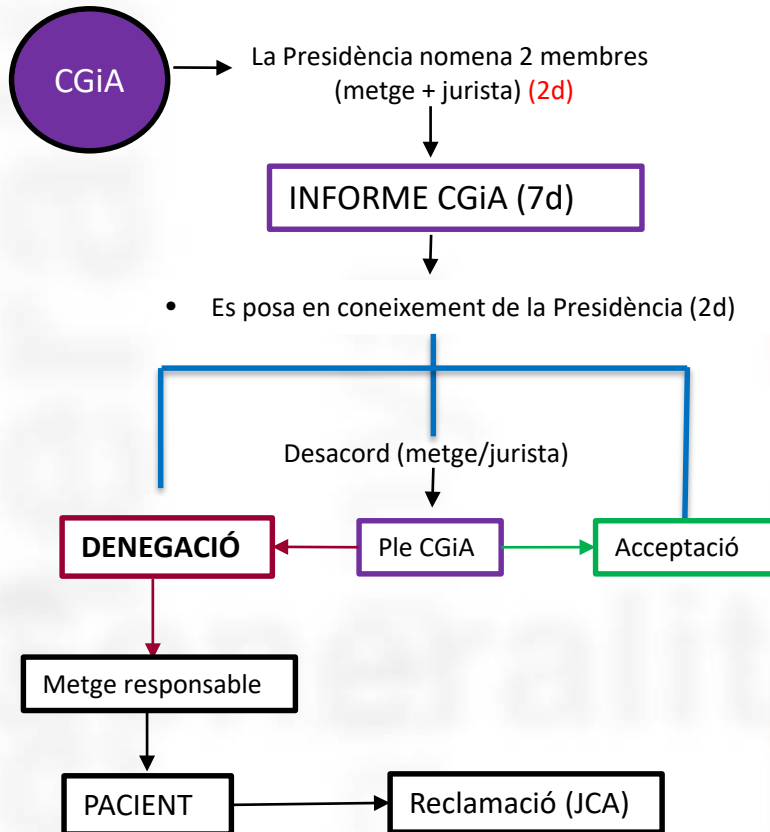
Llei orgànica de regulació de l'eutanàsia



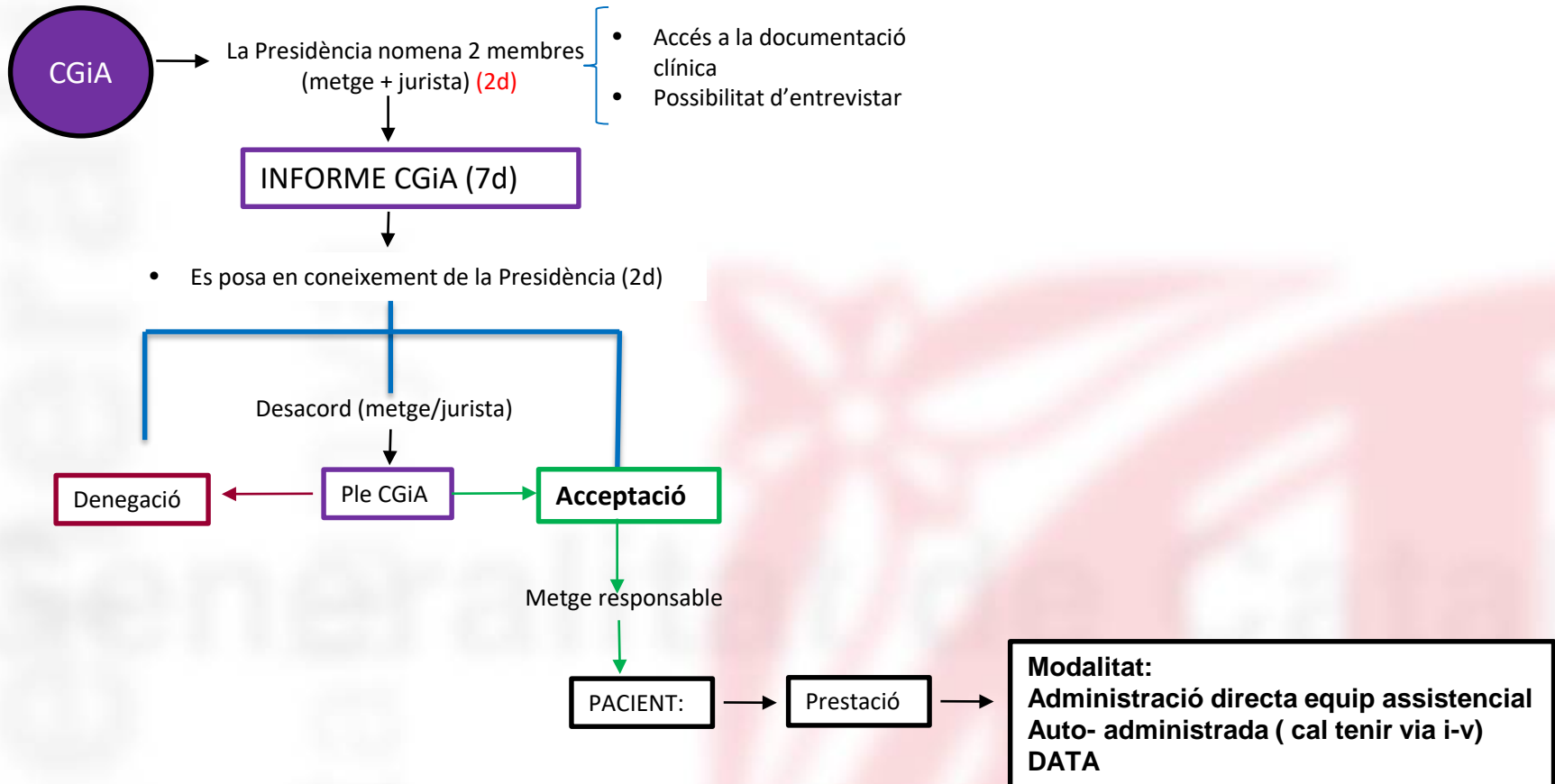
Llei orgànica de regulació de l'eutanàsia



Llei orgànica de regulació de l'eutanàsia



Llei orgànica de regulació de l'eutanàsia



Protocol farmacològic

□ MODALITAT

- Administrada per equip assistencial (via i-v)
- Auto- administrada: sempre cal una via i-v, per si hi ha complicacions

□ Dificultats detectades per l'auto-administrada:

- Fàrmacs orals altres països: no disponibles al territori, calen fórmules magistrals.
- OPCIÓ que s'està valorant: Via i-v amb bomba, i que sigui pacient qui posi en marxa la bomba

Protocol farmacològic

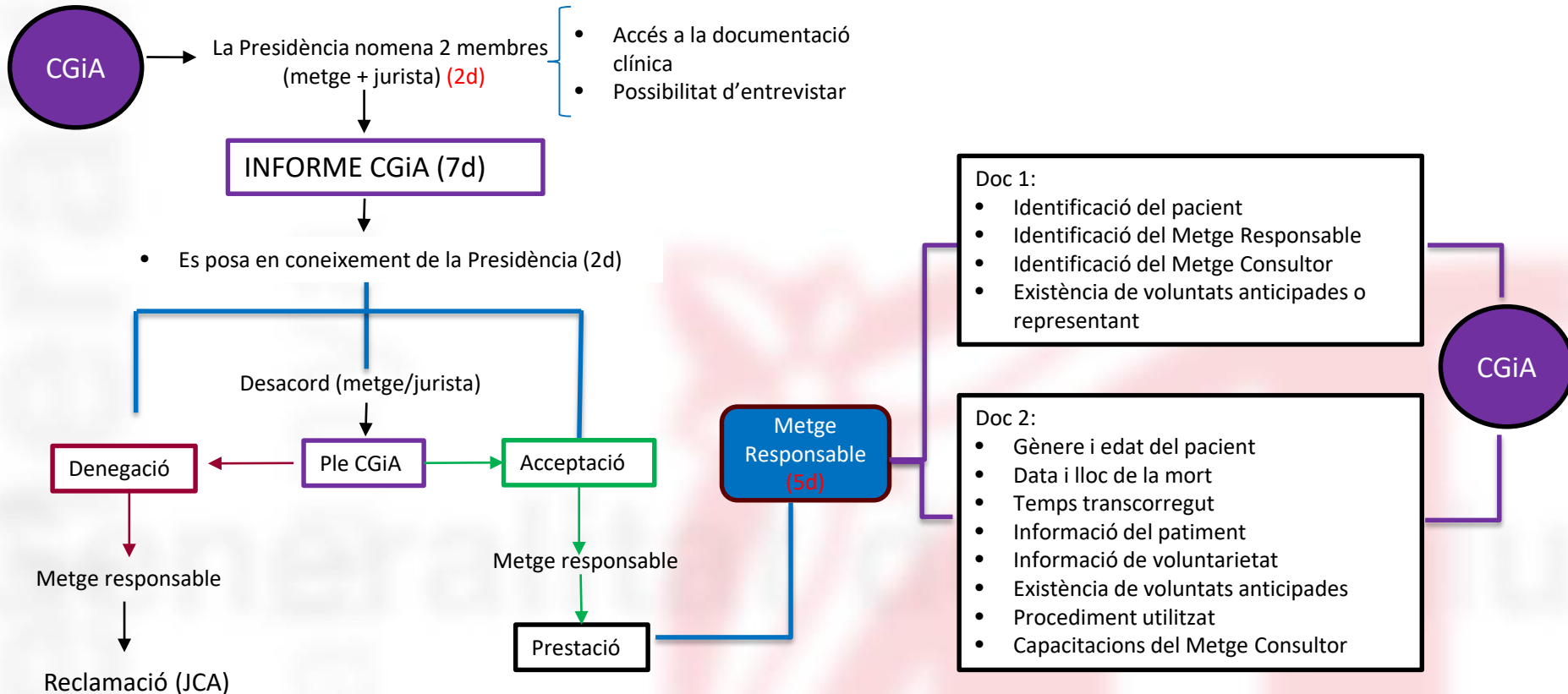
- FASES** de l'administració de fàrmacs:
 - **Pre-medicació:** Midazolam, Lidocaïna
 - **Coma farmacològic:** Propofol, Tiopental
 - **Bloqueig neuromuscular:** Rocuroni, Atracuri

- Cal assegurar que el pacient està en coma abans d'administrar el bloquejador.

- Circuits habituals amb servei de farmàcia.

- Dos kits idèntics per pacient.

Llei orgànica de regulació de l'eutanàsia



Aportacions dels membres del Comitè Assessor

Orientacions generals

- Centrat en el pacient.
- Diferents àmbits: domicili, residència de gent gran, sociosanitaris, hospitals públics, hospitals privats.
- Evitar equips per a eutanàsia (risc de perpetuació), evitar llistat de consultors.
- Importància de **la formació** per a tots els professionals que participen a la prestació. Formació específica de DVA, millor moment per fer-la (p.ex. diagnòstic de demència fase inicial)
- Procés de la prestació: cal dedicació (temps, calma, amb diferents professionals de l'equip. Cal fer valoració de temps que requerirà el procés. Contemplar accions fora de horari laboral compensades).
- Suport extern pels professionals (diferents persones / entitats): figura d'equip referent territorial, facilitar accés a CEA, psicòleg, assessoria jurídica.
- Possibilitat de donació òrgans i teixits.
- Paper dels MIR.

Aportacions fetes: altres respostes

- ❑ Petició no ve del pacient: si té capacitat per decidir, parlar amb el pacient. Si no té capacitat de fet, esbrinar si té DVA.
- ❑ Segons tipologia de malaltia (demència, patologia mental, discapacitat), caldrà actuació diferent:
 - Fer valoració si pot perdre capacitat en breu, doncs es pot accelerar procés.
- ❑ Consentiment informat: recollir què és “requeriment legal posterior al procés deliberatiu”.
- ❑ MC: no mateix equip a l'MR. Es pot valorar que manifestin que no hi ha conflictes d'interès, respecte a l'MR o al pacient, que limitin l'objectivitat professional per fer la valoració.
- ❑ Preocupació objecció de consciència: registre general amb mesures com anonimitzar. Els centres n'han de tenir coneixement per fer planificació de la prestació.

Demència

- Cal valorar la capacitat d'autonomia. Valorar suport extern. **Professional expert** per fer valoració i donar suport a l'MR.
- Importància del paper de les DVA: moment de fer el document, informació recollida.
- Dificultat per determinar el patiment d'una persona amb demència.
- Moment de la malaltia en què es fa la prestació.

Malalties mentals

- ❑ **Professional expert** per fer valoració i donar suport a MR.
- ❑ Assegurar que no hi ha altres teràpies alternatives, que s'han esgotat tots els tractaments existents.
- ❑ Cal tenir compte que el motiu de sol·licitud no sigui només malaltia mental. Pluripatologia.
- ❑ Valorar la capacitació de fer.
- ❑ Segons dades d'estudis, les persones que sol·liciten i reben l'eutanàsia o suïcidi assistit tenen un perfil similar a les persones que cometen una temptativa de suïcidi.

Circuit assistencial

- ❑ Qui recull la necessitat: qualsevol professional → MFIC, infermeria, treballador/a social. Explicar passos de procés, DVA. Identifica MR i ho notifica.
- ❑ MR: valora si compleix requisits legals i sanitaris. Valorar si ja es pot contactar amb MC per agilitar circuit, encara que cal esperar a 2a. petició.
- ❑ Contacte MR/MC: interconsulta entre professionals.
- ❑ Registres simples.
- ❑ CGiA: evitar conflictes d'interessos que puguin influir en la decisió final.

Metge responsable

- Valora si compleix requisits legals i sanitaris.
- Valorar si ja es pot contactar amb l'MC per agilitar circuit, encara que cal esperar a 2a. petició.
- Contacte MR/MC: interconsulta entre professionals.

Infermeria

- Figura necessària i fonamental a les diferents etapes de la prestació.
- Ha d'assegurar la continuïtat assistencial, atenció integral, confort, la coordinació del procés, comunicació família-pacient.
- Pla de cures integrat a la història del pacient.
- Prestació: conèixer el protocol, com preparar fàrmacs, garantir accés i-v, administrar el fàrmac, garantir el confort del pacient, retorn de fàrmac sobrant
- Àmbit:
 - Domicili: Inspecció de l'espai per detectar mancances i garantir higiene i confort
 - Hospitalari:
 - Reservar habitació (hospital)
 - Conèixer circuit
 - Mantenir flux informació
 - Coordinar altres membres equip

Infermeria: altres aspectes

- ❑ Objecció de consciència d'infermeria.
- ❑ CGiA: proposen 3 professionals d'infermeria.
 - Caldria formar part de professionals que fan la valoració (3 en lloc de 2)
 - Rebre informació directa del president de CGiA
- ❑ Introdueixen infermera responsable (IR) com a professional amb funcions autònomes i atenció al final de la vida. IR experta cures pal·liatives o final de vida.

Metge consultor

- ❑ MC: metge amb formació en l'àmbit de malalties del pacient. Tenir en compte l'MFIC com a metge consultor.
- ❑ Especialistes hospitalaris: si coincideix MR i MC del mateix centre (Generalistes → MI, geriatria, cures pal·liatives; Focals → oncòleg, neuròleg ...)
- ❑ Especialista en el problema de salut del pacient.
- ❑ Manifestin que no hi ha conflictes d'interès respecte a l'MR o al pacient que limiti l'objectivitat professional per fer la valoració.
- ❑ MC i **examen físic** (dintre de l'àrea de treball).
- ❑ Hauria de ser d'un centre diferent o àmbit del pacient.
- ❑ Pacients dependents d'algun tipus de suport ventilatori vital, a valorar si pneumòleg hauria de tenir un paper rellevant, sigui o no el metge responsable, en la planificació de la fase d'intervenció.

Psicòleg

- Participació en les diferents etapes
- Activar per fer atenció psicològica a pacient:
 - Si la prestació es fa per patiment psicològic intolerable
 - Si MR considera que la sol·licitud té relació amb símptomes de difícil control per malestar emocional
 - Pacients amb alta complexitat psicosocial, per fer atenció multidisciplinària
 - Si cal una avaluació de la capacitat del pacient per a la presa de decisions
 - Quan l'MR ho consideri oportú

Psicòleg

- Atenció a la família, a sol·licitud de la família:
 - Amb pacient que està en fase final de vida
 - Acompanyament de dol. Més risc de dol patològic

- Acompanyament als equips:
 - Quan demanin suport a l'avaluació
 - Davant de presa de decisions difícils
 - Si es detecta malestar emocional
 - Recordar el Programa d'Atenció al Metge Malalt (PAIMM, RETORN Clínica Galatea, Col·legi de Metges de Barcelona), que podria donar suport a metges i metgesses i a infermeria. Quan demanin suport a l'avaluació

- Aspectes a tenir en compte:
 - Perfil: **Vinculats a PADES o serveis de cures pal·liatives (més experiència)**
 - Vinculats a atenció primària. Cal formació
 - Psicòlegs clínics de l'interconsulta hospitalària. Cal formació

Treballadors socials

- Principis bàsics de la professió: dignitat de la persona, acceptació i no discriminació i l'autodeterminació de la persona.
- El treball social identifica les famílies com a unitats de cures en el procés de final de vida.
- Funcions específiques:
 - Pre-defunció: cal exploració nucli familiar/altres detectant possibles conflictes (davant de la decisió del pacient). Voluntat autònoma
 - Defunció: importància espai on es fa la prestació
 - Post defunció: poden intervenir a l'acompanyament de dol, identificació de recursos necessaris
- CEA: fòrum de deliberació ètica donant suport a decisions complexes, interpretar des de la pluralitat dels seus membres si s'acompleixen criteris, establir recomanacions i guies de bona praxi.

CEA

- Paper dels CEA rellevant a moltes institucions sanitàries. Participació des de les etapes inicials del procés deliberatiu, si ho requereix el pacient, l'MR o qualsevol altre professional implicat en el cas.
- Participar a la formació dels professionals de la seva institució.

Previsions sol·licituds

□ SOCIETAT DE PNEUMOLOGIA:

- patologies degeneratives que afecten al sistema respiratori amb dependència de suport ventilatori mecànic. 5-6/ any
- MPOC o malaltia intersticial: 3/any

□ Previsions a **diferents hospitals ICS:**

- Servei d'oncologia (H. Bellvitge): 6-20/ any
- Servei de medicina interna (H. Dr. Josep Trueta): 1-2/ any
- Servei de pneumologia (H. Dr. Josep Trueta): 3-5/ any
- Servei d'oncologia (H. Dr. Josep Trueta): 3-5/ any
- Servei de neurologia (H. Dr. Josep Trueta): 5-6/ any

□ SOCIETAT DE NEUROLOGIA: no registres. Estimació per dades altres països: 16% de totes les sol·licituds serien per malalties neurodegeneratives. Fan estimació: 210 casos / any

Gràcies!