

Dilemma's euthanasieverzoeken oudere psychiatrische patiënten

NKOP symposium 2019

Linda Camps
Karin Delescen



Karin Delescen

Ouderenpsychiater
psychotherapeut
SCEN opleiding
lid platform 'psychiatrie
en euthanasie'



Linda Camps

Ouderenpsychiater
psychotherapeut
SCEN opleiding
lid platform 'psychiatrie
en euthanasie'



Programma

- Inventariseren dilemma's
- Stroomschema richtlijn
- Zorgvuldigheidscriteria
- Vignet 1, 2, 3
- Dilemma's
- Conclusies



Tegen welke dilemma's lopen jullie aan?



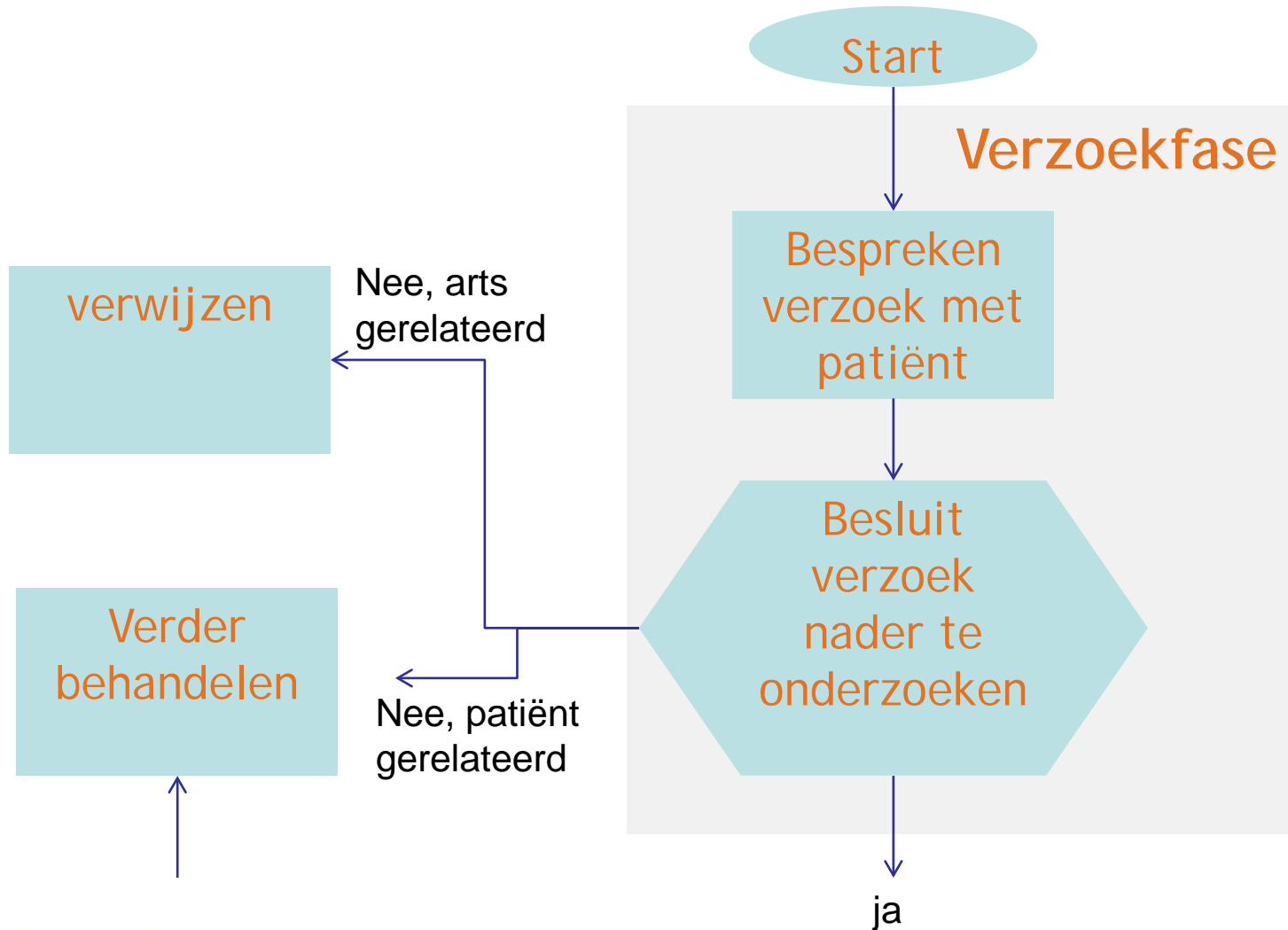
Nieuwe richtlijn NvVP

september 2018



“Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis”

Levensbeëindiging op verzoek bij psychiatrische patiënten



Beoordelingsfase

Zorgvuldigheidscriteria:

- Vrijwillig / weloverwogen
- Uitzichtloos ondraaglijk lijden
- Bespreken vooruitzichten
- Geen redelijke andere oplossing

Second opinion door onafhankelijk deskundig psychiater

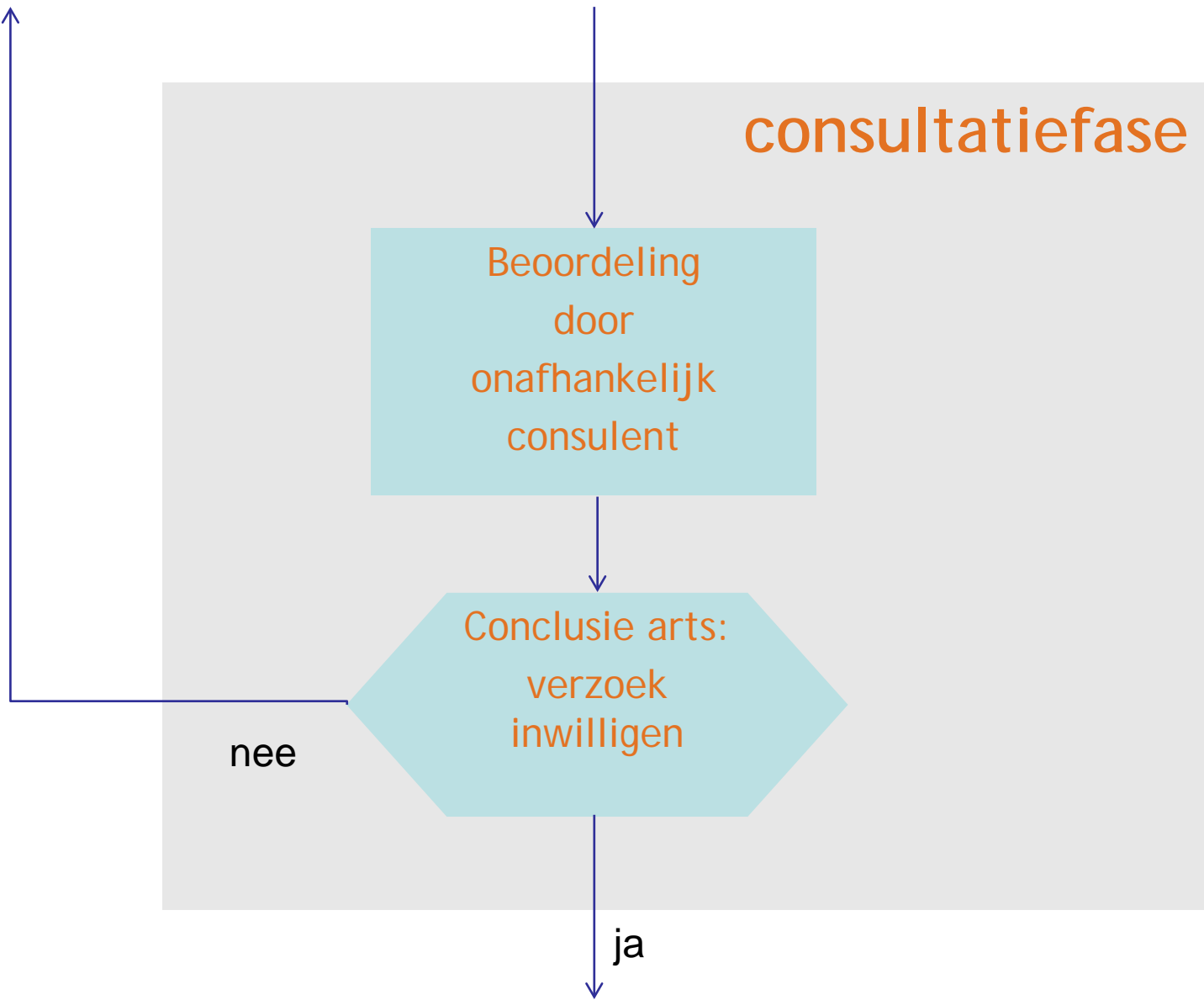
Betrekken overige hulpverleners multidisciplinair overleg

Bespreken verzoek met familie en naasten

Conclusie arts: zorgvuldigheid voldaan

nee

ja



uitvoeringsfase

Uitvoering
levensbeëindiging op
verzoek

Verslaglegging en
melding

nazorg



Zorgvuldigheidseisen WTL

- De arts heeft de overtuiging gekregen dat er sprake is van een **vrijwillig en weloverwogen** verzoek van de patiënt
- De arts heeft de overtuiging gekregen dat er sprake is van **uitzichtloos en ondraaglijk** lijden van de patiënt
- De arts heeft de patiënt **voorgelicht** over de situatie waarin deze zich bevindt en over diens vooruitzichten
- De arts is met de patiënt tot de overtuiging gekomen dat voor de situatie waar deze zich in bevindt **geen redelijk andere oplossing** is
- De arts heeft **tenminste 1 onafhankelijke arts** geconsulteerd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de hiervoor genoemde zorgvuldigheidseisen
- De arts voert de euthanasie of hulp bij zelfdoding medisch **zorgvuldig** uit

Vignet 1:

‘diagnose niet eerder gesteld’

- Vrouw, 93 jaar, verzorgingstehuis
- 2 jaar euthanasiewens, switch huisarts, contact LEK en NVVE
- SCEN arts:
 - Geen medische grondslag
 - Geen stapeling ouderdomsziekten
 - Lijdensdruk beperkt invoelbaar
 - Geen wilsverklaring
- Verwijsvraag voor ouderenpsychiater:
 - Is er een medische grondslag?

Psychiatrische voorgeschiedenis

- 1960: zenuwwarts: overspannen door veranderingen gezin
- Eind '70: depressie n.a.v. losmaking jongste dochter
- 2014: reactieve depressie n.a.v. spanningen in de zorg (controle loslaten, verstoring dagritme)
- 2015: geheugenpoli: MCI; geheugen, tempo, executief functioneren

(Hetero)anamnese

- Leven is leeg, onvermogen verandering te bewerkstelligen
- Geen sociale contacten, vereenzaamd, geen toetsing van de realiteit
- Onvermogen tot empathie en onbegrip voor kaders van buiten, leeft enkel in het heden
- “nu is nu en op is op”, “euthanasie is een sociale daad, ik heb er recht op”. Vaag en associatief taalgebruik
- “Ik kan niet meer deelnemen aan dit leven”
- Fixatie stoelgang, komt niet meer buiten haar kamer
- Doet 2-4 uur over de ADL in de ochtend

Sociale anamnese

- Past zich niet aan sociale normen huis aan, beperkte contacten, enkel met familie, nooit vriendinnen, echtgenoot onderhield sociale contacten
- Wijst hulp af, wil alles zelf doen, spanning met de verzorging
- Altijd moeite met overgangen/veranderingen
- Rituelen, rigide normen/waarden, beperkte empathie/wederkerigheid
- Activiteiten: enkel zelfzorg

Onderzoek

- Cognitief: executieve functie stoornissen, traag denken, geheugen en oriëntatie redelijk intact (MMSE 26/30)
- Onnavolgbaar; associatief tot incoherent
- Geen angsten/stemmingsstoornis; geniet van familie, humor intact
- Milde betrekkingsideeën
- Motorische onhandigheid (altijd al)
- Premorbide hoog IQ

Familie anamnese

- Moeder: schizofrenie, chronisch opgenomen
- Zus: schizofrenie, suïcideerde zich
- Jongste dochter; depressie en autisme
- Twee eïige tweeling zus: Alzheimer

Meetinstrument:

- AQ-NL: 32/50 (32= afkappunt voor normgroep volwassen mannen)

Samenvattend

- Vermoeden autisme spectrum stoornis
- Belaste familie anamnese schizofrenie/autisme
- Cognitieve stoornis, mild, met name executief en traag tempo, geheugen redelijk intact
- Eerder goed functioneren binnen structuur gezin
- Na overlijden man sociale isolatie, verder versterkt door cognitieve achteruitgang
- Sociale isolatie, afkeer om regie af te staan, cognitief verval leidt tot euthanasieverzoek

Dilemma vignet 1

- Medische grondslag ontbrak
- Communicatiestoornis maakt beoordeling ingewikkeld: 'weloverwogenheid' en 'geen redelijke andere oplossing'
- Ontbreken empathie beperkt het onderzoek van het 'lijden'
- Vignet vraagt inleven in de belevingswereld van de autistische mens

Vignet 2

Geen opties meer?

- 88 jarige vrouw, zelfstandig alleenwonend, blanco VG, altijd zeer actief geweest
- 2014: 4 jaar na overlijden man 1e TS; behandeling GGZ met AD. Eenzaamheid, echter wijst activering/verhuizing af. Kleine sociale context
- 2018: 2e TS met medicatie; opname GGZ; depressie, weigert behandeling, wil euthanasie, huisarts bereid dit te onderzoeken
- Somatiek: polyartrose, longemfyseem, fragiel, 40 kg bij 1.50 m. osteoporose
- Reden: verlies autonomie/regie, 'klaar met leven', stapeling ouderdomsklachten

Vervolg

- Accepteert alleen proefbehandeling medicatie; stemming herstelt deels, 'snoepje van de afdeling'
- Euthanasiewens persisteert
- Ontslag, SCEN consult en datum euthanasie gepland. Afscheid familie genomen
- Avond voor ontslag; wil geen euthanasie meer
- Geniet contact met anderen
- Kiest voor loslaten autonomie

Dilemma vignet 2

- Casus leek dilemmaloos; iedereen stond achter euthanasie en was perplex!
- Loslaten autonomie/eenzaamheid speelde een grotere rol dan verondersteld
- Hoe gaan we om met het afwijzen van reële opties om eenzaamheid te doorbreken?

Vignette 3

Hoog gespannen verwachtingen

- Alleenstaande gescheiden vrouw, 67 jaar
- 2012: verwijzing huisarts: stemmingsklachten en suïcidaliteit
- Verwachting: arts staat met spuit klaar
- Conclusie intake: dysthyme stoornis, PTSS, affectieve verwaarlozing, diagnose as 2 uitgesteld
- Advies: uitleg route euthanasie, farmacotherapie, traumabehandeling eventueel in combinatie met psychotherapie

Psychiatrische voorgeschiedenis

- 2006 en 2010 psycholoog; niet aangehaakt
- 2012-2017: verwijzing GGZ
- 2014: resterende klachten na 2 jaar traumabehandeling: persisterende dysthyme stoornis, geen verbinding ervaren

Al jaren suïcidale gedachten, nooit een poging, voor het eerst besproken in 2012 met huisarts; wil humanaan overlijden

Biografie

- Affectieve verwaarlozing
- 4-5 jaar; seksueel misbruik huurder en oppas
- Broer domineerde gezin en sloeg patiënte en zussen
- Werkte als verpleegkundige/hulp in de keuken
- Huwelijk; lichamelijk/psychisch/seksueel misbruik
- Na scheiding heeft hij zich gesuïcideerd
- Contact zoon; verbroken, met dochter wisselend contact. Heeft kleinkinderen nooit gezien

Behandeling

- Farmacotherapie: escitalopram + quetiapine + mirtazapine: 'enig' effect. Nortrilen + mirtazapine: geen effect. Vervolg stappen geweigerd
- Traumabehandeling: herbelevingen en nachtmerries afgenomen
- Aandacht voor daginvulling/doel in het leven: volharding doodswens - mislukt
- Voorstel psychotherapie gericht op persoonlijkheid; wil alleen euthanasie
- Voorstel onderzoek cognitie en persoonlijkheid

Behandeling vervolg

- Huisarts verwijst naar 'Expertisecentrum euthanasie'; voelt zich onder druk gezet. Motivatie behandeling daalt
- Second opinion; insteken met machtiging: geen criteria
- Second opinion: nog behandelopties
- Wel duidelijk; euthanasie wens staat los van stemming
- Poging herstel contact met zoon en dochter: euthanasiewens wankelt

Behandeling vervolg

- Opvallend; inprentings- korte termijn geheugenproblemen, concentratieproblemen
- NPO: stoornissen op het geheugen en de uitvoerende functies bij onder-prestatie
- MRI: geen afwijkingen
- Persoonlijkheidsonderzoek; geweigerd
- Afspraak expertisecentrum: zij neemt contact op als ze echt de euthanasie wil

Conclusie na 5 jaar behandeling

- Euthanasiewens begon te wankelen bij uitzicht op contact met kinderen
- Persisterende dysthymie, sociaal geïsoleerd
- Bereidheid enkel voor traumatherapie en farmacotherapie.
- Nooit stappen gezet om de euthanasie te effectueren bij het expertisecentrum
- Euthanasieverzoek manier om in contact te zijn met anderen?

Dilemma vignet 3

- Verwijzing voor euthanasie, terwijl geen behandeling had plaatsgevonden.
- Continue druk op behandelteam en huisarts
- Langdurige behandeltrajecten bij combi persoonlijkheidsstoornis en ernstig trauma
- Niet uitbehandeld, maar verlies van motivatie bij lang behandeltraject
- Doodswens als symptoom bij ernstig trauma

Dilemma's in het licht van de zorgvuldigheidseisen



‘Weloverwogenheid’

- Beperkte communicatie bij mensen met:
 - Autisme
 - Laag IQ
 - Dementie
 - Fatische problemen
- Bij persoonlijkheidsstoornissen:
 - Symptoom van de stoornis (ik mag er niet zijn)?
 - Doodswens als wijze van in contact staan
 - Doodswens in het licht van stemmingswisselingen



‘Uitzichtloosheid van het lijden’

- Behandelmoeheid bij lange behandelingen
- Minder onderzoek effect behandeling bij ouderen
- Grote interindividuele verschillen in reactie op behandeling bij psychiatrische beelden
- Eenzaamheid; mogen we de weigering accepteren om hierin verbetering aan te brengen?

‘Ondraaglijkheid van het lijden’

- Lastig te objectiveren; subjectief!
- Lastig vast te stellen bij autisme
- De beleving achter ‘het hoeft voor mij niet meer’
- Behandelbaarheid van patiënten met psychiatrische ziektebeelden

‘Vrijwilligheid van het verzoek’

- Aandringen van familie
- Niet pluis gevoel; b.v. erfenis/ andere partner in het verschiet
- Doodswens als symptoom bij een psychiatrische aandoening



‘Geen redelijk andere oplossing’

- Patiënt wil geen behandeling meer, terwijl er nog wel redelijke behandelopties zijn (balans belasting /inzet versus verwachte opbrengst)
- Patiënt wil niet meewerken aan mogelijkheden om de kwaliteit van het leven te verbeteren (verhuizen, dagbesteding etc.)
- Invloed leeftijd patiënt
- Officiële diagnose nooit gesteld
- Ouderdomsklachten
- ‘ Het leven hoeft voor mij niet meer’

Overwegingen/conclusie

- De optie euthanasie biedt houvast om toch verder te leven
- Iets wat uitzichtloos leek, kan ten positieve keren
- Het uiten van euthanasiewens kan een manier van communiceren zijn bij ernstige trauma's en verwaarlozing
- (Maatschappelijke) verwachtingen t.a.v. euthanasie moeten in een reëel kader geplaatst worden
- Behoedzaamheid voor druk vanuit de patiënt/familie/huisarts; dit zet je (emotioneel) klem in een traject

EUTHANASIE? OVER MYN LYK!...

