



PSYCHISCHE ZORG VANUIT GERIATRISCH STANDPUNT

Professor Dr. Lieten S, IG, Nefrologie, Geriatrie, Stagemeeester
VUB Faculteit Geneeskunde en Farmacie, UZ Brussel

22/09/2023



Universitair
Ziekenhuis
Brussel



●●● ROUWVERWERKING EN IMPACT BIJ OUDERE PATIËNT

In ziekenhuisverband en dus tijdens hospitalisaties, komen we vaak patiënten tegen dewelke gedurende de hospitalisatie zelf of recent in hun leven, iemand verloren hebben.

Dit tekent vaak hun leven niet alleen, maar veroorzaakt vaak ook somatische ongemakken en klachten dewelke we vaak proberen te benaderen via geneesmiddelen.

Ook is het zo dat de dag van vandaag, meer dan vroeger, dergelijke zaken (**verlies/ eenzaamheid, isolatie**) meespelen in de vragen rond **levenseinde**.

Sommige mensen willen dood en vragen euthanasie gezien ze zich **nutteloos voelen** en of een **last voor de maatschappij**.

Met deze optiek en informatie moeten we soms differentiëren binnen de realiteit aan levensmoeheid versus **voltooide levenservaringen** van onze patiënten (en de daarmee geassocieerde **polypathologie** en al dan niet actieve doodspraak).

000 INLEIDING

1. Depressie bij ouderen

Depressieve klachten komen bij ouderen veel voor. Naar schatting heeft ongeveer 2% van de **ouderen** een klinische depressie (Beekman, 1996) en daarnaast kampt nog eens 12,9% van de ouderen met mildere depressieve klachten.

Deze klachten hebben vaak een chronisch beloop en een slechte prognose.

Verder is het uit onderzoek en uit de klinische praktijk bekend dat **ouderen** minder geneigd zijn om hulp te zoeken voor dergelijke klachten dan **jongere volwassenen** (Gottlieb, 1994), ondermeer omdat zij hun klachten sneller vertalen naar lichamelijke klachten, zij vinden dat zij dergelijke klachten zonder hulp moeten kunnen oplossen en zij weinig vertrouwen hebben dat behandeling van dergelijke klachten helpt, maar ook omdat hulpverleners dergelijke klachten al snel zien als een onlosmakelijk aspect van het ouder worden waarvoor behandeling niet aangewezen is.



2. Preventie van depressie/eenzaamheid

a) Risicogroepen

Rond depressies bij ouderen zijn daarbij verschillende risicogroepen van belang:

- weduwen en weduwnaars;
- mantelzorgers van hulpbehoevende ouderen;
- ouderen met een chronische ziekte;
- ouderen in instituties;
- ouderen die kampen met eenzaamheid.



Preventie van depressie/eenzaamheid

b) Achterblijven als partner overlijdt:

Het overlijden van de partner heeft ernstige gevolgen voor de geestelijke gezondheid. Het meest onderzocht zijn de gevolgen op depressies en depressieve klachten.

Ongeveer de helft van alle weduwen en weduwnaars voldoet gedurende het eerste jaar na het verlies aan de criteria voor een depressieve stoornis volgens de DSM-IV (Nuss & Zubenko, 1992).

Depressieve klachten kunnen dan ook als normaal beschouwd worden in perioden van rouw.

In het merendeel van de gevallen gaan deze depressies 'spontaan' over. Als de depressieve klachten echter gedurende langere tijd blijven bestaan, wordt verondersteld dat de normale rouw gecompliceerd wordt door de ontwikkeling van een depressieve stoornis.

In een studie werd gevonden dat een jaar na het verlies nog zo'n 16 procent van de weduwen en weduwnaars voldeed aan de criteria van een depressieve stoornis, tegenover 4 procent bij vergelijkbare ouderen die hun partner niet recent verloren (Zisook & Shuchter, 1991).

Weduwen en weduwnaars vormen dan ook een duidelijke risicogroep voor depressieve stoornissen.

Preventie van depressie/eenzaamheid

c) Interventies mogelijk:

- Rouwgroepen
- Cursussen
- Bezoeken/interventies aan huis



Preventie van depressie/eenzaamheid

d) Eenzaamheid:

Uit onderzoek van de Vrije Universiteit Amsterdam blijkt dat ongeveer een derde van de 55-plussers eenzaam is en ongeveer 4% (zeer) ernstig eenzaam.

Eenzaamheid werd hierbij gedefinieerd volgens de gangbare definitie van de Jong-Gierveld: het als negatief ervaren verschil tussen de kwaliteit van de relaties die men onderhoudt en de relaties zoals men die voor zichzelf zou wensen.

De gevolgen van langdurende eenzaamheid zijn groot. Het bedreigt de gezondheidssituatie en de kwaliteit van leven van veel ouderen. Vereenzaming gaat vaak gepaard met lichamelijke en psychische klachten, met name depressie en angst.

Ouderen die alleenstaand zijn, een dierbare verloren hebben, problemen met hun gezondheid ervaren en die in de afgelopen drie jaar geen nieuwe contacten hebben gelegd, lopen extra risico eenzaam te worden (Factsheet ouderen en eenzaamheid, 2004; Linnemann et al., 2001).

Ouderen die eenzaam zijn, hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een **depressie** (Prince et al., 1997).

3. Screening voor depressie/eenzaamheid

Screenen is weten

is ...

ACTIE!!





Casus 1



Universitair
Ziekenhuis
Brussel

000 CASUS 1: ANAMNESE

Patiënt is Franstalig en wenst frans te spreken op het ogenblik van de consultatie. Hij dreigt met suicide te doen als zijn wens niet snel wordt ingehuldigd.

Hij babbelt enkel over het overlijden van zijn echtgenote en kan **geen belangrijke fysieke ongemakken** naar voren brengen of uitleggen.

Actief tabaksgebruik.

Psychisch lijden, volledig gerelateerd aan de eenzaamheidsproblematiek, rouw, depressie.

De patiënt heeft geen interesses meer, een gedaalde kracht en **vermoeid** van het leven.

000 CASUS 1: HETERO-ANAMNESE

Was niet mogelijk omdat deze patiënt zich alleen aanbood op het ogenblik van de consultatie.

000 CASUS 1: LEVENSWIJZE

Woont alleen.

Weduwnaar.

Actief tabaksgebruik.

Geen alcoholgebruik.

Geen gekende medicamenteuze allergieën.

000 CASUS 1: ANTECEDENTEN

Actief geneeskundige:

- '17: zeer talrijke VES's
- Ischemische cardiomyopathie
- Arteriële hypertensie
- Chronische nierinsufficiëntie (11/2017)
- Longemfyseem

Passief geneeskundige:

- Maagulcus
- ACS type STEMI inferior in november 2006, waarvoor PCI op RAC
- Refluxoesofagitis graad B (11/2017)
- Bulbair ulcus FIII met biopt positief voor Helicobacter pylori (11/2017)
- Longemfyseem (11/2017)

Heelkundige:

- 11/2006: PCI op RAC
- 1/2017: electieve PCI van OM-Cx
- 04/01/17 PTCA met stenting (OM1 met 1 drug-eluting stent)

●●● CASUS 1: COMORBIDITEITEN

- Luchtwegobstructie met emfyseem
- Actief tabagisme
- Mitralisklep insufficiëntie
- Chronische nierinsufficiëntie
- Ischemische cardiomyopathie
- Essentiële arteriële hypertensie.

000 CASUS 1:

Actueel weerhouden we bij onze 85-jarige patiënt volgende bevindingen:

Doorverwijsbrief van u waarvoor dank, met daarin de vermelding dat deze patiënt een euthanasie wenst omwille van **ondraaglijk lijden sinds de dood van zijn echtgenote begin november 2022**, slechts twee maanden eerder. Deze patiënt heeft tot aan de dood van zijn echtgenote haar constant en volledig goed verzorgd. Zijn **enige zoon** stierf een paar jaar geleden door **zelfdoding**. Goede man met kleindochters, dewelke op de hoogte zijn van zijn wens.

●●● CASUS 1: NOTA PSYCHOLOGIE

Klinische depressie?

Meneer ontkent zelf depressieve klachten, maar er lijkt wel indicatie te zijn voor een depressie. Ook de GDS score toont dit aan, 10/15.

Er is een **duidelijk rouwproces** aanwezig, meneer uit ook suïcidegedachten.

000 CASUS 1: BESLUIT

Het advies van u als huisarts en van collega X, is positief en gezien aan de voorwaarden van de wet voor euthanasie van 2002 zou voldaan zijn. Op het ogenblik van de consultatie was er sprake van een **ondraaglijk psychisch lijden, voornamelijk gerelateerd aan het recent overlijden van zijn echtgenote**, waarbij ook duidelijk depressieve kenmerken naar voren kwamen. Dit werd ook bevestigd door het gesprek met onze psycholoog.

Gezien het afwezig zijn van actueel een behandeling onder de vorm van **antidepressivum**, vinden we het essentieel om antidepressivum enkele weken toe te dienen, dit te hercontroleren en op dat ogenblik de euthanasie wens te herbekijken.

Op dit ogenblik is het overlijden van zijn echtgenote te recent en is er geen duidelijk ondraaglijk refractair psychisch lijden, anders dan pathologische of gewone rouw of depressie, te weerhouden. Het is zeker **geen duidelijke euthanasie wens op basis van polypathologie**, gezien het lijden hier niet aan gerelateerd lijkt en niet kan uitgelegd worden, zeker niet op het ogenblik van de consultatie en zelfs na een zeer lang en onderhoudend gesprek.

000 CASUS 1: OPVOLGCONSULTATIE

1 maand later:

Op het ogenblik van de consultatie bevestigde de patiënt meermaals dat hij bij zijn echtgenote en zijn zoon zou willen zijn. Zijn ernstig lijden was volgens de patiënt gerelateerd aan **eenzaamheid** en het gemis van zijn echtgenote.

Een kleinzoon (geadopteerd?) was aanwezig op het Geriatriesch Daghospitaal maar nam niet deel aan het gesprek en de consultatie.

Op het ogenblik van de consultatie kwam de patiënt vrij **manipulatief** over en dreigde hij meermaals om het heft in eigen handen te nemen en om zelfmoord te plegen.

000 CASUS 1: ANAMNESE OPVOLGCONSULTATIE

1 maand later:

De patiënt bevestigde meermaals op het ogenblik van de consultatie dat hij **niet depressief was maar gewoon ongelukkig**.

Hij zal antidepressivum blijven weigeren en wil zo snel mogelijk zijn echtgenote vervoegen. Zijn echtgenote stierf immers in november. Ook is er een gemis van het overlijden van zijn enige zoon.

De patiënt verklaart dat hij in zijn leven de laatste 2 jaar ongeveer **niets anders deed dan voor zijn echtgenote zorgen**. Sinds het overlijden is er niets dat hem nog interesseert. Hij had de laatste jaren met andere woorden niets anders in zijn leven van de echtgenote waarvoor hij moest zorgen. Het is dan ook logisch dat gezien het wegvallen en het overlijden van zijn echtgenote en nu in een diep dal valt.

000 CASUS 1: OPVOLGCONSULTATIE

Op het einde van de consultatie, na lang doorvragen:

Op het einde van de consultatie was de patiënt, ook bezig met het naar voor halen van zeer **bizarre redenen voor euthanasie**: zo zou hij binnen een 6-tal maanden zijn rekeningen niet meer kunnen betalen en zou dat ook meespelen in zijn beslissing en zijn idee omtrent euthanasie.

Hij weigert pertinent een plaatsing in het Woonzorgcentrum, gezien hij ook heeft gemerkt wat dit betekende in de realiteit van onder andere zijn echtgenote. Zijn echtgenote zou hij een eigen zegen uit het Woonzorgcentrum hebben teruggehaald.

In mijn ogen betreft dit een **levensmoeheid**, maar niet op basis van polypathologie maar **op basis van een voltooid leven**. Aldus is niet voldaan aan de voorwaarden voor euthanasie inzake het Koninklijk Besluit van 2002.

In principe zou psychologische educatie of gedragstherapie moeten kunnen overwogen worden.

●●● CASUS 1: OPVOLGCONSULTATIE

Therapievoorstel na tweede consultatie:

Voorlopig verderzetten van actuele thuismedicatie, uitgezonderd ook opstarten Escitalopram 10 mg ½ tablet 's morgens zoals reeds eerder voorgesteld blijft mijn aanbeveling.

Ikzelf denk dat het herbekijken door een andere arts (ook LEIF-arts), misschien beter aan de orde is, gezien dit in mijn ogen zeer complex dossier is.

BESLUIT:

Dat er lijden is, staat vast.

Of dit lijden kan beschouwd worden om over te gaan tot euthanasie (volgens bestaand KB uit 2002) is naar ons inziens geen urgente beslissing.

De vorm van lijden is volgens ons gerelateerd aan het overlijden van de echtgenote, slechts vier maand terug.

●●● CASUS 1: OPVOLGCONSULTATIE 2

Drie maanden na eerste consultatie:

Euthanasievraag, omwille van ondraaglijk lijden van zijn echtgenote begin november 2022. Deze patiënte heeft tot aan de dood van zijn echtgenote haar constant en goed verzorgd. We verwijzen hiervoor ook naar het vorig schrijven van 27/02/2023. Op het ogenblik van de consultatie was het duidelijk dat er niet enkel sprake was van levensmoeheid maar ook eerder een verhaal aanwezig was, op basis van **polypathologie**, maar ook voltooid leven.

Het tevens opgemerkte psychisch lijden, hetgeen chronisch is, maakt dat de voorwaarde voor euthanasie volgens mijns inziens wel voldaan zijn. Ik refereer daarvoor naar het Koninklijk Besluit van 2002. De psychologische ondersteuning onder vorm van het **opstarten van antidepressivum**, werd ondertussen afgetoetst en heeft in de realiteit **weinig gewijzigd** inzake het psychisch persisterend lijden. Gezien er ook **meerdere gunstige adviezen** bestaan, denk ik dat ik mij hier ook bij kan aansluiten.

●●● CASUS 1: ANAMNESE OPVOLGCONSULTATIE 2

De patiënt zelf beweerde op het ogenblik last te hebben van **eenzaamheid** maar niet enkel van eenzaamheid. Heeft wel regelmatig contact met zijn kleine beperkte familie. Brandt nog elke dag kaarsen voor zijn echtgenoot en zijn zoon. De laatste heeft zelfmoord gepleegd.

Hij wil niet langer leven met zijn herinneringen en het lijden, dat door de overlijdens veroorzaakt werd, is te groot. Hij wil niet meer afzien en weigert ook nog de opvolging voor visusproblemen en gehoorproblemen.

Hij heeft **geen enkele interesse meer** en ervaart een voltooid leven. Hij wil zo snel mogelijk **menswaardig sterven** zonder verdere degradatie en zonder af te zien.

●●● CASUS 1: OPVOLGCONSULTATIE 2

Drie maanden na eerste consultatie:

BESLUIT

Deze patiënt heeft een ernstig niet te ledigen psychisch onderliggend lijden en een persisterende doodswens. Hij kwam op het ogenblik van de consultatie coherent over. Er was geen sprake van een depressief tableau, eerder een **voltooid leven en een ernstig verhaal van polypathologie. Geen verhaal van externe druk.** Weliswaar geen terminale aandoening. Gunstig advies voor een niet terminale aandoening en een euthanasievraag bij een wilsbekwame patiënt dewelke qua voorwaarden voldoet aan het KB van 2002.



Casus 2



Universitair
Ziekenhuis
Brussel

000 CASUS 2: ANAMNESE

Deze patiënt kwam coherent over op het ogenblik van de consultatie en had **verschillende specifieke klachten** dewelke gerelateerd leken aan belangrijke polypathologie en belangrijke onderliggende comorbiditeiten.

Deze man kloeg van een **progressieve fysieke achteruitgang met verlies** van levenskwaliteit door verminderd gehoor maar ook door het progressief meer rolstoelgebonden zijn wegens **onderliggende chronische gewrichtspijnen en rugpijnen**.

Het enige wat de patiënt zich actueel nog zag doen is veel slapen om de **pijn** te harden en draaglijk te maken.

Deze patiënt was goed georiënteerd op het ogenblik van de consultatie en had een heel **goed besef van zijn eigen uitgebreide ziektegeschiedenis**.

Hij kwam op het ogenblik van de consultatie **down** over. Hij verklaarde het zeer erg te vinden om niet meer buiten te kunnen in zijn eigen prachtige tuin en om niet meer te kunnen wandelen ten gevolge van de onderliggende rug- en gewrichtspijnen en evenwichtsstoornissen.

Het probleem van toename van gewrichtspijnen, verergerend bij bewegen, was reeds langer dan een jaar aanwezig en leidden reeds **langer dan een jaar naar een actieve euthanasiewens**.

000 CASUS 2: HETERO-ANAMNESE

De vergezellende echtgenote bevestigde dat deze **actieve doodswens** reeds **meer dan een jaar** aanwezig was bij haar man.

Ze verklaarde ook dat hij een zeer goed inzicht had in zijn ziektegeschiedenis en een **zeer goed ziektebesef**.

●●● CASUS 2: LEVENSWIJZE

- Geen familiale voorgeschiedenis van geheugenziekte
- Geen roker
- 2 pintjes af en toe, 1 glas wijn/dag
- Geen allergie aan medicatie
- Woont met de echtgenoot
- Geen hulp

000 CASUS 2: ANTECEDENTEN

- Operatie voor epistaxis (2006)
- PTCA proximale rechter tak (2007)
- hCVA (2007)
- PCI drug eluting stent ter hoogte van de LAD (2009)
- Resectie nodule rechter tonsil (2009)
- Nefrectomie links in het kader van heldercellig carcinoom (2012)
- Excisie hydrocoele testis links (2014)
- Resectie multipele basocellulaire carcinomen gelaat
- Alcoholische leversteatose
- Chronische sinusitis

●●● CASUS 2: ANTECEDENTEN (2)

- Arteriële hypertensie
- Myocardinfarct
- iCVA a. cerebri media rechts met gerecupereerd linker hemibeeld (1994)
- CVA/TIA
- Gekende ischemische cardiomyopathie
- Sequel cerebraal vasculair accident
- Hypercholesterolemie
- Paroxismale voorkamerfibrillatie
- Barrett oesophagus
- Pijnklachten ter hoogte van de lumbale wervelzuil
- Hemoptoe
- Influenza type A
- Ongecontroleerde pijnklachten lage rug en onderste ledematen
- Visusproblematiek

●●● CASUS 2: ANTECEDENTEN (3)

- Hardhorig R/hoorapparaat links
- Anemie bij gastro-intestinaal bloedverlies bij gekende angiodysplasieën
- COPD-astma overlap syndroom met emfyseem
- Primair hyperaldosteronisme
- Koorts na bronchoscopie R/Augmentin IV
- ProstaatCa T2 Gleason 7 R/watchfull waiting
- Diabetes mellitus type II te strikt geregeld
- Arthrose onderrug met diffuse discusdegeneratie en osteopenie + knie
- Paroxysmale VKF
- Vermoeden depressieve episode
- CKD stadium IIIb bij patiënt met unieke nier
- Refractair constipatie probleem
- Niet evolutieve longnodule rechter bovenkwab

●●● CASUS 2: KLINISCH ONDERZOEK

Gewicht: 83.1 kg (status quo). Bloeddruk: 160/83 mmHg. Pols: 92/min.

Temperatuur: 36.3 C.

Hoofd en hals: eupneu in rust en normale kleur en normale hydratatie.

Thorax: longen: bilateraal vesiculair, geen crepitaties. Hart: b1 b2, regelmatig.
Pacemaker.

Abdomen: diastase, soepel, pijnvrij, peristaltiek+.

Ledematen: veneuze insufficiëntie met vocht, geen DVT.

Neurologisch onderzoek: geen lateralisatie, geen grasping, geen tandrad, tremor, geen Babinsky.

000 CASUS 2:

Zeer vlotte communicatie met een patiënt op het daghospitaal Geriatrie op 05/10/2020 met volgende bevindingen:

1. Chronische lumbale rugpijnen waarvoor reeds eerder een afspraak op de pijnkliniek maar door omstandigheden (Covid pandemie) geannuleerd. Lumbale MRI is niet mogelijk gezien pacemaker en defibrillator. Naar aanleiding van de consultatie Geriatrie op 05/10/2020 werd een nieuwe afspraak op de pijnkliniek aangevraagd.
2. Gestegen PSA en forse prostaat bij rectaal toucher waarvoor opvolging op de dienst Urologie bij Professor dokter Michielsens.
3. Volgende bevinding tijdens de consultatie Geriatrie: angiodyplasie en hemorroïden waarvoor recent nog een ingreep; complexe pathologie: gekend met voorkamerfibrillatie waarvoor anticoagulatietherapie. De patiënt is akkoord om voor een opvolging naar Gastro-Enterologie te gaan maar niet langer invasieve onderzoeken te ondergaan.



4. De patiënt erkent geheugenstoornissen; vermoedelijk deels gerelateerd aan alcoholmisbruik.

Andere **belangrijke comorbiditeiten**:

- Diabetes mellitus type II, ethylisme, hartfalen, chronische nierinsufficiëntie, belangrijke vasculaire antecedenten (ischemisch CVA), alsook actieve doodswens, vermoedelijk reeds langer bestaande.

Dus op consultatie Geriatrie van 05/10/2020 doodswens aanwezig omwille van achteruitgang in functionaliteit, mobiliteit en zelfredzaamheid.

De patiënt weigerde een opname in een woonzorgcentrum.

Gezien zijn blijvende onderliggende slechte algemene toestand en fysische ongemakken weigerde hij ook nog bijkomende invasieve onderzoeken te laten uitvoeren behalve de reeds geplande.

000 CASUS 2: ADVIES PSYCHOLOGIE

Meneer behaalde op 12/09 een MMSE score van 20/30. Hij ervaart zelf geheugenklachten die geleidelijk aan zijn opgetreden. Echter komt hij zeer adequaat over en houdt hij een coherent discours.

Mogelijks wordt deze score beïnvloed door zijn **depressieve gemoedstoestand, die eerder reactief lijkt op zijn medische toestand**, de achteruitgang van functionaliteit, de **groeïende afhankelijkheid en verminderde levenskwaliteit**. Daarnaast blijft de plezierbeleving wel bewaard en uit hij geen actuele doodswens. We vermoeden **geen majeure depressie**.

Hij geeft aan euthanasie te wensen indien zijn pijnen in de onderrug en voet niet verminderd kunnen worden + indien de mobiliteit niet verbeterd kan worden. Hij heeft een LEIF informatiebrochure verkregen bij de apotheek. Zowel zijn kinderen, als zijn echtgenote en huisarts zijn op de hoogte.

Wenst CODE A



Nieuwe consultatie Geriatrie, specifiek bij LEIF-arts op 16/10/2020, Prof. Dr. Lieten: bevindingen bij deze 80-jarige patiënt:

Belangrijke ernstige **polypathologie en comorbiditeiten**, dewelke actueel de kwaliteit van leven van deze patiënt beperken en dewelke chronisch invaliderend fysisch en psychisch lijden veroorzaken.

Deze patiënt begreep zeer goed dat hij **geen ernstige onderliggende terminale aandoening had** en was akkoord om een schriftelijk verzoekschrift op te stellen en ook een maand wachttijd te respecteren.

Deze patiënt is gekend met belangrijke comorbiditeiten zoals COPD type emfyseem, prostaatcarcinoom, hartfalen.

Chronische en progressieve achteruitgang van beweeglijkheid, mobiliteit, zelfredzaamheid en aanwezigheid van chronische skeletale pijnen, vermoedelijk niet behandelbaar en waarvoor reeds menigmaal advies werd ingewonnen.



De patiënt heeft reeds een belangrijke lijdensweg ondergaan inzake chronische anemieproblematiek ten gevolge van angiodyplasie en hemorroïden.

De patiënt is akkoord voor een opvolging maar is vragende partij voor het starten van de euthanasieprocedure als hij geen beterschap ervaart van zijn chronische invaliderende klachten.

In de toekomst heeft de patiënt nog volgende onderzoeken en opvolgingen: consultatie Urologie, na PET-scan, consultatie Proctologie, Gastro-Enterologie, Diabetologie.



Op het ogenblik van de consultatie Geriatrie 16/10/2020 werd met patiënt volgende afspraak gemaakt:

1. Een **schriftelijk verzoekschrift** werd opgesteld.
2. Er zou met de huisarts contact opgenomen worden om te kijken of deze akkoord was om de patiënt bij het persisteren van de euthanasiewens, opnieuw door te sturen voor aanvullende adviezen inzake deze euthanasiewens zoals een orgaan specifiek advies (Urologie, Gastro-Enterologie), en/of advies Psychiatrie.

Ondertussen werd de huisarts gecontacteerd en deze leek akkoord met het opstarten van de euthanasiewens.

Er werd nadien, na dit telefonisch onderhoud met de huisarts, terug contact opgenomen met de patiënt en de echtgenote en deze zijn akkoord om bij persisteren van de wens, terug contact op te nemen met ons en met de huisarts om de procedure verder te doorlopen.



Belangrijk te onthouden:

Het KB van 2002 en de voorwaarden zijn voldaan:

1. Weliswaar een niet-terminale aandoening.
2. Chronisch invaliderend fysisch en psychisch lijden.
3. Geen depressie of externe druk.
4. Wilsbekwame patiënt.
5. Schriftelijk verzoekschrift is mogelijk om op te stellen en werd reeds opgesteld.

Belangrijk: de patiënt heeft rust gevonden door het feit dat zijn klachten au sérieux worden genomen en dat zijn levensmoeheid, gebaseerd deels op polypathologie, erkend wordt en dus serieus wordt genomen.



Deze casus is een voorbeeld van **levensmoeheid**; beter een vorm van polypathologie.

Er zijn belangrijke comorbiditeiten en belangrijke pathologieën te weerhouden dewelke invaliderend zijn zowel op fysisch en psychisch vlak.

Er is niet zomaar sprake van levensmoeheid, gebaseerd op een voltooid leven.

Levensmoeheid op basis van polypathologie is volgens KB 2002 mogelijk.

Levensmoeheid op basis van een voltooid leven zonder dat er sprake is van polypathologie, komt actueel niet in aanmerking volgens KB van 2002 voor het uitvoeren en het doorlopen van een euthanasieprocedure!!



Casus 3



Universitair
Ziekenhuis
Brussel

000 CASUS 3: ANAMNESE

De patiënte verklaarde tijdens de consultatie dat het soms goed ging maar soms ook slecht.

Het was **geen duidelijk verhaal van persisterend lijden**.

Wel betrof het een **coherent discours** maar het was voor ons ook niet uitgesloten dat er sprake was van een beginnend dementieel tableau.

Er was sprake van een kleine familie, dus de eenzaamheidsproblematiek kon hier deels ook aan gerelateerd zijn en niet enkel aan de Corona-pandemie.

Op het ogenblik van de consultatie verklaarde patiënte enorm **uitgesproken artrosepijnen** te hebben.

●●● CASUS 3: ANAMNESE (VERVOLG)

Soms had ze dagen geen of amper pijn.

Toch wou ze effectief dood zijn omwille van deze pijnen en ook van de **aanwezige uitgesproken eenzaamheidsproblematiek**.

De eenzaamheidsproblematiek werd meermaals bevestigd op het ogenblik van de consultatie.

000 CASUS 3: HETERO-ANAMNESE

Het **vergezellend nichtje** was op het ogenblik van de consultatie vaak aan het woord ondanks de oproep de patiënte zelf te laten antwoorden.

De vergezellende familie, het nichtje, vond het heel belangrijk om meermaals te beklemtonen dat de **euthanasievraag reeds jaren zou bestaan** hebben bij haar tante.

000 CASUS 3: LEVENSWIJZE

Alleenwonend, gelijkvloers.

Aanwezige thuishulp: PD 1 x per 14 dagen, warme maaltijden, thuisverpleging 2 x per week.

Krijgt veel hulp van nichtje (dochter van zus).
3 kinderen waarvan 2 verongelukt en 1 gehandicapt.

●●● CASUS 3: ANTECEDENTEN

Actief geneeskundige:

- Vit B 12 deficiëntie
- Diverticulose
- Metaplasie van de slokdarm type Barrett
- Astma/COPD

Heelkundige:

- TKP links
- THP rechts

●●● CASUS 3: KLINISCH ONDERZOEK

Gewicht: 49.90 kg (+0,2 kg). Bloeddruk: 126/65 mmHg. Puls: 82/min en regelmatig. Temperatuur: 37.2 C.

Eupneu in rust, normale kleur en normale hydratatie.

Thoraxauscultatie: zonder bijzonderheden.

Abdomen: zonder bijzonderheden.

Onderste ledematen: geen oedeem of tekens van diepe veneuze trombose.

Normale perifere polsen.

Neurologisch onderzoek: geen lateralisatie of tekens van meningeale prikkeling.

Geen tremor of tandradfenomeen.

Gang en evenwichtspatroon was niet onderzocht.

Patiënte was duidelijk **rolstoelgebonden**.

●●● Casus 3 verhaal samengevat:

patiënte 88 jaar; vrij recent nog opgenomen in de verpleegeenheid Geriatrie waarbij ze verbleef, en dat na een transfer vanuit het Brugmann ziekenhuis, voor een oppuntstelling van een hypercalciëmie, vermoeden neoplasie.

Het recente hospitalisatieverslag Geriatrie toonde volgende bevindingen:

1. Een **vermoeden van neoplasie** waarvoor een PET-scan dewelke een intense hypermetaboliteit en heterogeniciteit aantoonde in het colon ter hoogte van hepatische hoek. **Aanvullende colonoscopie** was aangewezen maar **werd geweigerd** op dat ogenblik door de patiënte.
2. Andere **belangrijke comorbiditeiten**: ionenstoornissen, primaire hyperparathyroidie, anemie.
3. Ook **duidelijke actieve doodswens**: bij een patiënte dewelke actueel voornamelijk een belangrijke eenzaamheidsproblematiek leek te uiten.



Gezien de mogelijke aanwezige **depressie**, werd Remergon en Solian opgestart en dat met een gunstig effect tijdens de hospitalisatie waarneembaar.

Er werd reeds een **schriftelijk verzoekschrift** opgesteld in aanwezigheid van een **psycholoog**, dewelke de patiënte reeds zag tijdens deze recente hospitalisatie.

Een **advies van LEIF-arts**, Professor Dokter Lieten werd ook reeds ingewonnen.

Men besloot volgens de brief: doch op heden geen relevante euthanasievraag volgens KB 2002.



Nieuw bezoek patiënt op 25/09/2020, terugkomst naar het daghospitaal Geriatrie, naar aanleiding van de recente hospitalisatie.

Samengevat volgens recente consultatie:

Actieve doodswens en dat bij een patiënte dewelke actueel nog steeds een belangrijke eenzaamheidsproblematiek leek te ervaren.

Het lijden tijdens de consultatie was niet constant duidelijk.

In mijn ogen, samen met **psycholoog**, betrof het nog steeds een existentieel lijden, dewelke volgens mij in het KB van 2002 niet volledig voldoet aan de wettelijke bepalingen.

De familie en het vergezellend nichtje was duidelijk wel voorstander voor het voltooien van de procedure maar een onderliggend financieel winstbejegening van de familie leek ook niet volledig uitgesloten.

De patiënte verklaarde nu eens wel en dan weer niet constante fysische pijnen te ervaren.



Een **nieuw onafhankelijk advies** werd voorgesteld aan de patiënte en de familie, maar hiervoor lijkt een korte observatie en nieuwe hospitalisatie ons essentieel.

Dit werd echter geweigerd door onze patiënte en aldus voorzien we geen verdere opvolging en gaf ik ook **geen positief advies inzake deze euthanasievraag**.

Het is immers ook zo dat inzake de **eenzaamheidsproblematiek** deze patiënte nog steeds een deel van de behandeling zoals een dagopvang weigert.

Gezien het **weigeren van behandelingsstrategieën** inzake de eenzaamheid, vinden we het ook niet opportuun om deze patiënte voor haar doodswens nog steeds op te volgen, gezien het weigeren van een deel van de behandeling.

●●● Casus 3 samengevat:

Levensmoeheid maar dat niet op basis van polypathologie.

Neen... **levensmoeheid, gebaseerd op een voltooid leven.**

Voltooid leven komt niet in aanmerking, zelfs niet indien geassocieerd met levensmoeheid voor een euthanasieprocedure.

In de **vorige casus** was er sprake van levensmoeheid **gebaseerd op polypathologie** en deze casus en patiënt kwam wel in aanmerking voor een euthanasie, ondanks dat deze twee patiënten levensmoeheid ervaren.

●●● VOLTOOID LEVEN VERSUS POLYPATHOLOGIE?

Actueel door **vergrijzing**

Verlies van **levensvreugde**

Overleving met **chronische kwalen**

●●● WAT LAAT DE BELGISCHE EUTHANASIEWET TOE?

Enkel polypathologie, want ernstige aandoening = verplicht

2^{de} belangrijkste oorzaak voor euthanasie

2014: 9,1%

2015: 10,3%

2016: 13,2%

2017: 19,1% (442 op 2309)

wat is 'ernstig'?*

L. Proot, W. Distelmans, Polypathologie en de Belgische euthanasiewet: analyse van registratiedocumenten voor euthanasie 2013-2016; Tijdschr. voor Geneeskunde, 74, nr. 13, 2018; doi: 10.2143/TVG.74.13.2002632



SAMENVATTING POLYPATHOLOGIE EN DE BELGISCHE EUTHANASIEWET: ANALYSE VOOR REGISTRATIEDOCUMENTEN VOOR EUTHANASIE 2013-2016

Een **polypathologie** is na maligne aandoeningen de tweede belangrijkste reden waarom patiënten euthanasie vragen.

Nagaan of een dergelijk verzoek voldoet aan de voorwaarden gesteld in de Belgische euthanasiewet, is complex omdat naast het fysieke ook het **psychische lijden een belangrijke rol** speelt.

Dit onderzoek is gebaseerd op een analyse van 870 registratiedocumenten (deel 2, anoniem gedeelte) die de Federale Controle-, en Evaluatiecommissie Euthanasie (FCEE) heeft ontvangen in de periode 2013 tot en met 2016.

Het onderzoek bevestigt dat de euthanasiewens bij patiënten met een polypathologie die euthanasie ondergingen de resultante is van een intensief innerlijk proces dat zijn oorsprong vindt in een uitzichtloze medische toestand die een uitgesproken impact heeft op het ondraaglijke, aanhoudende en niet te lenigen fysieke of psychische lijden.

Dit onderzoek toont aan dat in deze context een polypathologie, al dan niet gepaard gaand met levensmoeheid, voldoet aan de voorwaarden gesteld in de Belgische euthanasiewet.

000 REFERENTIES

- L. Proot, W. Distelmans, Polypathologie en de Belgische euthanasiewet: analyse van registratiedocumenten voor euthanasie 2013-2016; Tijdschr. voor Geneeskunde, 74, nr. 13, 2018; doi: 10.2143/TVG.74.13.2002632
- Gottlieb GL (1994). Barriers to care for older adults with depression. In LS Schneider, CF Reynolds, BD Lebowitz, AJ, Friedhof (Eds); Diagnosis and treatment of depression in late life: Results of the NIH Consensus Development Conference. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Nuss WS, Zubenko GS (1992). Correlates of persistent depressive symptoms in widows. American Journal of Psychiatry, 149: 346-351.
- Zisook S, Shuchter SR (1991). Depression through the first year after the death of a spouse. American Journal of Psychiatry 48: 1346-1352.
- Linnemann M, Linschoten P van, Royers T, Nelissen N, Nitsche B (redactie) (2001). Eenzaam op leeftijd. Interventies bij eenzame ouderen. Utrecht: NIZW.
- Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA, Thomas A, Mann AH (1997). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. Psychological Medicine, 27, 323-332.



DANK U



Universitair
Ziekenhuis
Brussel

Prof. Dr. Lieten S.
Geriatric UZ Brussel/VUB
Diensthoofd/Stagemeester

Siddhartha.lieten@uzbrussel.be
02/477.63.66

