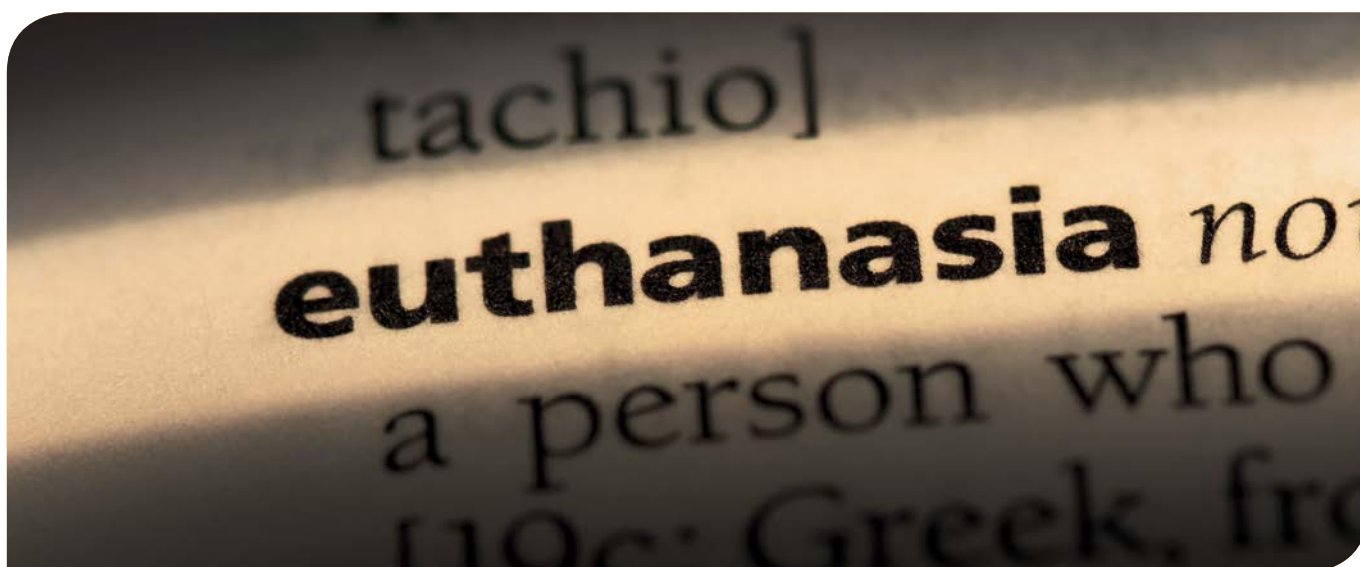




Uit een recent empirisch onderzoek naar euthanasie en hulp bij zelfdoding bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis bleek dat deze patiënten vaak een euthanasieverzoek indienen en dat de evaluatie van dergelijke verzoeken complex is (1). Deze studie onderzocht 74 Nederlandse casussen van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis of –moeilijkheden en de manier waarop deze geëvalueerd werden, met name welke kenmerken deze patiënten vertoonden, wat hun voorgeschiedenis was en hoe vaak een psychiater betrokken was bij de evaluatie. De resultaten tonen aan dat er specifieke uitdagingen zijn die verdere aandacht vergen. Zo kan bijvoorbeeld de interpretatie van het criterium uitzichtloosheid complex zijn. Ook kunnen andere factoren, zoals interpersoonlijke dynamieken, een rol spelen in het evaluatieproces van deze patiënten.

EUTHANASIE

BIJ PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN



Marie E. Nicolini^{1,2}, Scott Y.H. Kim²

1. Interfacultair Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht, KU Leuven

2. Department of Bioethics, National Institutes of Health, USA

Inleiding

Euthanasie of hulp bij zelfdoding voor psychiatrische stoornissen is wettelijk geregeld in enkele Europese landen, zoals België en Nederland, maar blijft controversieel. Ondanks het feit dat het debat zich voornamelijk focust op (therapieresistente) depressie als voornaamste indicatie (1-3), blijken persoonlijkheidsstoornissen de tweede meest prevalentie aandoening bij patiënten die middels euthanasie op basis van een psychische stoornis overlijden (4, 5). Het is op zich niet verrassend dat deze patiënten euthanasie vragen, gezien het chronische verloop en de prevalentie van deze stoornissen, de lijdensdruk die ermee gepaard gaat en de negatieve impact op comorbide psychiatrische as 1-stoornissen (6). Evaluaties van deze euthanasieverzoeken kunnen complex zijn om een aantal redenen. Ten eerste omdat gevoelens van hopeloosheid en hulpeloosheid alsook suïcidale gedachten vaak voorkomen bij deze patiënten en soms moeilijk te onderscheiden zijn van ondraaglijk lijden, een van de kerncriteria voor euthanasie (7).

Dit zorgt ervoor dat het ook moeilijk is om te oordelen of de situatie uitzichtloos is, een tweede kerncriterium voor euthanasie. Ten tweede omdat persoonlijkheidsstoornissen kunnen leiden tot complexe, interpersoonlijke interacties met zorgverleners (8) en het omgaan met deze interacties zorg en expertise vereist. Deze studie heeft als doel de kenmerken te beschrijven van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis die euthanasie verkregen en de manier waarop hun vraag geëvalueerd werd.

Methode

Op 1 oktober 2017 werden in totaal 232 casussen gemeld bij de RTE sinds 2010, waarvan 116 casussen online gepubliceerd werden. Voor onze studie selecteerden we 74 casussen op basis van de volgende criteria. Een eerste categorie bevatte casussen die melding maakten van een formele diagnose van een persoonlijkheidsstoornis (n = 48; 65%). Omdat patiënten klinisch significante symptomen kunnen vertonen zonder dat ze aan alle diagnostische criteria voldoen (9, 10), includeerden we de volgende twee categorieën. Een tweede categorie omvatte casussen met expliciete melding van prominente persoonlijkheidskenmerken of -moeilijkheden (n = 16; 22%) inclusief bv. 'beschadigde persoonlijkheidsontwikkeling'. Gezien de klinisch significante *overlap* tussen cluster B-persoonlijkheidsstoornis en interpersoonlijke moeilijkheden na trauma (11), includeerden we een derde categorie van

Achtergrond

De Nederlandse Wet Toetsing Levens-beëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL) trad in 2002 in werking. De zorgvuldigheidseisen houden in dat de arts de overtuiging heeft gekregen dat er een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt was en dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Verder dient de arts de patiënt voor te lichten over de situatie waarin deze zich bevindt en met de patiënt tot de overtuiging te komen dat er geen redelijke andere oplossing was. De procedurele criteria vereisen dat de arts ten minste een andere, onafhankelijke arts raadpleegt en dat de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch en zorgvuldig uitgevoerd wordt.

Er zijn vijf Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) die de wettelijke taak hebben om de euthanasiegevallen die bij deze commissies gemeld worden, te beoordelen. Deze oordelen worden gepubliceerd, met als doel in te staan voor transparantie en voorlichting¹.

De Levenseindekliniek is een netwerk van artsen en verpleegkundigen dat in 2012 werd opgericht. Het heeft als doel euthanasie uit te voeren bij mensen met een euthanasieverzoek dat voldoet aan de wettelijke eisen, maar waar de behandelaar het verzoek niet kan honoreren. De meeste patiënten die euthanasie krijgen bij de Levenseindekliniek zijn niet-terminaal².

1. <https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg>
2. <http://www.levenseindekliniek.nl/>

HOU JE LICHAAM GEZOND

- slechts 1 tablet per dag

Voor een gezonde huid ^{1,6}, en voor normaal en gezond haar en nagels ^{1,4}

Verhoogt de opname van ijzer ²

Speelt een rol in de normale werking van de schildklier ⁴

Ondersteunt de normale werking van het immuunsysteem ^{1,2,4,6}

1: Zinc – 2: Vitamine C – 3: Vitamine B6 – 4: selenium – 5: Vitamine E – 6: Vitamine A

Volledig antioxidanten-complex met 6 vitaminen en mineralen : selenium, zink, vitaminen A, B6, C en E

Beschikbaar in apotheken in verpakkingen van 90 tabletten aan €20,95 (CNK 1173-434) of 150 tabletten aan €29,95 (CNK 1445-576)

En nu ook:

90+30 tabletten gratis aan €20,95 (CNK 2326-577)

Vraag uw apotheker de overeenkomstige nationale referentie code of CNK-code.

Bindt zware metalen en ontgift het lichaam



Pharma Nord
www.pharmanord.be

GRATIS DOOSJE?

Ga naar: www.pharmanord.be/medic en vul het formulier in met uw beroep, het tijdschrift en eventueel uw postadres voor de zending van je pakket.

Tabel 1: Kenmerken van 74 patiënten met een persoonlijkheidsstoornis of -moeilijkheden die middels euthanasie overleden.

Vrouw	Aantal	%
Leeftijdscategorie (jaren):		
- 18-30	3	4
- 30-40	11	15
- 40-50	9	12
- 50-60	13	18
- 60-70	21	28
- 70-80	11	15
- 80-90	6	8
Voorgeschiedenis van:		
- een suïcidepoging	35	47
- meerdere suïcidepogingen	27	36
- zelfbeschadigend gedrag	20	27
- vroegkinderlijk trauma	27	36

Tabel 2: Psychiatrische comorbiditeit.

Aantal comorbide aandoeningen:	Aantal	%
- 4	6	8
- 3	18	24
- 2	29	39
- 1	19	26
- 0	2	3
Meest voorkomende comorbide aandoeningen:		
- Depressie en bipolaire stoornis	52	70
- PTSS of posttraumatische residua	23	31
- Angststoornis	23	31
- Somatoforme stoornis	14	19
- Eetstoornis	11	15
- Psychotische stoornis	8	11

Tabel 3: Behandelvoorgeschiedenis.

	Aantal	%
Psychiatrische opname	54	73
Psychotherapie	53	72
Subtype:		
- (Cognitive) behavioral therapy	10	14
- EMDR	4	5
- VERS*	3	4
- Andere	39	53
ECT	25	34
Depressie protocol incl. MAO-I	5	7
Subspecialist betrokken	11	15
Patiënt weigert een behandeling	38	51

*Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis

casussen met expliciete melding van vroegkinderlijk trauma en chronische interpersoonlijke moeilijkheden (n = 10; 13%), gedefinieerd als chronisch of complex PTSS (n = 6), zelfbeschadigend gedrag (n = 8), psychotische of dissociatieve symptomen (n = 4) of een combinatie hiervan. Analyse van de casussen werd a.d.h.v. een *mixed-method* uitgevoerd, zoals eerder beschreven (5).

Resultaten

Kenmerken van patiënten

Van de patiënten was 76% (n = 56) vrouw (**Tabel 1**) en 51% was 60 of ouder. In 65% (n = 48) was er melding van een cluster B-persoonlijkheidsstoornis of -kenmerken. 97% (n = 72) had ten minste een comorbide as 1-stoornis: de meest voorkomende stoornissen waren depressie (70%), PTSS of posttraumatische symptomen (31%) en angststoornissen (31%) (**Tabel 2**). 38% (n = 28) had enkel psychiatrische stoornissen, 62% (n = 46) had ook somatische comorbiditeit (musculoskeletale en reumatologische aandoeningen, chronische pijn, neurologische stoornissen, cardiovasculaire en pulmonaire stoornissen). 42% (n = 31) was zorgafhankelijk.

Voorgeschiedenis

73% (n = 54) had een psychiatrische opname in de voorgeschiedenis (**Tabel 3**). Psychotherapie was geprobeerd bij 72% (n = 53), meestal was het type psychotherapie ongespecificeerd (39 van 53). Van de *evidence-based* behandelingen voor bv. cluster B-persoonlijkheidsstoornis (12, 13), was dialectische gedragstherapie in geen enkele casus vermeld, mentalisatiebevorderende therapie (MBT) was eenmalig overwogen maar niet geprobeerd, en schematherapie was eenmalig geprobeerd. Ongeveer een derde (34%, 25%) van de patiënten had electroconvulsietherapie (ECT) gekregen. Ongeveer de helft (51%, n = 38%) had een behandelingsvorm geweigerd, zoals een psychiatrische opname, medicatie, psychotherapie, andere modaliteiten (bv. ECT) of een combinatie hiervan; 43% (16 van de 38) weigerde meer dan een behandelmodaliteit. De voornaamste reden voor het weigeren van behandeling was een gebrek aan motivatie (61%, 23 van de 38). Bij ongeveer een kwart van de patiënten (26%, n = 19), had de arts een behandeling eerst overwogen en dan beslist dat deze niet toegepast diende te worden, omdat hij van mening was dat de patiënt er niet bij gebaat zou zijn (n = 13) of niet voldoende gemotiveerd was (n = 6). Bijvoorbeeld: “[de psychiater] kwam tot de conclusie dat er in theorie nog behandelingen mogelijk waren gericht op de persoonlijkheidsproblematiek van de patiënte. Daarbij merkte de psychiater op dat het maar zeer de vraag was of de patiënte

Tabel 4: Euthanasia and physician-assisted suicide (EAS)-evaluatieproces.

	Aantal	%
Behandelende psychiater betrokken	47	64
Uitvoerend arts is nieuw voor de patiënt	37	50
Uitvoerend arts is een psychiater	22	30
Psychiater is een van de officiële consulents	30	40
Geconsulteerde psychiater tijdens evaluatieproces:		
- Zowel <i>second opinion</i> -psychiater als officiële psychiatrische consulent	15	20
- Enkel <i>second opinion</i> -psychiater	39	53
- Enkel officiële psychiatrische consulent	15	20
- Geen psychiater geconsulteerd	5	7

deze behandelingen aankon en of zij een adequate behandelrelatie kon aangaan en volhouden” (casus 2016-01).

Weigering van euthanasievraag door behandelende huisarts of psychiater

In 46% (n = 34) van de casussen weigerde minstens één behandelende arts om op de euthanasievraag van de patiënt in te gaan. In 39% (n = 29) weigerde de behandelende huisarts. De voornaamste reden voor het weigeren was om ‘persoonlijke redenen’ of vanwege de ‘complexiteit’ van de casus. Dit laatste verwees naar de combinatie van psychische en somatische aandoeningen [“de huisarts was zeer betrokken bij de patiënte maar vond het moeilijk om in dit bijzondere geval, waarbij somatisch en psychiatrisch lijden verstrengeld waren, euthanasie uit te voeren (2014-40)] of naar de persoonlijkheid van patiënt [“de complexiteit, die de arts ook onderkende, zat hem in het feit dat de patiënt een moeilijke, niet-aardige man was die zich moeilijk kon uitdrukken” (2014-37)]. De euthanasievraag werd aan de behandelende psychiater gesteld in 43% (n = 32), de helft van deze psychiaters (n = 16) weigerde in te gaan op deze vraag.

Rol van psychiaters in het evaluatieproces voor euthanasie

Bij 36% (n = 27) werd geen melding gemaakt van een behandelend psychiater op het tijdstip van de euthanasievraag (Tabel 4). Bij 30% (n = 22) was de uitvoerende arts een psychiater. In de helft van alle casussen (n = 37) was de arts nieuw voor de patiënt, waarvan de meerderheid (n = 32) euthanasie kreeg bij de Levenseindekliniek. De Nederlandse Euthanasiewet stelt zelf geen specifieke vereisten m.b.t. het consulteren van een onafhankelijke psychiater bij de evaluatie van de euthanasievraag van patiënten met een psychische stoornis. De *Code of Practice* van de RTE (bedoeld voor uitvoerende artsen en consulents) doet dat wel (7). Bij 41% (n = 30) was een van de officiële euthanasieconsulents een psychiater, bij 53% (n = 39) baseerde de uitvoerende arts zich op een psychiatrische

second opinion, wat anders is dan een officiële consultatie. Bij 5 gevallen (7%) was er geen onafhankelijke psychiatrische consultatie.

Levenseindekliniek en somatische comorbiditeit

43% (n = 32) werd verwezen naar de Levenseindekliniek, na verziwing door een arts (n = 26) of via zelfverwijzing (n = 6). Patiënten die bij de Levenseindekliniek euthanasie kregen, waren gemiddeld ouder dan 60 [75% (24 of 32) vs. 33% (14 of 42), p = 0.001, Fisher’s exacte toets] en hadden minder vaak een behandelend psychiater [53% (17 of 32) vs. 71% (30 of 42), p = 0.14]. Ze hadden ook minder vaak psychotherapie gekregen in het verleden [53% (17 of 32) vs. 86% (36 of 42), p = 0,004] en de uitvoerende arts was minder vaak een psychiater [13% (4 of 32) vs. 43% (18 of 42), p = 0,005].

In vergelijking met patiënten zonder somatische aandoeningen werd bij patiënten met bijkomende somatische comorbiditeit de euthanasieaanvraag vaker geweigerd door de behandelende psychiater [68% (13 of 19) vs. 23% (3 of 13), p = 0,03]. Deze patiënten werden ook vaker doorverwezen naar de Levenseindekliniek [54% (25 of 46) vs. 25% (7 of 28), p = 0,02], en hadden minder vaak psychotherapie gekregen [63% (29 of 46) vs. 86% (24 of 28), p = 0,06].

Evaluatie van ondraaglijk lijden

Naar analogie met de richtlijn van de Nederlandse Vereniging Voor Psychiatrie beschrijft de RTE’s *Code of Practice* dat het ondraaglijk lijden, weliswaar subjectief van aard, ook ‘invoelbaar’ moet zijn voor de arts (7). Van de 116 psychiatrische euthanasiecasussen die in de periode 2010-2017 door de RTE gepubliceerd werden, werd in 34 casussen de term ‘invoelbaar’ gebruikt. 91% hiervan (31 van de 34) betrof een casus met een persoonlijkheidsstoornis of -moeilijkheden, bv. “de ondraaglijkheid van het lijden was voor de arts invoelbaar door hoe de patiënte eruit zag, hoe zij over haar leven sprak, de somberheid en de machteloosheid die zij uitstraalde” (2011-125900).

Discussie

Persoonlijkheidsstoornissen kregen tot nog toe weinig aandacht, hoewel ze sterk vertegenwoordigd zijn onder patiënten die overleden middels euthanasie op basis van een psychische stoornis (4, 5). De evaluatie van deze euthanasieverzoeken kan complex zijn vanwege het suïcidale gedrag van deze patiënten en chronische gevoelens van hopeloosheid en hulpeloosheid (14), wat de evaluatie van de uitzichtloosheid kan compliceren. Ook kunnen complexe interpersoonlijke dynamieken een rol spelen in het evaluatieproces.

De meeste patiënten hadden een lange voorgeschiedenis en een complexe set van aandoeningen. In tegenstelling tot een Belgische studie van 100 patiënten die om euthanasie vroegen op basis van een psychische stoornis, die gemiddeld jonger waren en met weinig somatische comorbiditeit (4), vonden we dat meer dan de helft (51%) in onze studie ouder was dan 60 en ongeveer twee derde had somatische comorbiditeit. Bijna alle patiënten hadden comorbide as 1-psychiatrische stoornissen. Maar deze patiënten vertoonden ook kenmerken die vaak voorkomen bij suïcidale patiënten met een persoonlijkheidsstoornis: depressieve stoornis (70%), suïcidepoging in de voorgeschiedenis (47%), multiële pogingen in 36%), zelfbeschadigend gedrag (27%) en een traumatische voorgeschiedenis (36%).

De resultaten wijzen op de moeilijkheden die gepaard gaan met het interpreteren van de uitzichtloosheid. Niet alle patiënten hadden alle standaardbehandelingen ondergaan, zoals ECT and MAO-inhibitoren voor depressieve stoornissen; meer dan een kwart (27%) had geen opname in de voorgeschiedenis. 28% had geen psychotherapie gekregen, de hoeksteen in de *evidence-based* behandeling van persoonlijkheidsstoornissen, zoals ook aanbevolen door de therapeutische richtlijnen van het Nederlandse Trimbos Instituut en de *American Psychiatric Association* (15, 16).

Een mogelijke verklaring voor deze bevinding is dat artsen meer geneigd waren het perspectief van de patiënt aan te nemen, gezien de lange en complexe voorgeschiedenis van de patiënt. Zo werd ook door Nederlandse psychiaters een verschuiving beschreven in de richting van een (door de patiënt bepaalde) subjectieve interpretatie van de uitzichtloosheid (17). Een tweede mogelijke verklaring kan te maken hebben met de hoge prevalentie aan somatische comorbiditeit, waarbij patiënten voornamelijk via een 'medische lens' worden geëvalueerd. Dit kan bij persoonlijkheidsstoornissen meer uitgesproken zijn, omdat zij niet altijd als een volwaardige diagnose worden beschouwd (6, 18). Zo had meer dan een derde (36%) geen behandelend psychiater op het tijdstip van het verzoek om euthanasie, slechts 30% van de uitvoerende artsen was psychiater, en 50% van de uitvoerende artsen had geen voorafgaande band met de patiënt. Een derde reden kan te maken hebben met het fenomeen '(tegen)overdracht'. Omdat de RTE artsen aanbeveelt de situatie zelf in te schatten bij de evaluatie van het ondraaglijk lijden van patiënten, is waakzaamheid noodzakelijk. De term 'invoelbaar' werd bijna uitsluitend gebruikt bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Dit kan erop wijzen dat artsen emotioneel geraakt worden door deze patiënten en dat de richtlijn van de RTE ertoe kan leiden dat artsen binnen de psychopathologie van de patiënt opereren.

Implicaties

Zoals eerder vermeld roepen deze bevindingen vragen op over de adequate interpretatie van het uitzichtloosheids criterium bij deze patiënten. We weten dat *evidence based*-behandelingen een positief effect hebben op behandeluitkomsten zoals depressieve symptomen of suïcidaal gedrag (13, 19). Wat we niet weten, is of dit ook van toepassing is op de casussen in onze studie, met vaak een zeer complexe en lange voorgeschiedenis. In onze studie hadden jonge, fysiek gezonde patiënten vaker een psychiatrische behandeling gekregen dan oudere patiënten met somatische comorbiditeit, hoewel deze laatste groep net een hoge nood heeft aan psychiatrische expertise. Het zou kunnen dat het expertiseniveau beperkt wordt door ambivalentie van psychiaters t.o.v. euthanasie voor psychische stoornissen (17). Maar mogelijk wordt het ook beperkt door het feit dat deze praktijk voornamelijk artsen centraal stelt, zonder officiële rol voor andere hulpverleners zoals psychologen en therapeuten, die wellicht meer ervaring en expertise hebben in het behandelen van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

Beperkingen

Omdat deze studie gebaseerd was op de gepubliceerde uitspraken van de RTE, zijn de resultaten mogelijk slechts beperkt generaliseerbaar. De gepubliceerde uitspraken dienen echter wel educatieve doeleinden en hebben daarom ook een speciale betekenis (20). Het is tevens de enige betrouwbare bron van informatie op individueel patiëntniveau. Ten tweede was voor de kwalitatieve analyse een oordeel nodig, aangezien de uitspraken niet steeds het exacte klinische jargon hanteerden. Ten derde was de steekproef statistisch gesproken klein. Ten slotte legt dit artikel voornamelijk de nadruk op uitzichtloosheid en niet op beslissingsbekwaamheid bij persoonlijkheidsstoornissen, een complex onderwerp (21, 22) dat een aparte discussie vereist.

Conclusie

Bij patiënten die euthanasie kregen op basis van een psychische stoornis komen persoonlijkheidsstoornissen vaak voor. Er zijn gekende moeilijkheden geassocieerd met de behandeling en evaluatie van een verzoek tot euthanasie van deze patiënten. Desondanks blijken uitvoerende artsen voornamelijk niet-psychiaters, die zich meestal baseerden op het minder formele advies van een *second opinion*-psychiater. Een gebrek aan expertise en longitudinale evaluatie zou een impact kunnen hebben op de objectiviteit en betrouwbaarheid, in het bijzonder voor de evaluatie van de uitzichtloosheid.

Dit artikel is gebaseerd op het artikel van Nicolini et al. 'Euthanasia and assisted suicide of persons with psychiatric disorders: the challenge of personality disorders', gepubliceerd in *Psychological Medicine* (<https://doi.org/10.1017/S0033291719000333>).

Referenties op www.neuron.be