

Wilsbekwaamheid vanuit klinisch perspectief



Philip Scheltens
Professor of Neurology
VU University Medical Center Amsterdam
Department of Neurology/Alzheimer Center
Amsterdam, The Netherlands

Stelling

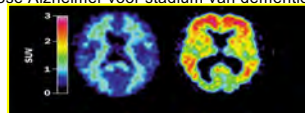
- *Mijn hele werkzame leven heb ik geijverd voor betere en vroegere diagnostiek teneinde een therapie voor de ziekte van Alzheimer mogelijk te maken. Dat laatste is (nog) niet gelukt. Paradoxaal genoeg zijn de resultaten van mijn werk wel van dienst geweest om euthanasie in een vroeg(er) stadium mogelijk te maken. Hoe vroeger en zekerder de diagnose, hoe beter wilsbekwaamheid kan worden ingeschat, zeker wanneer het euthanasie betreft. Kennis en begrip van de onderliggende ziekte is van het allergrootste belang voor het vaststellen van wilsbekwaamheid*

Wilsbekwaamheid: klinische factoren

- Cognitie
 - Geheugen, aandacht, executief, overzicht, inzicht
- Taal
 - Begrip (woord- en zinsniveau), woordvinding
- Gedrag
 - Ontremd, dwangmatig, apathie
- (Depressie)

Ziekte van Alzheimer

- Jong en oud, grote genetische component
- Geheugen en/of executief primair
- Maar ook: taalstoornissen (logopene variant) en gedrag (frontale variant) of visusstoornissen (PCA)
- Diagnostiek klinisch en op eiwit niveau (CSF en PET en biomarkers van lokatie en progressie (MRI, CSF en EEG).
- Diagnose Alzheimer vóór stadium van dementie



Implicaties voor wilsbekwaamheid

- Geheugen: gestoord; onthouden wat je afgesproken hebt, feiten en gebeurtenissen in recente verleden. Bij ouderen > jongeren
- Inzicht in ziekte: ontbreekt vrijwel altijd
- Executief: vooruitkijken, plannen en organiseren, meestal aangedaan in stadium van dementie; bij jongeren > ouderen
- Taal: expressie en begrip, vaak al in vroeg stadium beperkt, bij jongeren > ouderen

Ergo: wilsbekwaamheid sterk beperkt in stadium van dementie, bij MCI discutabel

Lewy Body dementie

- Vaker voorkomend dan gedacht; wordt slecht herkend; afgrenzing PDD van belang, maar zelfde onderliggende ziekte
- Geheugen: intact!
- Executief en visuospatieel gestoord per definitie
- Hallucinaties vaak aanwezig
- Fluctuaties zeer vaak aanwezig, kort en langdurend
- Geen specifieke eiwitmarkers, maar ondersteunend onderzoek mogelijk: EEG, SPECT, CSF, RBD

Implicaties voor wilsbekwaamheid

- Geheugen: intact; afspraken zijn te maken
- Inzicht in ziekte: langer behouden
- Executief: vooruitkijken, plannen en organiseren, per definitie aangedaan ook in vroeg stadium van dementie en fluctuerend!

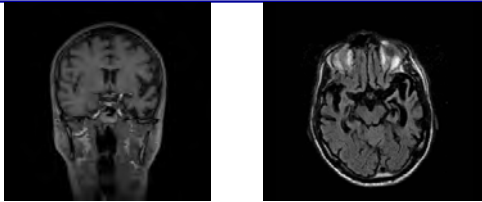
Ergo: wilsbekwaamheid sterk beperkt door ontbreken overzicht en inzien van consequenties van handelen en door fluctuaties in aandacht

Progressieve afasie



- Taalvarianten van het FTD spectrum
- Vloeiend en niet-vloeiend
- nvPPA: verminderde taalproductie, agrammatisme, telegramstijl etc; begrip van gesproken en geschreven taal intact. Geen andere cognitieve domeinen aangedaan voor lange tijd
- SD: vloeiende, inhoudsloze, repetitieve taal, met woordvind- en begripstoornissen, tot op single-word level ('broccoli'). Vaak frontale stoornissen vroeg in beloop (ontremming, utilisatie, onrust). Altijd: preoccupatie: het weer, het nieuws, de Vierdaagse, of ...de dood

A picture tells more than a 1000 words



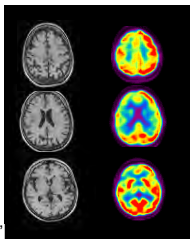
Implicaties voor wilsbekwaamheid

- nvPPA: begrip intact; geheugen, inzicht en overzicht intact. In vroeg stadium verbaal en non-verbaal (schriftelijk) nog goed mee te communiceren.
- SD: kenmerkend is verlies van semantisch begrip: betekenis van zinnen en later woorden.

Ergo: wilsbekwaamheid bij SD al vanaf begin zeer sterk beperkt door taalbegripstoornissen en onmogelijkheid om van buiten af te interpreteren wat de patiënt bedoelt. Bv het gevoelsleven achter het woord 'dood' is door de taalstoornis en de dwangmatigheid / preoccupatie samen op geen enkele manier meer te peilen.

FTD, gedragsvariant

- Primair gedrag aangedaan: apathie of juist ontremd; soms combinatie
- Ongepast, sexueel ontremd, verzamelen, eten, dwangmatig, geen enkel inzicht al heel vroeg, geen empathie...
- Geen initiatief, 'mangel an antrieb'
- In beide gevallen totale karakterverandering tov premorbide toestand
- Soms ook taalstoornissen (richting SD)
- Geheugen in begin niet aangedaan; executief wel, maar lastig te vangen bij NPO



Implicaties voor wilsbekwaamheid

- Per definitie verstoord gedrag en totale verandering van karakter
- Soms ook taalstoornissen
- Geheugen intact in begin; executief aangedaan

Ergo: wilsbekwaamheid sterk beperkt door karakterverandering, taal en executieve stoornissen



Ervaringen

- Vrouw 52 jaar; Dx Alzheimer in vroeg stadium, biomarker bevestigd. Moeder, zus van moeder en eigen broer verloren op jonge leeftijd verloren aan AD; wil deze lijdensweg niet.
- MMSE 30; milde stoornissen van geheugen op NPO; wilsbekwaam geacht. Huisarts + 2 SCEN artsen akkoord met euthanasie.
- Postmortem: AD, Braak 4

Ervaringen

- Man 83, overlijdt. Bij testament hele (grote) vermogen gegeven aan goed doel; familie krijgt niks en wist van niks.
- Heteroanamnese: vanaf 72 jaar veranderd gedrag: egoïstisch, dwangmatig, opvliegend, ruzieachtig, extreem zuinig, ongepast gedrag in winkels, verwaarloost eega en kinderen en negeert de kleinkinderen.
- Enorme argwaan en obsessie met Belastingdienst, sinds inkeer regeling
- Familie: totaal andere man dan voorheen
- Elders: NPO: frontaal syndroom; CT niet afwijkend; Dx verdenking FTD, 'maar patiënt te oud'

Ervaringen, vervolg

- patiënt onttrekt zich aan behandeling en begeleiding
- Notaris, psychiater, goede doelen: 'niks aan patiënt gemerkt'
- Retrospectief, zeer sterke verdenking op FTD en zeer sterke twijfel over wilsbekwaamheid: beslissing is genomen zonder rekening te houden met gezin (verlies empathie, geen inzicht in handelen), vanuit obsessie met belasting betalen en dwangmatig vasthouden aan beslissing.

Een 87-jarige man met late-onset frontotemporale dementie

L. BAKKER, M.D., PH.D., M.Sc., M.A., M.P.H.

Abstract: Het is belangrijk om te weten dat de diagnose van frontotemporale dementie (FTD) vaak wordt gesteld op basis van klinische gegevens en niet op basis van biomarkers. Dit kan tot foutieve diagnoses leiden. Het is daarom belangrijk om de diagnose van FTD te bevestigen met behulp van biomarkers. Dit kan worden gedaan door middel van een MRI-scan van de hersenen en een analyse van de vloeistof in de hersenen. Dit kan ook worden gedaan door middel van een analyse van het DNA. Dit kan ook worden gedaan door middel van een analyse van de hersenen. Dit kan ook worden gedaan door middel van een analyse van de hersenen.

Conclusies

- Wilsbekwaamheid alleen vast te stellen indien aard en omvang van onderliggend lijden bekend is
- Kennis van de ziektebeelden is onmisbaar en vereist in deze
- Cognitie bij dementie is veel meer dan geheugen en juist die andere domeinen kunnen adequate bepaling van wilsbekwaamheid hinderen, cq onmogelijk maken