

**Oordeel: Niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen**

**Samenvatting: Patiënt, een man van 60-70 jaar, maakte twee jaar voor het overlijden een CVA door met een restparese tot gevolg. De arts kon tot de overtuiging komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, uitzichtloos en ondraaglijk lijden en dat redelijke andere oplossingen ontbraken. De arts heeft de hulp bij zelfdoding niet zorgvuldig uitgevoerd nu hij in afwijking met de Richtlijn geen intraveneuze weg had aangelegd voor hij patiënt een drankje overhandigde met pentobarbital. Ook heeft de arts vervolgens de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd via een door de Richtlijn afgeraden toedieningsweg en in een afwijkende dosering.**

**oordeel**

van de Regionale toetsingscommissie euthanasie voor de Regio (...) betreffende de melding van een combinatie van hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging op verzoek

van:

(...), huisarts

verder te noemen: de arts

bij:

(...)

verder te noemen: patiënt

geconsulteerd werd:

(...), specialist ouderengeneeskunde, tevens SCEN-arts

verder te noemen: de consulent

**1. PROCEDURE**

De commissie heeft van de gemeentelijke lijkschouwer de stukken ontvangen als bedoeld in artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging inzake de melding van de arts van levensbeëindiging op verzoek bij patiënt.

De navolgende stukken zijn ontvangen:

Formulier lijkschouwer

Formulier arts

Verslag arts

Verslag consulent

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal
- schriftelijke wilsverklaring

Naar aanleiding van de melding heeft de commissie bij brief van (...) vragen aan de arts gesteld. De arts antwoordde bij brief van (...). Omdat nog vragen bleven bestaan heeft de arts op de vergadering (...) een mondelinge toelichting gegeven. Van dit gesprek is een verslag gemaakt dat door de arts, na enkele correcties, is goedgekeurd.

## **2. FEITEN EN OMSTANDIGHEDEN**

**Uit de verslaglegging van de arts en de consulent en de overige ontvangen gegevens is gebleken ten aanzien van:**

### **a. Karakter van het lijden, voorlichting en alternatieven**

Patiënt, een man van 60-70 jaar, maakte twee jaar voor het overlijden een CVA door met een restparese tot gevolg. Vier maanden voor het overlijden maakte hij een tweede CVA door. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Het lijden van patiënt bestond uit aftakeling, pijn, krampen en spasmen, incontinentie en moeheid. Hij kon niets meer doen en was bedlegerig en zorgafhankelijk geworden. Patiënt leed onder de ontluistering en het verlies van perspectief. Hij voelde zich eenzaam, was uitgeput en wilde niet verder aftakelen.

Patiënt ervoer zijn lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënt ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren geen voor patiënt aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.

Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de specialisten patiënt voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en zijn vooruitzichten.

### **b. Verzoek tot levensbeëindiging**

Patiënt had eerder met de arts over euthanasie gesproken.

Ongeveer een maand voor het overlijden heeft patiënt de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

### **c. Consultatie**

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënt ruim drie weken voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. De consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënt. In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënt tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

### **d. Uitvoering**

De arts heeft de combinatie van hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd door het aanreiken van een barbituraatdrank met 15 gram pentobarbital, gevolgd door intramusculaire toediening van 1000 mg thiopental en 200 mg rocuronium, waarna patiënt overleed.

### **e. Schriftelijke toelichting**

Naar aanleiding van de melding zijn schriftelijke vragen gesteld aan de arts. Hij had in het verslagmodel aangegeven dat hij patiënt eerst een 100 ml drank heeft aangeboden met 15 gram pentobarbital. Nadat patiënt deze drank had opgedronken en 1 uur en 50 minuten later nog niet was overleden, is hij overgegaan tot toediening van 1000 mg thiopental en 200 mg rocuronium. Het was de

commissie niet duidelijk langs welke weg de arts de thiopental heeft toegediend. De commissie las in het verslagmodel "2 ampullen im thiopental" en vroeg zich af of de arts de thiopental inderdaad intramusculair (im) heeft toegediend. Ook vroeg de commissie zich af waarom de arts was afgeweken van de toedieningswijze en de dosering, die wordt voorgeschreven in de KNMG/KNMP richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012 (hierna: de Richtlijn), namelijk de intraveneuze toediening van 2000 mg thiopental en 150 mg rocuronium.

De arts antwoordde dat hij de Richtlijn goed kent. Daarin staan waarschuwingen over de pijnlijkheid. Patiënt was qua stofwisseling en musculariteit een gezonde man met dikke spieren en ruim gevasculariseerd. De arts was ervan overtuigd dat de dood zou intreden door de toediening van de dosis via de door hem gekozen intramusculaire weg.

#### **f. Mondelinge toelichting**

Het was de commissie, na ontvangst van de schriftelijke reactie, nog niet duidelijk waarom de arts de euthanatica niet intraveneus had toegediend en waarom hij was afgeweken van de in de Richtlijn geadviseerde doseringen. Ook wilde de commissie weten waarom de arts geen intraveneuze weg had vrijgemaakt voordat patiënt het drankje tot zich nam. Dit temeer daar deze handelswijze in de Richtlijn wordt aanbevolen. Daarom werd de arts uitgenodigd voor het geven van een mondelinge toelichting.

De arts heeft -zakelijk weergegeven- de volgende toelichting gegeven:

De arts had de procedure van euthanasie en hulp bij zelfdoding met patiënt doorgesproken. Deze koos voor het drankje. De arts verwachtte geen problemen bij orale inname. De arts had ook met patiënt besproken dat wanneer deze niet zou overlijden hij de noodset die hij bij zich had, zou gebruiken. Patiënt raakte na inname van het drankje snel in een diep coma, maar de polsslag bleef krachtig en ook bleef de zuurstofsaturatie stabiel 89%. De arts controleerde om de 10 minuten of hij op pijnprikkels reageerde, hetgeen niet het geval bleek te zijn. Na ruim anderhalf uur was patiënt nog niet overleden. De arts vond dat hij de euthanatica wel intramusculair kon toedienen omdat patiënt zeker geen pijn meer zou ervaren. Dit temeer daar hij vindt dat intraveneuze toediening abrupter kan zijn dan intramusculaire toediening en dat patiënt na intramusculaire toediening minder blauw ziet als hij is overleden omdat de patiënt bij intramusculaire toediening de dood in kan glijden.

De arts had gezien dat patiënt goed gespierd was; met name de m.deltoïdeus van de enige arm die hij nog wat kon gebruiken was groot. Hij heeft ervaring met het toedienen van euthanatica via intramusculaire weg. De arts had tevoren ook niet gezorgd voor een intraveneuze toedieningsweg. Hij vond het voor de familie ook niet plezierig om te zien dat een infuus zou worden ingebracht. Hij wilde niet dat bloed zichtbaar zou worden. Patiënt had wel goede vaten, daarvan had de arts zich ook vergewist. Toediening via intraveneuze weg zou geen problemen hebben opgeleverd en door de arts uitvoerbaar zijn geweest.

Volgens de arts werd toediening van euthanatica via intramusculaire weg in de jaren 90 als een mogelijkheid gezien. Ook was hij van mening dat volgens de Richtlijn Palliative van de IKNL 2010 de intramusculaire route gevolgd kan worden. Volgens de arts wordt in de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding de intraveneuze weg de meest zekere manier van toediening genoemd, maar de arts was ervan overtuigd dat intramusculaire toediening ook goed zou werken en dat deze toedieningsvorm niet wordt uitgesloten in deze Richtlijn. De arts betreurt het dat de KNMP Richtlijn geen heldere empirische onderbouwing beschrijft. De arts heeft drie maal eerder hulp bij zelfdoding toegepast; in alle drie gevallen had hij van tevoren gezorgd voor een intraveneuze toedieningsweg. De arts is van mening dat er te weinig empirie is voor het ontraden van de intramusculaire toepassing in deze situatie.

De arts diende vervolgens 1000 mg thiopental i.m. toe. Hij hield 1000 mg thiopental achter de hand die hij eventueel intraveneus toe zou kunnen dienen als de intramusculaire toediening onvoldoende zou blijken te werken. Patiënt was volgens de arts al voor de toediening van 1000 mg thiopental in een diep coma. De arts had dit gecontroleerd door toediening van pijnprikkels en het uitvoeren van de oogbolreflex, hetgeen geen reactie bij patiënt opriep. Polsslag, ademhaling en zuurstofsaturatie waren vergelijkbaar aan de eerst uren van het coma. Na de toediening van de 1000 mg thiopental veranderde

er niets aan deze situatie. De arts diende vervolgens 200 mg rocuronium i.m. toe waarop de patiënt in 10 minuten tijd zacht overleed.

### 3. BEOORDELING

De commissie toetst achteraf het handelen van de arts aan de hand van de zorgvuldigheidseisen vastgelegd in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts heeft de patiënt voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over zijn vooruitzichten. De arts is met patiënt tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin hij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. De arts heeft tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen.

In dit geval was sprake van een combinatie van hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging op verzoek. Wat de uitvoering hiervan betreft, overweegt de commissie het volgende.

De arts overhandigde patiënt eerst een drankje met 15 gram pentobarbital in 100 ml oplossing. De arts maakte van tevoren geen intraveneuze weg vrij, zoals in de Richtlijn staat vermeld (paragraaf F, p. 32). Toen patiënt na ruim anderhalf uur niet was overleden controleerde de arts de diepte van het coma door de corneareflex en de reactie op pijnprikkels te testen. Patiënt bleek in een diep coma te verkeren, maar zijn hartslag en circulatie waren onverminderd sterk aanwezig.

Het had voor de hand gelegen dat de arts vervolgens 2000 mg thiopental en 150 mg rocuronium intraveneus zou hebben toegediend. De arts heeft echter 1000 mg thiopental intramusculair toegediend gevolgd door 200 mg rocuronium intramusculair. De arts heeft bewust afgezien van het (tevorens) aanleggen van een intraveneuze toedieningsweg. De arts is ervan overtuigd dat zowel de Richtlijn als de door hem genoemde Pallialine-richtlijn van de IKNL deze wijze van toediening noemt.

De commissie is van mening dat deze opvatting van de arts onjuist is. De Pallialine-richtlijn "Euthanasie en hulp bij zelfdoding", paragraaf "Intraveneuze toediening van euthanatica", noemt de mogelijkheid van toediening per injectie, in casu via een intraveneuze canule, per intraveneus infuus of per elastomeerpomp. In de Richtlijn staat dat intramusculaire of subcutane toediening van thiopental zeer pijnlijk en onbetrouwbaar is en niet moet worden toegepast (Bijlage I, p. 34). Ook de spierrelaxans moet niet via een van deze wegen worden toegediend.

Uit de jurisprudentie blijkt dat de arts in beginsel dient te handelen conform de toepasselijke richtlijn. Een richtlijn vult in wat binnen het vakgebied als professioneel handelen wordt gezien. Als autonome professional mag de arts, en moet hij zelfs, daarvan afwijken, als de toestand van de patiënt dat vereist én de arts het afwijken beargumenteert en documenteert. Afwijking is slechts aanvaardbaar indien dit in het belang van een goede patiëntenzorg noodzakelijk is. Bovendien dient de arts in het dossier vast te leggen dat en waarom hij is afgeweken van de Richtlijn. Maatstaf is steeds de zorg die in de omstandigheden van het geval van een redelijk bekwaam en redelijk handelend arts mag worden verwacht. De hoeveelheid medicatie en de toedieningsweg wijken zodanig af van de Richtlijn dat het feit dat de arts heeft vastgesteld dat patiënt in een diep coma verkeerde alvorens hij de middelen toediende, zijn handelen niet legitimeert.

De commissie meent dat in de voorliggende casus geen van genoemde redenen aanwezig waren die afwijking van de Richtlijn vereiste. Nu de arts op onjuiste gronden heeft afgezien van het aanleggen van een intraveneuze weg voor hij het drankje met pentobarbital aan patiënt overhandigde, en hij vervolgens de euthanatica intramusculair heeft toegediend, in bovendien een van de Richtlijn afwijkende dosering, kan de commissie niet anders dan vaststellen dat de arts de levensbeëindiging medisch gezien niet zorgvuldig heeft uitgevoerd. Met zijn handelen heeft de arts het vermijdbare risico genomen dat de intramusculaire toediening van de euthanatica niet tot het overlijden van patiënt had geleid.

#### **4. BESLISSING**

De arts heeft niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 lid 1 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.