

Oordeel: Niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen

Samenvatting: De arts diende patiënt intraveneus niet 2000 mg thiopental toe, maar 1500 mg thiopental omdat de ademhaling van patiënt stopte. Hoewel patiënt nog een hartslag had, verrichtte de arts geen comacheck voordat hij de spierverslapper toediende.

Nu de arts patiënt niet op afdoende wijze heeft gecontroleerd of patiënt in een voldoende diep coma was alvorens hij het spierrelaxans toediende, is niet uit te sluiten dat patiënt de werking van het spierrelaxans heeft kunnen ervaren. De uitvoering van de levensbeëindiging is niet medisch zorgvuldig uitgevoerd.

oordeel

van de Regionale toetsingscommissie euthanasie voor de Regio (...) betreffende de melding van levensbeëindiging op verzoek

van:

(...), huisarts

verder te noemen: de arts

bij:

(...)

verder te noemen: patiënt

geconsulteerd werden:

(...), huisarts, tevens SCEN-arts

verder te noemen: de eerste consulent

en

(...), huisarts, tevens SCEN-arts

verder te noemen: de tweede 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 en nadere schriftelijke toelichting (en mondelinge aanvulling) van de arts

Verslagen consulenten

Aanvullende gegevens:

- specialistenbrieven
- patiëntenjournaal
- schriftelijke wilsverklaring

De commissie heeft de arts uitgenodigd voor een mondelinge toelichting. De nadere mondelinge toelichting heeft op (...) plaats gevonden. Van de nadere mondelinge toelichting is een verslag gemaakt. De arts heeft het verslag daarvan 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

Bij patiënt, een man van 60-70 jaar, werd enkele maanden voor het overlijden een gemetastaseerd longcarcinoom vastgesteld. Hij zag af van chemotherapie en palliatieve radiotherapie. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. Het lijden van patiënt bestond uit pijn, krachtsverlies en bedlegerigheid. Patiënt was uitgeput en had veel gewicht verloren. Vanwege de metastasering in onder meer het skelet kon hij een arm en een been niet meer gebruiken en dreigde een dwarslaesie.

Hij leed onder het vooruitzicht van de snelle progressie van zijn ziekte en onder het verlies van onafhankelijkheid.

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.

Eén dag 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 twee onafhankelijke SCEN-artsen.

De eerste consulent bezocht patiënt ruim twee 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 nog niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan omdat het euthanasieverzoek van patiënt nog niet actueel was omdat het lijden van patiënt nog niet ondraaglijk was.

De tweede consulent bezocht patiënt één dag voor het overlijden nadat zij door de arts over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De tweede consulent gaf in haar verslag een samenvatting van de aard van het lijden van patiënt. In haar verslag kwam de tweede consulent mede op basis van het gesprek met patiënt tot de conclusie dat het euthanasieverzoek van patiënt inmiddels actueel geworden was, nu de pijn van patiënt ondraaglijk was geworden. Volgens de tweede consulent was aan de zorgvuldigheidseisen voldaan.

d. Uitvoering

De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd door intraveneuze toediening van lidocaine, 1500 mg thiopental en 150 mg rocuronium.

De arts heeft nader toegelicht dat hij de toediening van de thiopental heeft afgebroken en heeft afgezien van het toedienen van de volledige dosis thiopental (2000 mg) omdat tijdens de toediening bij patiënt de ademhaling stopte. Naar zijn mening moest daarop de rocuronium snel worden toegediend omdat bij een hartstilstand de rocuronium minder of niet in de circulatie zou komen en daardoor minder effectief zou zijn.

e. nadere mondelinge toelichting van de arts

Bij de behandeling van de melding op de commissievergadering zijn er bij de commissie vragen gerezen over de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek. De commissie wilde graag met de arts spreken over de gang van zaken tijdens de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek.

De commissie heeft de arts daarom uitgenodigd voor een mondelinge toelichting.

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

Op de vraag of de arts in zijn eigen woorden kan aangeven hoe de uitvoering van de euthanasie bij patiënt was gegaan, vertelt de arts dat het een euthanasie betrof bij een patiënt met een longtumor waarvan de lichamelijke toestand snel was verslechterd. Er was gekozen voor levensbeëindiging op verzoek. De arts zegt dat hij ongeveer 18 jaar geleden zijn eerste en enige euthanasie met intraveneuze middelen had uitgevoerd en beter bekend was met hulp bij zelfdoding.

Patiënt had na het bezoek van de tweede consulent zoveel pijn dat hij aan de arts had gevraagd om hem 'weg te maken'. Omdat de arts de euthanatica toen niet had werd gestart met palliatieve sedatie. Op de dag van de uitvoering was patiënt een dag gesedeerd.

Patiënt was diep in slaap en lag heel stil toen de arts bij hem thuis arriveerde.

De arts had de spuiten met thiopental (2000 mg), NaCl-oplossing en rocuronium (150 mg) op de praktijk voorbereid en bij patiënt thuis op volgorde klaargelegd. De 4 ampullen thiopental had hij in 4 verschillende spuiten opgetrokken. Hij had een reserveset bij zich. Een infuus was door de arts aangelegd.

Tijdens de toediening van de eerste spuit thiopental zag de arts direct reactie bij patiënt. Patiënt zakte diep weg. Tijdens de toediening van de tweede of de derde spuit thiopental, de arts zegt in eerste instantie dat niet meer precies te weten, ontstond bij patiënt een apneu. Bij verdere navraag blijkt dit opgetreden te zijn bij toediening van de 2e ampul thiopental.

De arts, die dit totaal niet had verwacht en naar eigen zeggen niet exact op de hoogte was van de protocollen, besloot hierop in een split second de vierde spuit thiopental niet meer toe te dienen maar te starten met de toediening van de rocuronium. Patiënt had een apneu en de arts vreesde dat patiënt, als hij de vierde spuit thiopental zou toedienen, zou overlijden. De arts dacht dat hij dan niet meer in de gelegenheid zou zijn om het protocol af te maken. Op het moment van het toedienen van de rocuronium ademde patiënt niet meer maar had hij nog wel een hartslag. Het leek de arts het beste om de rocuronium te spuiten als er nog een hartslag was zodat dit middel nog in circulatie zou komen. De

arts beseftte dat dit niet overeenkomstig het protocol was (1500 mg thiopental in plaats van 2000 mg thiopental), maar dacht patiënt hiermee het beste te kunnen helpen. De arts zegt nu te beseffen dat dit een denkfout was.

Desgevraagd zegt de arts dat hij er van overtuigd was dat patiënt in een diep coma was voordat hij de rocuronium toediende. Patiënt ademde niet meer, maar er was nog wel een voelbare (arts had zijn hand op de borst van patiënt) en zichtbare hartslag (patiënt was heel mager). De arts dacht een versnelde hartslag te zien, maar heeft dit niet gemeten. Er was volgens hem geen sprake van een dying hart. De arts zegt bij patiënt geen coma-check (Glasgow-comascore) te hebben gedaan.

Op de vraag of de arts de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding voor de uitvoering had geraadpleegd (zoals de consulent in zijn verslag had geadviseerd) antwoordt de arts dat hij dat niet had gedaan.

De arts dacht dat deze richtlijn alleen een soort handleiding was waarin wordt geadviseerd om 2000 mg thiopental, 150 mg rocuronium en NaCl-oplossingen toe te dienen.

De arts zegt desgevraagd ten tijde van de uitvoering niet te hebben geweten dat de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding adviseert om het spierrelaxans altijd toe te dienen ook als patiënt tijdens of na de toediening van thiopental lijkt te zijn overleden.

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. De commissie overweegt of er naar heersend wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en naar in de medische ethiek geldende normen aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

De commissie acht het aannemelijk dat ten tijde van de euthanasie de bewustzijnsdaling reversibel was. De bewustzijnsdaling was het gevolg van het - een dag voor het overlijden - door de arts palliatief sederen van patiënt in verband met ernstige pijn. De commissie is daarom van mening dat de KNMG-richtlijn 'Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn' van overeenkomstige toepassing is aangezien patiënt, voordat de sedatie intrad, de arts op ondubbelzinnige wijze om euthanasie had verzocht, er reeds een gesprek had plaatsgevonden tussen patiënt en de consulent, die oordeelde dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan en de arts voornemens was het verzoek van patiënt in te willigen. In de KNMG-richtlijn 'Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn' staat dat een reversibele toestand van verlaagd bewustzijn in deze situatie niet behoeft te worden opgeheven met het enkele doel om de patiënt de ondraaglijkheid van het lijden tegenover de arts te laten bevestigen.

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.

Voor wat betreft de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek overweegt de commissie het volgende.

Bij de beoordeling van deze zorgvuldigheidseisen hanteert de commissie als leidraad de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding uit 2012. Volgens deze richtlijn dient de arts ná toediening van het coma-inducerend middel en vóór toediening van het spierrelaxans vast te stellen of er bij patiënt sprake is van een medicamenteus geïnduceerd coma. Voorkomen moet worden dat patiënt de gevolgen van de spierverslapper kan ervaren. Op grond van de meldingsgegevens en de mondelinge toelichting van de arts is voor de commissie komen vast te staan dat de arts intraveneus

toediende 1500 mg thiopental en aansluitend 150 mg rocuronium. De arts heeft voorafgaand aan de toediening van de rocuronium vastgesteld dat patiënt niet meer ademde maar nog wel een duidelijke hartslag had. De arts verklaarde verder geen comacheck te hebben uitgevoerd.

In de voornoemde richtlijn worden kenmerken van een medicamenteus geïnduceerd coma genoemd (Richtlijn pagina 14). De commissie overweegt dat nu de arts een lagere dosering coma-inducerend middel heeft toegediend dan genoemd in de richtlijn (1500 mg in plaats van 2000 mg thiopental), hij zich - door het verrichten van een adequate comacheck- ervan had moeten vergewissen dat patiënt in een voldoende diep coma verkeerde voordat hij de spierverslapper toediende. In het onderhavige geval heeft de arts de diepte van het coma bepaald door enkel vast te stellen dat patiënt niet meer ademde. Juist het feit dat de arts had geconstateerd dat patiënt nog een duidelijke hartslag had, waardoor er geen sprake was van een ernstige depressie van de circulatie, had hem moeten doen inzien dat hij de diepte van het coma nog op een andere wijze had moeten controleren (zoals bijvoorbeeld het testen van de corneareflex).

Nu de arts niet op afdoende wijze heeft gecontroleerd of patiënt in een voldoende diep coma was alvorens hij het spierrelaxans toediende, is niet uit te sluiten dat patiënt de werking van het spierrelaxans heeft kunnen ervaren. De commissie oordeelt dat de arts de levensbeëindiging op verzoek niet medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

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.