

# Hulp bij zelfdoding als alternatief voor euthanasie

Michiel Marlet, Kim van Wijck

**Hoe onvoorspelbaar is barbituraatdrank als hulp bij zelfdoding? De Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding adviseert voorzichtigheid met deze methode vanwege onvoorspelbaarheden. Is de terughoudendheid terecht of verdient hulp bij zelfdoding in bepaalde gevallen toch de voorkeur boven euthanasie?**

## EEN 82-JARIGE DAME

Een 82-jarige dame leed zichtbaar aan de gevolgen van gemetastaseerd mammacarcinoom. Zij verzocht de huisarts om levensbeëindiging. Nadat aan de voorbereidende zorgvuldigheidseisen werd voldaan, koos de patiënte voor hulp bij zelfdoding. De huisarts had vooraf geverifieerd dat patiënte geen slik- of maagledigingsstoornis had en dat zij goed rechtop kon zitten. Een dag voor de uitvoering was met patiënte en haar naasten afgesproken om euthanasie toe te passen als er problemen met inname zouden optreden of als patiënte niet binnen dertig minuten zou overlijden. Zodoende werd door de huisarts een waaknaald geplaatst.

Op de afgesproken dag zat mevrouw rechtop in bed. Conform het richtlijnadvies werd gestart met metoclopramide om de passage en opname van de letale drank te bespoedigen. In het gezelschap van haar naasten en haar huisarts dronk patiënte de pentobarbitaldrank op, een minuut later sloot ze haar ogen en zakte ze weg in een coma. Na een vijftal minuten stopte de ademhaling en uiteindelijk overleed patiënte vijftien minuten na inname van de drank.

## BESCHOUWING

Levensbeëindiging op verzoek is een ingrijpende gebeurtenis voor de patiënt en diens naasten, maar ook voor de uitvoerend arts.<sup>1</sup> De hierboven beschreven hulp bij zelfdoding via orale toediening van 15 g barbituraatdrank wordt in de Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding niet als voorkeursmethode genoemd.<sup>2</sup> Desondanks is in Nederland wereldwijd de meeste ervaring opgedaan met barbituraatdrank als alternatief voor euthanasie. Een belangrijk voordeel van hulp bij zelfdoding is dat de patiënt zelf de barbituraatdrank inneemt, waardoor de autonomie van de patiënt bij de levensbeëindiging meer nadruk krijgt. Patiënt en arts delen de verantwoordelijkheid voor de uitvoering, meer dan bij euthanasie het geval is. Voor veel artsen vermindert dit de draaglast die zij ervaren bij euthanasieverzoeken.<sup>3</sup> Dit is een belangrijk punt, want uit verschillende bronnen blijkt dat de balans tussen draagkracht en draaglast voor huisartsen bij euthanasieverzoeken in het geding dreigt te raken.<sup>4</sup> Het aantal verzoeken is de afgelopen jaren fors toegenomen en zal nog verder toenemen;

hulp bij zelfdoding als alternatief voor euthanasie kan helpen draagkracht en draaglast in evenwicht te houden.<sup>5,6</sup>

Hulp bij zelfdoding heeft als nadeel ten opzichte van euthanasie dat de orale toediening meer onvoorspelbaarheden oplevert. Naast de gebruikelijke zorgvuldigheidseisen zal men daarom patiëntenselectie moeten toepassen, want hulp bij zelfdoding is niet mogelijk bij een slik- of maagledigingsstoornis. Maar ook bij patiënten zonder slik- of maagledigingsstoornissen is er kans op complicaties.

Volgens gegevens van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) werd in Nederland in 2017 aan 279 patiënten hulp bij zelfdoding verleend; 4% van alle ingewilligde verzoeken voor hulp bij levensbeëindiging.<sup>5</sup> Bij 29 van deze 279 patiënten (10%) werd aanvullend euthanasie toegepast, in vier gevallen gebeurde dit omdat er een complicatie optrad: stridor (n = 1), kokhalzen of braken (n = 2) en verdere weigering van inname door de vieze smaak (n = 1). Deze getallen komen overeen met eerder gerapporteerde gegevens.<sup>3,6</sup> In de overige gevallen (n = 25) was het afgesproken tijdsinterval overschreden. Dit tijdsinterval verschilde per patiënt en varieerde tussen 15 en 120 minuten (de richtlijn adviseert 120 minuten).

Van de 25 patiënten bij wie het tijdsinterval werd overschreden, gebruikten er 12 (48%) chronisch opioïden. Deze middelen vertragen de maag-darmpassage en de opname van de barbituraten.<sup>7</sup> Chronisch opioïdengebruik hoeft echter geen contra-indicatie te zijn om hulp bij zelfdoding te bieden. Uit de analyse van de 250 patiënten die alleen de drank innamen bleek namelijk dat 37% opioïden hadden gebruikt; de gemiddelde tijd tot overlijden was voor deze patiënten slechts twee minuten langer dan voor degenen die geen opioïden gebruikten: 21 versus 19 minuten.

Naast chronisch opioïdengebruik kunnen ook andere factoren de maag-darmpassage beïnvloeden. Geopperd is dat een vetrijke maaltijd zou kunnen interfereren met de maag-darmpassage en met de opname van lipofiele barbituraten, maar dit is nooit onderzocht. Wel adviseert men om twaalf uur van tevoren te beginnen met metoclopramide in te nemen om de maag-darmpassage te bespoedigen.

Het tijdsinterval tussen de toediening van de barbituraatdrank en het overlijden was bij de 279 geanalyseerde patiënten gemiddeld 20 minuten, met uitersten van 5 tot 120 minuten;



Hulp bij zelfdoding vormt op dit moment slechts een kleine minderheid van de verzoeken om levensbeëindiging.

Foto: Michael Fousert

## HULP BIJ ZELFDODING

### Vorbereiding\*

- Bespreek van tevoren met de patiënt en eventueel de nabestaande(n) dat wordt overgegaan op de intraveneuze methode als de patiënt niet binnen twee uur is overleden.
- Start twaalf uur van tevoren met het toedienen van metoclopramide. De voorkeur gaat uit naar toediening op twaalf, zes en één uur voor de uitvoering.
- Breng tevoren een infuusnaald in.
- Zorg ervoor dat ook alle materialen en middelen voor intraveneuze toediening aanwezig zijn.

### Uitvoering\*

- Bereid de patiënt voor op een slechte smaak.
- Laat de patiënt tijdens het drinken rechtop in bed zitten. De drank moet volledig worden ingenomen.
- Laat de drank niet met een rietje opdrinken. Het gevaar bestaat dat dan het effect al intreedt voordat de hele dosis is ingenomen.
- Er zijn enkele gevallen gemeld waarin toediening van de drank via een sonde goed verliep. Het is noodzakelijk de sonde na te spoelen om te voorkomen dat deze verstopt raakt voordat het barbituraat de maag of darmen heeft bereikt.
- Als de patiënt de drank uitbraakt, is de kans groot dat een tweede orale toediening ook wordt uitgebraakt.

Het is raadzaam dan de intraveneuze methode toe te passen.

- Na inname van de drank is de kans zeer groot dat de patiënt in een diep coma raakt en overlijdt.
- Indien de patiënt niet binnen de afgesproken tijd is overleden, moet worden overgestapt op intraveneuze toediening van de coma-inductor en vervolgens het spierrelaxans [euthanasie].

### Aanvullende suggesties van de auteurs op de richtlijn

- Overweeg de patiënt te adviseren geen vette maaltijd (inclusief verrijkte drinkvoeding) meer in te nemen vanaf 24 uur voor hulp bij zelfdoding.
- Adviseer de patiënt de drank rustig te drinken (er zijn geen gevallen bekend waarin patiënten binnen een minuut in coma raakte).
- Zorg dat de patiënt na inname blijft zitten of laat de patiënt op de zij liggen, zodat de tongbasis niet de luchtweg kan blokkeren.
- Spreek met de patiënt en diens naasten af dat euthanasie met intraveneuze middelen zal worden toegepast als de patiënt na dertig minuten niet is overleden. Het is namelijk niet te voorspellen hoelang het nog duurt voor de dood intreedt nadat die dertig minuten gepasseerd zijn.

\* Bron: Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding.<sup>2</sup>

bij 85% duurde het minder dan 30 minuten. Dit komt overeen met eerder gepubliceerde gegevens. De variatie in het tijdsinterval is kleiner dan vóór 2012, toen men nog 9 in plaats van 15 g barbituraatdrank gebruikte.<sup>5,7,8</sup> De gemiddelde tijd tot overlijden was destijds 30 minuten; het besluit (op basis van Zwitserse gegevens) om de dosis barbituraten in de drank te verhogen verkortte deze termijn.<sup>2,8</sup>

Het gemiddelde tijdsinterval tussen toediening en overlijden is bij hulp bij zelfdoding nog steeds langer dan bij euthanasie (gemiddeld 10 minuten). Sommige artsen hebben die langere tijdsduur wel een nadeel genoemd van hulp bij zelfdoding. Anderzijds zagen sommige naasten juist de kortere duur tot overlijden bij euthanasie als nadeel: zij vonden de overgang van leven naar dood, die bij een aantal patiënten snel optreedt, te abrupt.<sup>3</sup> Sinds de invoering van de hogere barbituraatdosering zijn deze overwegingen overigens niet meer geëvalueerd.

## CONCLUSIE

Levensbeëindiging op verzoek is een ingrijpende gebeurtenis voor alle betrokkenen. Hulp bij zelfdoding vormt op dit moment slechts een kleine minderheid van de verzoeken om levensbeëindiging. Wanneer men anticipeert op mogelijke complicaties en spreiding van tijdsduur tot overlijden, is hulp bij zelfdoding een goed alternatief voor euthanasie met voordelen voor patiënt en arts. Een belangrijk voordeel is dat het de draaglast van de arts verlicht doordat de autonomie van de patiënt meer nadruk krijgt. ■

## LITERATUUR

1. Harty C, Chaput AJ, Trouton K, Buna D, Naik VN. Oral medical assistance in dying (MAiD): informing practice to enhance utilization in Canada. *Can J Anaesth* 2019;66:1106-12.
2. Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding. Utrecht/Den Haag: KNMG/KNMP, 2012.
3. Horikx A, Admiraal PV. Toepassingen van euthanatica: ervaringen van artsen bij 227 patiënten, 1998-2000. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144:497-500.
4. Boekee S, Hoekstra H; Newcom Research. Meer tijd voor de patient. Utrecht: LHV, 2018.
5. Jaarverslag 2017. Den Haag: Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, 2018.
6. Stallen PJ, Marlet M. Voorkeur voor hulp bij zelfdoding: observaties en overwegingen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2018;162:D3031.
7. Mehendale SR, Yuan CS. Opioid-induced gastrointestinal dysfunction. *Dig Dis* 2006;24:105-12.
8. Horikx A. Facts and figures of euthanasia and PAS: The practice in the Netherlands. Presented at Euthanasia 2016. Amsterdam: NVVE, 2016.
9. Groenewoud JH, Van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Willems DL, Van der Maas PJ, Van der Wal G. Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in The Netherlands. *N Engl J Med* 2000;342:551-6.

Marlet M, Van Wijck K. Hulp bij zelfdoding als alternatief voor euthanasie. *Huisarts Wet* 2020;63:DOI:10.1007/s12445-019-0407-1. De vertrouwensarts en zijn praktijk, Warnsveld: M. Marlet, oud-huisarts en onafhankelijk onderzoeker: marletmichiël@gmail.com. Amsterdam UMC, locatie AMC, afdeling Huisartsgeeneeskunde, Amsterdam: dr. K. van Wijck, aios. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.