

# Een valkuil bij de uitvoering van euthanasie

## De intraveneuze toediening van euthanatica

F.H. WEISZ  
J.L.J. STAM

Weisz FH, Stam JLJ. Een valkuil bij de uitvoering van euthanasie. De intraveneuze toediening van euthanatica. Huisarts Wet 1999;42(11):509-10.

Het maken van een intraveneuze toeweg voor euthanatica is soms moeilijk. Mislukkingen doen zich vermoedelijk 30 tot 60 maal per jaar voor, op circa 3200 gevallen waarin de hulp door huisartsen gegeven wordt. Naar aanleiding van een praktijkgeval wordt beschreven, op welke wijze dit soort tegenspoed kan worden vermeden. Aanbevolen wordt het tijdstip voor het maken van een intraveneuze toegangsweg te scheiden van de tijd waarop de euthanatica worden toegediend. Een tweede aanbeveling is, iemand bij of achter de hand te hebben, die kan helpen als er moeilijkheden zijn. Ten slotte wordt aangeraden een reservedosis van euthanatica mee te nemen.

F.H. Weisz, huisarts; J.L.J. Stam, huisarts.  
Correspondentie-adres: Rubensstraat 20,  
1077 MR Amsterdam.

### Inleiding

Voor de uitvoering van euthanasie wordt in veel gevallen *intraveneuze toediening* van farmaca aanbevolen.<sup>1</sup> De aanbeveling is eenvoudig, maar de uitvoering niet altijd. Eén van ons maakte dat mee. Na zijn beschrijving van wat er verkeerd ging, laten wij een beschouwing volgen, met enkele adviezen om de kans op tegenspoed tot een minimum te beperken.

### Casus

Mevrouw Van Dam was 85 jaar toen zij, na een langdurige bronchitis, werd opgenomen. Penicilline als medicatie bezorgde haar een acute nierfunctie-uitval. In het ziekenhuis werd ze een paar maal gedialyseerd.

Haar ziekte bleek niet reversibel en een chronische dialyse stond haar te wachten. In de zes weken die daarop volgden, ontwikkelde ze – ondanks of dankzij de dialyse – een flink aantal klachten. Deze toestand en de frequente gang naar het ziekenhuis brachten haar tot de vraag om euthanasie. Zij besprak dit met haar specialist en met mij, haar huisarts. De specialist meldde dat hij geen verdere mogelijkheden tot verlichting van haar toestand tot zijn beschikking had. De dialyse was de enige optie voor het verdere leven.

De zorgvuldigheidseisen die we nu kennen, waren in die tijd nog niet officieel van kracht, maar tekenden zich wel af in de jurisprudentie. Mogelijk viel ze daar niet onder, hoewel... In de volgende weken gaf zij in gesprekken uiting aan haar intense verlangen naar een zachte dood.

Op de afgesproken dag toog ik met de wijkverpleegkundige, die intensief bij de verpleging was betrokken, naar de patiënte. Ik probeer in de regel zoveel mogelijk samen met de wijkverpleegkundige de uitvoering van de euthanasie te realiseren. Zij is dan een steun en gesprekspartner voor alle betrokkenen en ook een spiegel voor mijn handelen. Wat een tiental keren eerder wel was gelukt, mislukte nu: nadat een klein gedeelte van de injectie in de ader was terechtgekomen, verdween het

meeste ernaast. Ik had spijt dat ik het aanbod van de apotheek om extra ampullen mee te nemen, had afgewezen, met als argument dat ik haar vaten bekeken had en dat het me geen probleem leek.

Gegeneerd vertelde ik de patiënte en haar zus wat er mis was gegaan met de injectie. Ik zei niet te weten of de hoeveelheid die wel in het vat was terechtgekomen, voldoende was. Een merkwaardig soort afwachten ontstond en toen de patiënte na 20 minuten nog helemaal helder was, werd ook de conclusie helder. Ze sprak toen de onvergetelijke woorden: 'Nou jongen, dan haal je toch nog wat.'

Opgelucht én opgelaten zette ik me aan deze taak. Ik belde de eigen apotheker via het privénummer, er werd contact gelegd met de avondapotheek en enige uren later, tegen middernacht, spoot ik een dubbele dosis in de arteria femoralis – dit keer met succes, als je dat zo mag noemen.

### Beschouwing

De beschreven mislukking staat niet op zichzelf. Een indrukwekkende ervaring is onlangs beschreven door *Crul*.<sup>2</sup> In enquêtes over moeilijkheden bij euthanasie is gemeld dat het aanpakken van een ader mislukte in 1 à 2 procent van de gevallen. Bij 3200 gevallen van hulp voor euthanasie die per jaar door huisartsen wordt gegeven,<sup>3</sup> zou dat kunnen betekenen dat die moeilijkheid zich elk jaar 30-60 keer voordoet.

Niet alle patiënten zullen zo'n tegenslag even gelijkmoedig beleven als mevrouw Van Dam; voor sommige patiënten betekent een dergelijke mislukking extra lijden in het laatste levensuur. En de huisarts ziet zich verzeild in een nachtmerrie die helaas niet wordt gedroomd.

Vlak na de co-schappen heeft elke arts veel ervaring met het inbrengen van holle naalden in een ader, voor de afname van bloed of voor het aanbrengen van een infuus. Bij huisartsen wordt die ervaring met de jaren minder, want bloed wordt meestal afgenomen door de praktijkassistente of door een analyste van een arts-laborato-

rium, en een infuus komt thuis niet vaak voor (hoewel dit aan het veranderen is).

In ziekenhuizen en verpleeghuizen ligt dit veel gunstiger. Hier gaat het om een routinevaardigheid die elke dag wordt onderhouden. Bij moeilijkheden is er altijd wel een ander die kan helpen. Een enkele keer is venasectie nodig, maar ook die is dan snel te regelen.

Zorgvuldige euthanasie vraagt van artsen een groot aantal vakbekwame handelingen. Voor de meeste daarvan is de huisarts beter toegerust en ook beter opgeleid dan een klinisch werkzame arts, maar voor het aanprikken van een ader heeft de clinicus betere mogelijkheden. In de praktijk wordt echter 75 procent van de hulp voor euthanasie door huisartsen gegeven. Door samenwerking, ook transmuraal, moet het mogelijk zijn de kleine maar zeer hinderlijke tegenspoed bij het aanprikken van aders in de thuissituatie te voorkómen.

Hiervoor is in de eerste plaats een oprechte attitude nodig: de huisarts moet zich afvragen of hij zich onzeker voelt over het aanbrengen van een intraveneuze toevoerweg. Als dat zo is, kan de volgende werkwijze worden gevolgd:

- Vertel tevoren aan de patiënt dat je niet zeker weet of het aanbrengen van een in-

traveneuze toedieningsweg direct zal lukken, maar dat je eventueel hulp van een medewerker kunt krijgen. Dat geeft rust. Het is wel bezwaarlijk om hulp van een derde te vragen, zeker als de patiënt die niet kent, maar een mislukte toediening van euthanatica is veel erger.

- Zorg voor een helper die op de afgesproken uren telefonisch bereikbaar en beschikbaar is. Bij ons was dat een collega uit de maatschap of waarneemgroep die goed is met venapuncties. In één geval werd het infuus geplaatst door een huisarts in opleiding, die stage liep in onze praktijk. Een verpleegkundige die elke dag infusen aanbrengt, is een andere mogelijkheid. Als de patiënt in een ziekenhuis opgenomen is geweest, is er misschien een verpleegkundige die de patiënt goed kent of iemand van de afdeling anesthesie of intensive care.

- Spreek met de patiënt twee tijden af, met een paar uur tussentijd. Het eerste tijdstip is voor het aanbrengen van een intraveneuze toedieningsweg, het tweede voor de toediening van de euthanatica.

- Goede intraveneuze routes zijn:
  - een verblijfsnaald – Venflon 1 mm, roze, of 1,2 mm, groen – te verkrijgen via de apotheek;
  - een intraveneus infuus.

Als het aanbrengen niet goed lukt, kan de helper worden opgeroepen.

- Het is aan te bevelen altijd ten minste tweemaal de benodigde hoeveelheid farmaca ter beschikking te hebben.

De beschikbaarheid van een bevriende collega kan ook nuttig zijn bij andere moeilijkheden, bijvoorbeeld als de meegebrachte euthanatica onvoldoende blijken, zelfs bij een extra dosering. En meer in het algemeen geldt bij onvoorziene problemen dat twee meer weten dan één. Meestal zal een dergelijke voorzorg overbodig blijken, maar ook dan biedt een 'achterwacht' belangrijke hulp, door vermindering van spanning en bevordering van rust.

#### Literatuur

- 1 Toepassing en bereiding van euthanatica. Den Haag: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, 1998: 5.
- 2 Crul BVM. Gemakkelijk... Med Contact 1998; 53:1361.
- 3 Van der Wal G, Van der Maas PJ. Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levens-einde. Den Haag: Sdu, 1996. ■