

van de apotheker behoort of zal behoren, een geneesmiddel voor een ander dan in de Geneesmiddelenwet omschreven gebruik bestemd, af te leveren, is nog de vraag.

Mocht aflevering van geneesmiddelen te gebruiken als euthanatica aanvaard worden door de apotheker, dan zal dat met de nodige zorg omkleed moeten worden. Zonder meer afleveren van euthanatica – ook op recept – is uit den boze! Evenals de arts draagt de apotheker zijn eigen verantwoordelijkheid. Evenals de arts heeft de apotheker het recht, op grond van zijn levensovertuiging, medewerking aan euthanasie te weigeren. Maar ook indien de apotheker bereid is in noodsituaties zijn medewerking te verlenen, zal hij enige voorwaarden moeten stellen alvorens tot aflevering over te gaan, wil hij zijn verantwoording waar kunnen maken, en wil misbruik zoveel mogelijk voorkomen worden.

Deze voorwaarden zouden de volgende kunnen zijn:

- het recept, maar eveneens een schriftelijke mededeling omtrent de toestand van de patiënt, geschreven door de behandelende arts, zou overgelegd dienen te worden,
- bij voorkeur zouden twee artsen de aanvraag dienen te tekenen,
- een van beide artsen zou bekend dienen te zijn aan de apotheker,
- de beslissing van de arts tot euthanasie over te gaan, zou – voor de apotheker duidelijk – moeten voldoen aan de voorwaarden door de K.N.M.G. in deze gesteld,
- het uitgeschreven recept zou minstens moeten voldoen aan de eisen gesteld aan een zg. opiumrecept,
- aflevering zou rechtstreeks door de apotheker aan de behandelende arts dienen te geschieden,
- zowel arts als apotheker moet overtuigd zijn dat het toe te passen middel in de gewenste vorm het juiste middel is om deze patiënt een „milde” dood te geven,
- er dienen afspraken gemaakt te worden over verpakking en etikettering van het middel,
- eveneens moet worden overwogen en afgesproken, wat moet geschieden met het middel, indien dat uiteindelijk toch niet wordt toegepast,
- het voorgaande impliceert dat de apotheker op enigerlei wijze bij de afloop van de behandeling betrokken zal blijven,
- apothekersassistenten mogen niet worden belast met enige verantwoordelijkheid in deze.

Uit bovenstaande voorwaarden zal duidelijk zijn dat toepassing in of buiten het ziekenhuis de behandelende arts(en) voor ongelijke problemen zal stellen. In het ziekenhuis zijn immers contacten tussen arts en apotheker gemakkelijker te bewerkstelligen, hoewel geconstateerd mag worden dat ook in de huisartsenpraktijk het contact met de zg. officina apotheker groeiende is, hetzij via groeps gesprekken, hetzij via andere informatie-kanalen.

*Literatuur:* LEENEN, H.J.J. en J.J. RASKER (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 553.

Tilburg, april 1982

G.L.M.A. HAGE-NOËL,  
apotheker

De apotheker heeft geen wettelijke leveringsplicht. Zie ook Med. Tuchtcollege Amsterdam d.d. 6 augustus 1979, gepubliceerd door mr. E. Harderwijk, jurist van de KNMP, in het *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1981, 6, 243, die voorts stelt dat de marges waarin de apotheker aflevering van een geneesmiddel op recept kan weigeren, klein zijn, omdat het recept het oordeel van de arts bevat. Hij moet die weigering kunnen funderen op zijn oordeel *als apotheker*. Dat houdt in – aldus Harderwijk – dat hij geen aflevering mag weigeren op grond van overwegingen, die op persoonlijke overtuiging berusten. Ik ben het met Harderwijk eens. In vragen van euthanasie – en ook andere vragen van persoonlijke overtuiging – komen patiënt en arts tot een bepaalde gedragslijn en het gaat niet aan, dat de apotheker, die over de concrete problematiek geen oordeel kan hebben en daar niet bij betrokken is, het beleid van de behandelende arts, dat in het recept tot uitdrukking komt, zou doorkruisen. Het stellen van voorwaarden ligt dan ook niet op de weg van de apotheker. De enige taak van de apotheker is met de arts contact op te nemen indien er problemen zijn met het recept of het voorgeschreven middel, zoals hij dat bij alle recepten en middelen behoort te doen.

Amsterdam, mei 1982

H.J.J. LEENEN

Met grote belangstelling heb ik het hoofdartikel van collega LEENEN en collega RASKER (1982) gelezen. Het geeft duidelijke richtlijnen voor ons handelen. Toch zijn er enkele theoretische uitspraken die aanvechtbaar zijn. Ik wil er twee noemen. (1) „Het staken van een medisch zinloze behandeling is geen euthanasie.” (2) „Bij euthanasie is er geen sprake van een natuurlijke doodsoorzaak.” Gebeurtenissen vinden immers gewoonlijk plaats als gevolg van een samenloop van verschillende oorzaken. Beter zou m.i. zijn: „Bij euthanasie is er geen sprake van uitsluitend natuurlijke oorzaken.”

De hoofdzaken van het artikel kan men dan als volgt samenvatten: Definitie: Euthanasie = een zachte dood laten sterven. Indicatie: Medisch hopeloze gevallen. Voorwaarde: Bij bewustzijn: Uitsluitend op verzoek. Dit geldt ook voor kinderen en voor zwakzinnigen. Bij bewusteloosheid: Als de kans op terugkeer van het bewustzijn niet meer gerechtvaardigd wordt geacht.

*Literatuur:* LEENEN, H.J.J. en J.J. RASKER (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 553.

's-Hertogenbosch, maart 1982 M.C. COLENBRANDER

Om te weten waarover we het hebben bij gebruik van het begrip euthanasie, is dit door ons gedefinieerd als: een opzettelijk levenverkortend handelen of een opzettelijk nalaten van levenverlengend handelen door een ander dan de betrokkene, op diens verzoek. Het staken van een „medisch zinloze” behandeling is dus per definitie geen euthanasie.

De uiteindelijke doodsoorzaak bij actieve euthanasie is wel degelijk, ook in juridische zin, de euthanasie zelf. Bij „passieve” euthanasie sterft de patiënt aan de gevolgen van de ziekte die niet meer behandeld wordt. Dit is één van de argumenten van vele medici

om onderscheid te maken tussen actieve en passieve euthanasie.

In grote lijnen ga ik akkoord met de door inzender genoemde hoofdzaken; toch is het naar mijn mening van belang om iets genuanceerder en nauwkeuriger de definitie, indicatie en voorwaarden te omschrijven, ten einde misverstanden te voorkomen. Vooral het begrip „hopeloze gevallen” kan aanleiding geven tot zeer uiteenlopende interpretaties en hierdoor misverstanden.

Enschede, mei 1982

J.J. RASKER

## VRAAG EN ANTWOORD

*(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)*

*Heeft het zin een gecontamineerde buikholte te spoelen, zo ja waarmee?*

Vraag 24. Bij laparotomie treft de operateur een buikholte aan, die sterk met darminhoud is verontreinigd. Heeft het zin deze buikholte te spoelen? Zo ja, heeft dan een fysiologische NaCl-oplossing de voorkeur? Of is het nuttig hier een antisepticum aan toe te voegen? Zijn er complicaties bekend van de resorptie van dit antisepticum door het zieke peritoneum?

Antwoord. Ook in de lange geschiedenis van het spoelen van wonden, al dan niet met toevoeging van antiseptica, kan men een golfbeweging onderscheiden. Op het dieptepunt werd gezegd „Spülerei ist Spielerei”, doelend op het verslepen van infectieus materiaal naar nog niet gecontamineerde plaatsen. Toegevoegde antiseptica zouden een nadelige invloed hebben op de leukocytenfunctie en daarmee op de wondgenezing (VILJANTO 1980).

Tegenwoordig wordt spoelen veel gunstiger beoordeeld. Experimenteel onderzoek bij ratten (STEWART en MATHESON 1978) toonde een verbetering van de overleving door spoelen van de gecontamineerde buikholte. Toevoeging van antiseptica, maar vooral van antibiotica aan de spoelvloeistof, verhoogde het gunstige effect. Bij prospectief vergelijkend klinisch onderzoek (SINDELAR en MASON 1979) bleek spoelen met een povidon-jodiumoplossing beter in staat intra-abdominale abcessen te voorkomen dan spoelen met een zoutoplossing. Voortzetting van intra-peritoneale spoeling met antibiotica in de postoperatieve periode kan de overleving bij ernstige peritonitis gunstig beïnvloeden (STEPHEN 1979).

Voor toevoeging aan intraperitoneaal te gebruiken spoelvloeistof komen chloorhexidine, noxytolin en povidon-jodium (een complex van jodium en polyvinylpyrrolidon) in aanmerking. Met de laatste stof lijkt de meeste ervaring te bestaan. Een gebruikelijke concentratie is 1% povidon-jodiumoplossing, wat

neerkomt op een 1:9 verdunning van de standaard 10% povidon-jodiumoplossing met fysiologisch zout. Hiervan laat men bijvoorbeeld 1 liter gedurende 1 minuut inwerken alvorens af te zuigen, waarbij ongeveer 90% verwijderd wordt. Op grond van onderzoek op muizen (SINDELAR en MASON 1959) is aannemelijk dat ruim 1½ liter van bovengenoemde vloeistof nog veilig geresorbeerd zou kunnen worden door het peritoneum. Bij patiënten is na spoeling met deze oplossing verhoging van het serumjodium aangetoond. Het grootste deel wordt binnen enkele dagen weer met de urine uitgescheiden. Daarom is enige terughoudendheid geraten bij patiënten met jodium-overgevoeligheid, nierfunctiestoornissen en schildklierafwijkingen. Het serumthyroxine(T<sub>4</sub>)-gehalte reageert overigens nauwelijks.

Samenvattend: spoelen van een gecontamineerde buikholte met 1% povidon-jodiumoplossing heeft meer voor- dan nadelen.

*Literatuur:* SINDELAR, W.F. en G.R. MASON (1979) *Surg. Gynec. Obstet.* 148, 409. – STEPHEN, M. (1979) *Surgery* 85, 603. – STEWART, D.J. en N.A. MATHESON (1978) *Brit J. Surg.* 65, 57. – VILJANTO, J. (1980) *Arch. Surg.* 115, 253.

*De positie van de GG & GD-verpleegkundigen en de Dienst als de patiënt niet wil worden gereanimeerd*

Vraag 25. Het komt wel eens voor dat een verpleegkundige van de GG & GD-ambulance na een melding een patiënt in ernstige omstandigheden aantreft, terwijl bekend is dat deze niet wil worden gereanimeerd. Of de verpleegkundige – al of niet op aandrang van de omstanders of familie – deze wens wel of niet respecteert, zijn beslissing kan altijd worden aangevochten.

Hoe is zijn aansprakelijkheid bij naar eer en geweten genomen beslissingen? Welk standpunt moet zijn werkgever, de GG & GD innemen?