

## De stem van de apotheker in levenseindezorg

*Onderzoek naar de taken en verantwoordelijkheden van  
apothekers bij euthanasie en hulp bij zelfdoding*

Drs. Wilma Göttgens  
Dr. Marianne Dees  
Prof. dr. Evert van Leeuwen  
Prof. mr. dr. Martin Buijsen  
Drs. Annemieke Horikx

*“En het is heel vreemd dat je aan één kant allerlei richtlijnen hebt op cardiovasculair risicomanagement, op astma/COPD, noem het maar op. Al dat soort richtlijnen worden wij getoetst of we het op een goede manier doen. En vervolgens in de euthanasie is dat totaal niet. Dus, je weet bij God niet, is die euthanasie, is dat wel terecht? We moeten indicaties geven op het recept om te kijken of dat wel klopt. Maar, bij euthanasie is het vertrouwen op de blauwe ogen noem ik dat maar, van de arts. Dat is heel vreemd.”*

## **De stem van de apotheker in levenseinde zorg**

Onderzoek naar de taken en verantwoordelijkheden van apothekers bij euthanasie en hulp bij zelfdoding

Deze studie is opgedragen aan Georgette L. M. A. Hage-Noël, apotheker n.p.  
(Hoofdbestuurslid 1975 – 1979)

*Nijmegen, maart 2017*

### Leden projectgroep

Drs. W. Göttgens-Jansen, openbaar apotheker-onderzoeker, IQ healthcare, Radboudumc	(WG)
Dr. M.K. Dees, huisarts-onderzoeker, SCEN-arts	(MD)
Prof. dr. E. van Leeuwen, hoogleraar medische ethiek, IQ healthcare, Radboudumc	(EvL)
Prof. mr. dr. M.A.J.M. Buijsen, hoogleraar Gezondheidsrecht, Institute of Health Policy & Management en Erasmus School of Law, Erasmus Universiteit Rotterdam.	(MB)
Drs. A. Horikx, apotheker, KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum.	(AH)

Dit is een publicatie van Scientific Center for Quality of Healthcare (IQ healthcare), Radboudumc. De studie is uitgevoerd in opdracht van De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), de beroeps- en brancheorganisatie voor apothekers en apotheken.



## **Inhoud**

<b>Voorwoord .....</b>	<b>7</b>
<b>1 Interviews apothekers .....</b>	<b>9</b>
<b>2 Dilemmacasuïstiek apothekers in opleiding tot openbaar apotheker .....</b>	<b>30</b>
<b>3 Vragenformulieren KNMG/KNMP richtlijn .....</b>	<b>32</b>
<b>4 Juridisch deelonderzoek .....</b>	<b>40</b>
<b>5 Historisch perspectief De rol van de apotheker bij euthanasie in Nederland...52</b>	
<b>6 Literatuurstudie.....</b>	<b>67</b>
<b>Slotbeschouwing.....</b>	<b>73</b>
<b>Bijlage 1 Euthanasie in cijfers.....</b>	<b>75</b>
<b>Bijlage 2 Overzicht aanbevelingen uit de deelonderzoeken .....</b>	<b>77</b>

nrs 11- eu - 770-256-258

## Apothekers willen overleg bij toepassen euthanasie

*Van onze redactie samenleving*  
AMSTERDAM – In de nieuwe euthanasiewetgeving moet de rol van de apotheker geregeld worden. Er hoort in te staan dat overleg tussen arts en apotheker bij toepassen van euthanasie gewenst is.

Dat zei mr. E. Harderwijk van de apothekersorganisatie KNMP gisteren voor de NOS-radio. Over de rol van de apotheker staat niets in de twee wetsvoorstellen die de Tweede Kamer morgen behandelt. De KNMP meent dat die rol er wel degelijk is. De apotheker levert immers de middelen en kan daarover als beste adviseren. Ook de Utrechtse officier van justitie mr. R. Behling pleitte ervoor de positie van de apo-

theker in de nieuwe wetgeving te regelen.

Tweede-Kamerlid Kohnstamm van D66 die het initiatiefwetsvoorstel heeft ingediend, vindt het te ver gaan om het overleg tussen arts en apotheker bij wet vast te leggen.

„Ze kunnen wel een code afspreken hoe te handelen in zijn algemeenheid bij het afleveren van geneesmiddelen.“

De artsenorganisatie KNMG ziet er het nut niet van in, de rol van de apotheker bij wet te regelen. KNMG-secretaris Th. van Berkestijn zei gisteren: „Als de arts meent om medisch-inhoudelijke redenen te moeten praten met de apotheker, dan moet hij dat doen“.

TROUW

Datum: 26 APR. 1989

## Voorwoord

Dit onderzoek komt voort uit de zorgen over de rol en positie van de apotheker bij het verlenen van farmaceutische zorg bij euthanasie en hulp bij zelfdoding, zoals verwoord in de brief namens de KNMP aan minister Schippers van VWS, dd. 28 november 2013. Deze brief is geschreven kort voor het overleg van de minister met de leden van de vaste commissie voor VWS over euthanasie, o.a. over de tweede evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl, de 'Euthanasiewet'). In deze brief doet de KNMP de volgende aanbevelingen:

*“De rol van de apotheker verankeren in de Euthanasiewet en laten aansluiten bij de gezamenlijke richtlijn van KNMG en KNMP en bij de professionele standaarden, zoals in de Wet BIG en WGBO worden geformuleerd.*

*Een apotheker toevoegen aan de samenstelling van de toetsingscommissies (RTE's) en daardoor de kennis op het gebied van farmacologie binnen de toetsingscommissies (RTE's) te borgen.”*

Met dit onderzoek zijn argumenten en motieven vergaard, waarmee deze aanbevelingen worden onderbouwd en opnieuw onder de aandacht worden gebracht. De rapportage gaat specifiek in op deze aanbevelingen en spiegelt de resultaten daaraan.

Dit is mede nodig, omdat de minister in 2015 opdracht heeft verstrekt voor de derde evaluatie van de Wtl en verwacht wordt dat daarin weer geen aandacht is voor de taken en verantwoordelijkheden van de apotheker.

De doelstelling van dit onderzoek is driedelig.

1. Inzicht krijgen in de ervaringen van apothekers in de zorg voor de patiënt rondom het levenseinde en bij een verzoek tot het verstrekken van euthanatica.
2. Inzicht krijgen in de professionele standaarden en wettelijke kaders van de taken en in de zorg voor de patiënt rondom het levenseinde en bij een verzoek tot het verstrekken van euthanatica.
3. Nagaan of deze taken en verantwoordelijkheden voldoende worden geadresseerd in de huidige Wtl.

Het onderzoek bestaat uit zes deelonderzoeken en een bijlage.

Diepte interviews met 21 apothekers over hun ervaringen met de euthanasiepraktijk en onderzoek van 28 dilemma's rondom euthanasie van apothekers in opleiding tot openbaar apotheker geven inzicht in de professionele taakopvatting en ervaringen van apothekers met de actuele euthanasiepraktijk. Uit meldingen bij KNMP en dilemmasituaties van apothekers in opleiding was gebleken dat factoren zoals het respect voor autonomie van burgers bij beslissingen over het levenseinde, het recht op een milde en waardige dood, taboe op euthanasie, grensverleggende ontwikkelingen en het besef van een slippery slope een rol spelen bij de afwegingen van apothekers over hun betrokkenheid bij zorg bij het levenseinde en euthanasie of hulp bij zelfdoding. De diepteinterviews en casuïstiek geven een duidelijk beeld van ervaren knelpunten, grenzen, verbeterpunten en wensen in de dagelijkse praktijk van apothekers. (Hoofdstuk 1 en 2)

Analyse van de vragenformulieren uit de KNMG/KNMP richtlijn euthanasie 2012 voor arts en apotheker geven inzicht in de wijze van samenwerking tussen arts en apotheker, de gebruikte middelen en eventuele knelpunten, bevorderende factoren en verbeterpunten in het verloop van de uitvoering van de euthanasie. (Hoofdstuk 3)

Het juridisch onderzoek brengt in kaart welke wettelijke kaders in samenhang met professionele standaarden van belang zijn voor apothekers bij het verlenen van farmaceutische zorg bij euthanasie en hulp bij zelfdoding. Het civielrechtelijk kader bevat de regels die van toepassing zijn op de

apotheker als hulpverlener en wordt in samenhang met het strafrechtelijk kader gezien, dat de regels bevat die toezien op euthanasie en hulp bij zelfdoding en die relevant zijn voor de rol en de positie van de apotheker die bij deze feiten betrokken is. Er wordt onderscheid gemaakt tussen 'normaal farmaceutisch handelen' en 'niet normaal farmaceutische handelen' en de vraag wordt gesteld of de richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*, opgesteld door artsenorganisatie KNMG en apothekersorganisatie KNMP deel uitmaakt van de professionele standaard van artsen en apothekers. (Hoofdstuk 4)

Het historisch overzicht geeft een beeld van de ontwikkelingen aangaande de rol en verantwoordelijkheid van de apotheker bij euthanasie en hulp bij zelfdoding van 1979 tot en met 2016. Zowel vanuit de samenleving als vanuit de apothekers zelf werden rond 1979 expliciet vragen gesteld aan KNMP hoe apothekers om dienen te gaan met verzoeken tot het verstrekken van dodelijke middelen bedoeld voor beëindiging van het leven. Terughoudendheid van apothekers om betrokken te worden op het strafrechtelijk gebied van levensbeëindiging naast de behoefte aan concrete handvatten over hoe om te gaan met een verzoek tot aflevering van euthanatica leidden al in een vroeg stadium tot het formuleren van 'vijf gedragsregels voor apothekers'. De rode draad in dit historisch onderzoek is de ethische en juridische betrokkenheid en verantwoordelijkheid van de apotheker voordat wordt ingegaan op een verzoek om levering van euthanatica en de vermeende afleverplicht van de apotheker. Deze aspecten, die in de jaren tachtig van de vorige eeuw al speelden, spelen nu nog. (Hoofdstuk 5)

Als laatste zijn de bevindingen van een onderzoek naar aandacht in de internationale wetenschappelijke literatuur voor de rol van de apotheker bij medische hulp bij zelfdoding opgenomen. In dit literatuuroverzicht gaat het vooral om die artikelen waarin de werkwijze, samenwerking, plichten en taakstelling van de apotheker naar voren komen. De vraagstelling van de review is daarom: wat wordt er in de literatuur beschreven over de zorg van de apotheker bij terminale zorg en euthanasie of hulp bij zelfdoding? (Hoofdstuk 6)

In bijlage 1 zijn aflevergegevens van euthanatica in de periode 2012-2014 op basis van SFK-data opgenomen en vergeleken met het aantal meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding bij de Regionale Toetsingscommissies (RTE's). Het vastleggen van verstrekkingen van euthanatica vindt niet consequent plaats. Hiervoor worden een aantal mogelijke redenen benoemd die nader onderzocht kunnen worden.

In bijlage 2 (p 77) is een overzicht van alle aanbevelingen uit de deelonderzoeken opgenomen.

Dit onderzoek is uitgevoerd door een multidisciplinaire onderzoeksgroep met farmaceutische, medische, ethisch-filosofische en juridische expertise over levenseinde zorg. De onderzoeksvragen konden daarom vanuit verschillende invalshoeken worden verdiept en verhelderd.

In het verslag worden bij de verschillende onderdelen de initiatiefnemers of hoofdonderzoekers voor het betreffende onderdeel vermeld. Alle leden van de onderzoeksgroep hebben vanuit hun eigen expertise bijgedragen aan de deelonderzoeken en het gezamenlijke resultaat.

Een speciaal woord van dank is gericht aan mevr drs. G.L.M.A. Hage-Noël, die haar persoonlijk archief ter beschikking stelde voor het historisch onderzoek en aan dr. G.H.P. de Koning, die evenals mevr drs. Hage-Noël, de eerste versie van het verslag van het historisch onderzoek kritisch heeft gelezen en gecontroleerd op feitelijke onjuistheden of misinterpretaties.



# 1 Interviews apothekers

## Ervaringen en perspectieven van apothekers

Wilma Göttgens en Marianne Dees

### Inleiding

Het ter hand stellen van euthanatica door de apotheker op verzoek van de arts is een onderdeel van het gehele proces rondom euthanasie, vanaf het verzoek van de patiënt tot en met de gezamenlijke evaluatie door de arts en apotheker. In de Euthanasiewet is alleen sprake van medische zorg. De gezamenlijke richtlijn van KNMG en KNMP geeft aan dat de apotheker op een professionele manier moet worden betrokken bij de medisch/farmaceutische besluitvorming over hulp bij zelfdoding en euthanasie. Er is weinig bekend over het verloop van de farmaceutische zorg tijdens een euthanasietraject in de dagelijkse praktijk. Doel van dit deelonderzoek is het krijgen van inzicht in de ervaringen van apothekers als het gaat over hun professionele taakopvatting en de verantwoordelijkheid voor de zorg voor de patiënt bij het levenseinde en een verzoek tot het verstrekken van euthanatica.

### Methode

Gezien het explorerende karakter van het onderzoek werd gekozen voor kwalitatieve diepte interviews. Met een doelgerichte deelnemers selectie (purposive sampling) werd gestreefd naar diversiteit van ervaringen van apothekers ten aanzien van farmaceutische zorg rondom het levenseinde, hulp bij zelfdoding en euthanasie.

### Werving en selectie apothekers

Participanten zijn benaderd via de nieuwsbrief van de districtadviseurs van de KNMP. In de nieuwsbrief is een oproep gedaan aan apothekers/leden uit de 11 KNMP districten in Nederland. Ook zijn districtsadviseurs uitgenodigd namen door te geven van apothekers waarvan bekend was dat ze ervaring hadden met verstrekken van euthanatica. Tenslotte droegen medewerkers van de Geneesmiddel Informatie helpdesk van de KNMP namen aan van apothekers die in het verleden ondersteuning bij verzoeken tot verstrekken van euthanatica hadden gevraagd.

Op basis van spreiding over Nederlandse regio's, stedelijke of regionale omgeving, geslacht, leeftijd, werkervaring en – voor zover bekend - levensbeschouwelijke achtergrond werd een keuze gemaakt uit de voorgedragen apothekers. De geselecteerde apothekers werden telefonisch door de onderzoeker (WG) benaderd en geïnformeerd over het onderzoek. Als de apotheker interesse had in deelname aan het onderzoek, werd een voorlopige afspraak gemaakt en werden de informatiebrief en toestemmingsverklaring per e-mail toegestuurd. Van de 23 op deze wijze benaderde apothekers stemden er 22 in met een interview. Eén apotheker trok zich na ontvangst van de informatiebrief terug vanwege weinig ervaring met aanvragen voor euthanatica. Eén apotheker was verhinderd op de afgesproken tijd. Eén apotheker meldde zich later aan na lezen van de informatiebrief voor een collega.

Daarnaast meldden een manager bij een apotheekketen en een apotheker tijdens het eerste telefonische contact dat ze informatie wilden delen over gesignaleerde knelpunten in de samenwerking met andere apothekers bij aanvragen voor euthanatica. Deze laatste twee werden geëxcludeerd. In totaal werden 21 apothekers geïnterviewd. Alle apothekers tekenden een toestemmingsverklaring (informed consent) en kregen binnen twee weken na toezenden van het transcript de mogelijkheid het getranscribeerde interview aan te vullen. Een onafhankelijke, ervaren en deskundige collega was beschikbaar voor nazorg voor de geïnterviewde apothekers.

### Interviews

De diepte interviews vonden plaats op locatie van voorkeur van de apotheker en duurden 43 tot 90 minuten. De gespreksleidraad (topic guide) was gebaseerd op de onderzoeksvragen, de resultaten

van het vragenlijstonderzoek en de praktijkervaring van het onderzoeksteam (WG, MD, AH, EvL, MB). (Tabel 1)

Na analyse van de eerste zes interviews werden twee topics toegevoegd: de impact op de apotheker en het team, en de afronding en evaluatie van de euthanasie of hulp bij zelfdoding casus. Elk interview begon met de vraag naar het persoonlijke en professionele standpunt van de apotheker over euthanasie en hulp bij zelfdoding. Daarna volgde de interviewer (WG) zoveel mogelijk de natuurlijke gesprekslijn waarbij de onderwerpen op een passend moment naar voren werden gebracht en geëxploreerd. Elk interview werd afgesloten met een open vraag naar aanvullende relevante onderwerpen. De geluidsopnamen werden letterlijk getranscribeerd. Elke apotheker kreeg de gelegenheid het transcript van het interview door te lezen en zo nodig aan te vullen (member check).

### **Tabel 1 Topic guide**

- Persoonlijk en professioneel standpunt
- Ervaringen, grenzen, verbeterpunten, wensen dagelijkse praktijk
- Taken en verantwoordelijkheden
- Standaarden en wetgeving
- Samenwerking
- Knelpunten in de dagelijkse praktijk
- Impact op apotheker en het team
- Afronding en evaluatie

### **Kwalitatieve analyse**

De data werden geanalyseerd met gebruikmaking van de “constant comparative” methode.<sup>1</sup> Dit is onderdeel van de “grounded theory”.<sup>2</sup> Hierbij werd gebruik gemaakt van het ATLAS.ti software programma versie 7.1.5. Analyse ving aan bij het eerste interview waardoor resultaten uit eerdere interviews input gaven aan optimalisatie van de topic guide voor volgende interviews. De eerste stap in een dergelijke analyse is datareductie. De transcripten werden door twee van de onderzoekers (WG, MD) onafhankelijk van elkaar gecodeerd. Coderen is een interpretatief proces waarbij conceptuele labels aan stukken tekst worden toegekend. Hierbij ontstaan, door met distantie naar de data te kijken, nieuwe inzichten over fenomenen die in de transcripten naar voren worden gebracht. Het proces was als volgt: beide onderzoekers formuleerden codes die in eerste instantie dicht bij de tekstfragmenten bleven. Na zes interviews bespraken WG, MD en EvL de codes. De codes werden vergeleken, bediscussieerd, en waar nodig, geherformuleerd, gedefinieerd en samengevoegd. Op deze wijze ontstond een voorlopig codeboek wat de basis was voor de volgende analyses. Tijdens de verdere analyse werden door beide onderzoeksters codes toe- en samengevoegd. Dit proces werd herhaald tot er geen nieuwe codes meer naar voren kwamen en verzadiging (saturatie) was bereikt. Tijdens dit analyseproces en de discussies werden codes in categorieën en thema's geordend en concepten geformuleerd.

### **Resultaten**

In het vierde kwartaal van 2015 werden 21 apothekers geïnterviewd.

#### **Kenmerken van de apothekers**

De apothekers varieerden in leeftijd, geslacht, religieuze achtergrond, setting, ervaring en visie op euthanasie en hulp bij zelfdoding. Hun leeftijd lag tussen de 25 en 60 jaar, onder hen 13 mannen. Zij vertegenwoordigden meerdere religieus-culturele visies. De vestigingsplaatsen lagen verspreid over Nederland en over landelijke en stedelijke gebieden. Apothekers werkten in een instelling, apotheekketen, franchiseformule of zelfstandige apotheek. De functies varieerden van

ziekenhuisapotheker, gevestigd, beherend of tweede apotheker, tot apotheker in opleiding (ApiOS) in een openbare apotheek. Enkele apothekers ondersteunden collega apothekers, apotheekhoudend huisartsen en andere zorgverleners op regionaal niveau bij palliatieve zorg en euthanasie en hulp bij zelfdoding. Het jaar van afstuderen lag tussen 1975 en 2014 en de ervaring met aanvragen voor euthanatica varieerde van nul tot dertig per jaar. (Tabel 2)

**Tabel 2 Achtergrondgegevens geïnterviewde apothekers**

<b>Geslacht</b>	<b>v</b>	<b>m</b>			
	8	13			
<b>Leeftijd</b>	<b>25-35 jaar</b>	<b>36-50 jaar</b>	<b>51-65 jaar</b>		
	4	10	7		
<b>levensbeschouwing</b>	<b>Geen</b>	<b>Protestants/Hervormd</b>	<b>Rooms Katholiek</b>	<b>Islam</b>	<b>Atheïst</b>
	5	4	7	2	3
<b>type praktijk</b>	<b>Solo</b>	<b>Duo</b>	<b>Keten</b>	<b>Instelling</b>	
	3	6	9	3	
<b>Functie</b>	<b>Beherend</b>	<b>2<sup>e</sup> apotheker</b>	<b>ApiOS</b>		
	18	1	2		
<b>euthanasie of HbZ/jaar</b>	0-5	5-10	10-20	20-30	>30
	8	4	3	4	2
<b>vestigingsplaats</b>	<b>Grote stad &gt;400.000 inwoners</b>	<b>Middelgrote stad 100.000-400.000 inwoners</b>	<b>Kleine stad &lt;100.000 inwoners</b>	<b>Dorp</b>	
	7	6	3	5	

### **Ervaringen en perspectieven van apothekers**

Analyse van de transcripten gaf diepte inzicht in de ervaringen van apothekers met en hun perspectieven op zorg voor de patiënt bij het levenseinde en euthanasie of hulp bij zelfdoding. Coderen van hun uitspraken resulteerde in 20 categorieën waar zeven thema's uit naar voren kwamen: 1) maatschappij en beroepsorganisatie, 2) setting apotheek, 3) apotheker, 4) apotheker en arts, 5) apotheker en patiënt, 6) arts, patiënt en apotheker en 7) apothekers onderling. (Tabel 3)

**Tabel 3 Thema's, categorieën en codes**

<b>Thema</b>	<b>Categorie</b>	<b>Code</b>
<b>1 maatschappij en beroepsorganisatie</b>	Maatschappelijke context	Autonomie principe burger rondom levenseinde Recht op milde, waardige dood Ontbreken wettelijk kader apothekers Wet biedt meer ruimte dan benut wordt Taboe en angst voor slippery slope Recht weigeren verstrekken euthanatica Impact op en nazorg voor alle betrokkenen Wetgeving versus instellingsprotocollen
	Perspectieven anderen op apotheker als professional	Onbekendheid functie en taak Geneesmiddeldeskundige Leverancier geneesmiddelen Inbedding in multidisciplinair team Beperkte rol bij het euthanasietraject
	Taak van de apotheker	Onduidelijkheid taak en rol in wetgeving en richtlijn Voldoen aan zorgplicht Bewaken regie en communicatie farmacologische zorg Farmaceutische zorg levenseinde

Thema	Categorie	Code
		Ontzorgen (patiënt, naaste(n), arts) bij laatste levensfase Transparantie taakopvatting bij euthanasieverzoeken Gesprekspartner arts Geen taak tijdens de uitvoering
	Opleiding en scholing	Euthanasie als onderdeel opleiding Leren in de praktijk Intercollegiale consultatie
	Aanbevelingen	Inzet KNMP voor verantwoorde farmaceutische levenseindezorg Transparantie en formalisering taak en rol apotheker Kaderapotheker levenseinde zorg Eigen zorgvuldigheidscriteria voor apotheker Verbetering van de KNMG/KNMP richtlijn Bewustwording artsen dat het geen gewone aflevering is Richtlijn met gedeelde verantwoordelijkheid Samenwerking, uitvoering en registratie opnemen richtlijn Definitie euthanasieverzoek Orale methode uit richtlijn halen Beschikbaarheid contextuele informatie patiënt
<b>2 Setting apotheek</b>	Organisatiestructuur en context	Confessionele omgeving Populatie kenmerken Werksetting en arbeidsverband Instellingsprotocollen
<b>3.1 Apotheker</b>	Houding ten aanzien van euthanasie	Openheid over standpunt Voor- of tegenstander Persoonlijke normen scheiden van taakopvatting/zorg Gemotiveerde medewerking bij verzoek Faciliterende houding Verantwoordelijkheden bij verstrekking euthanatica Overdracht bij ontbrekende deskundigheid/bereidheid Zorgvuldige aflevering bij verzoek tot levensbeëindiging Bewust afwijken van de richtlijn Meewerken zonder melding Terminale aandoening als voorwaarde Eigen professionele en persoonlijke beoordeling Feedback en reflectie op eigen functioneren Interesse ethische dilemma's Subjectiviteit van wat 'juist' is Respecteren normen en waarden van de ander Euthanasie is nooit gewoon Ervaring kleurt houding Uitvoering moet perfect zijn Vertrouwensband opbouwen met artsen Bespreikbaarheid levenseinde casuïstiek binnen team
	Eigen taakopvatting	Verstrekken/bereiden euthanatica is voorbehouden aan apotheker Zorgvuldig bereiden en verstrekken euthanatica Richtlijn KNMP/KNMG volgen Gedeelde verantwoordelijkheid euthanasietraject Toetsing besluitvormingstraject door apotheker Contact met patiënt/naasten bij palliatieve zorg/palliatieve sedatie/euthanasie Contact met specialistisch thuiszorgteam Bereiden en verstrekken aan (apotheekhoudend) arts Adviseren over geneesmiddelen Begeleiden arts tijdens het proces

Thema	Categorie	Code
		Beschikbaarheid tijdens de uitvoering Het al dan niet informeren apothekerteam/assistentes Bijhouden/vastleggen medicatie dossier
	Competenties	Kennen wettelijke zorgvuldigheidseisen Handelen volgens KNMP/KNMG richtlijn 2012 Deskundigheid middelen en toediening Ervaringen voeden deskundigheid rondom verstrekking Openheid gewetensbezwaren Respecteren beroepsgeheim Participatie (palliatief) netwerk Meningsvorming over uitzichtloos en ondraaglijk lijden Complexiteit psychiatrie en dementie casuïstiek
	Impact op apotheker	Verstrekken euthanatica is geen normale verstrekking Verstrekken euthanatica is een overhandiging Meewerken is tijdsintensief Meewerken heeft een emotionele impact Reflectiebehoefte op context gebonden aspecten Ervaring en reflectie geeft rust en ruimte Invloed expertise op handelen Aanwezigheid bij de uitvoering Druk rondom verstrekking
	Verstrekking en bereiding	Incidentie euthanasie Planning en bereiding Versnelde aflevering Methode, middelen en toedieningsweg Beschikbaarheid middelen Verstrekking tijdens waarneming Correct verzoek en juiste receptuur Premedicatie Persoonlijk overhandigen middelen Instructie uitvoering Reserveset inname Facturering
<b>3.2 Apotheker</b>	Ervaren knelpunten	<b><u>De maatschappij</u></b> Verschuivingen in de ruimte die de wet biedt <b><u>Setting apotheek</u></b> Confessionele omgeving Betrekken eigen apotheker of arts Taboe op euthanasie versus zichtbaarheid op factuur Bereiding bij ontbrekende faciliteiten Doorleveren euthanatica Uitstel gerelateerd aan beschikbaarheid spullen Uitvoering thuis versus ziekenhuis <b><u>De apotheker</u></b> Professionele autonomie Euthanasie privé versus professionele situaties Eigen normen en waarden Gewetensbezwaren/niet meewerken Openheid over eigen standpunt Niet pluis gevoel Onder druk gezet voelen Gebrek aan ervaring De emotionele impact <b><u>Apotheker-patiënt</u></b> Bekendheid context patiënt Kennis over diagnose en terminaal zijn

Thema	Categorie	Code
		<p>Taak bij passende symptoombestrijding            Persoonlijke bevragen van patiënt door apotheker            Invoelbaarheid verzoek voor apotheker            Vrijwilligheid van het verzoek            Wilsonbekwaamheid            Euthanasie shopping            Bijzondere casuïstiek            Euthanasie versus hulp bij zelfdoding            Euthanasie versus suïcide            Euthanasie versus palliatieve sedatie            Gevolgen weigeren            Risico's rechtstreekse verstrekking            Privé kennen patiënt of naasten bij verstrekken            Factureren  <u><b>Apotheker-arts</b></u>            Bekendheid arts            Arts verbonden aan pro euthanasie organisaties            Verschillende visies artsen uitzichtloos en ondraaglijk lijden            Wat mag van een arts verwacht worden            Het op orde zijn patiëntendossier            Benodigde informatie zorgvuldige verstrekking            Weigeren informatie            Weigeren inzage SCEN-verslag            Weigeren bij niet voldoen aan zorgvuldigheidseisen            Arts beschermen tegen onzorgvuldig handelen            Risico misbruik euthanatica door arts            Spoed verstrekking            Verzoek buiten kantooruren            Regie nemen bij evaluatie  <u><b>Arts-patiënt</b></u>            Uitvoering door arts met familieband patiënt</p>
<b>4 Apotheker en arts</b>	Samenwerking met arts	<p>Arts bepalend bij keuze verstreckende apotheker            Arts belangrijkste partner bij verstrekken euthanatica            Gezamenlijke en eigen verantwoordelijkheid in traject            Onderlinge professionele afhankelijkheid            Vertrouwen arts in deskundigheid apotheker            Wederzijdse waardering en gelijkwaardigheid            Elkaar kennen en vertrouwen            Houden aan en bijstellen van afspraken            Bespreekbaarheid verschillen in opvattingen            Samenwerkingsafspraken            Toetsbaarheid binnen de samenwerking            Gezamenlijke voor- en nabespreking            Ad hoc overleg            Delen zorgvuldigheidscriteria/context/SCEN-verslag            Beschikbaarheid tijdens de uitvoering            Terugkoppeling en informeren bijzonderheden uitvoering            Informeren overlijden voor uitvoering            Maatwerk ondersteuning aan arts            Informeren apotheker bij voortijdig overlijden</p>
	Stichting Levensende Kliniek (SLK)	<p>Complexiteit patiënten SLK            Uitgebreidere afweging SLK verstrekking            Preferente apotheker bij SLK            Wachtijd SLK            Rol huisarts bij SLK verstrekking</p>

Thema	Categorie	Code
	Perspectief op arts	<p>Communicatie met patiënt en naaste(n) loopt via arts</p> <p>Arts is de vertrouwenspersoon van patiënt</p> <p>Arts kent context patiënt</p> <p>Ervaring arts speelt rol</p> <p>Rol emotioneel/communicatieve competenties</p> <p>Rol medisch technische competenties</p> <p>Wisselende bekwaamheid aanleveren correct verzoek</p> <p>Onder druk zetten apotheker werkt contraproductief</p> <p>Euthanasie is belastend voor artsen</p>
	Afronding en evaluatie	<p>Inleveren restanten</p> <p>Invullen evaluatie formulier</p> <p>Evaluatie ter kwaliteitsverbetering</p> <p>Gezamenlijke evaluatie</p> <p>Willen weten hoe het is gegaan</p> <p>Behoeft afsluiting casus</p> <p>Ervaringen arts centraal tijdens evaluatie</p> <p>Belangrijk dat iedereen met goed gevoel terug kijkt</p>
<b>5 Apotheker en patiënt</b>	Apotheker-patiënt relatie	<p>Behandelrelatie met patiënt</p> <p>Betrokkenheid op patiënt/naasten</p> <p>Continuïteit van zorg laatste levensfase</p> <p>Optimale zorg verlenen in laatste levensfase</p> <p>Communicatie apotheker-patiënt bij euthanasieverzoek</p> <p>Betrokkenheid apotheker bij besluitvormingsproces</p> <p>Druk van patiënt/naaste(n) contraproductief</p>
	Perspectieven op patiënt en naaste(n)	<p>Bewustzijn van patiënt van behandelrelatie met apotheker</p> <p>Patiënt wil zekerheid over bereidheid medewerking</p> <p>Patiënt verwacht verstrekking</p> <p>Patiënt leidend ten aanzien moment uitvoering</p> <p>Euthanasie is belastend voor naasten</p>
<b>6 Arts, patiënt en apotheker</b>	Besluitvormingsproces	<p>Patiënt legt verzoek bij arts neer</p> <p>Besluitvorming is verantwoordelijkheid/taak arts</p> <p>Arts verantwoordelijk voor wettelijke zorgvuldigheidseisen</p> <p>Arts heeft recht verzoek te weigeren</p> <p>Arts heeft plicht bij weigeren door te verwijzen</p> <p>Tijdig informeren apotheker</p> <p>Betrokkenheid apotheker bij besluitvormingsproces</p> <p>Inzicht besluitvormingsproces arts-patiënt</p> <p>Delen context patiënt</p> <p>Verzoek arts leidend bij verstrekking</p> <p>Invloed en rol andere zorgprofessionals</p>
<b>7 Apothekers onderling</b>	Intercollegiale samenwerking	<p>Concurrentie versus kwaliteit van zorg</p> <p>Regio functie verstrekken/bereiden/voorraad euthanatica</p> <p>Samenwerking bij een verstrekking</p> <p>Levering en bereiding voor/door andere apotheek</p> <p>Overdracht bij gewetensbezwaren</p> <p>Overleg tussen eigen en andere apotheker</p> <p>Informeren eigen apotheker door verstreckende apotheek</p> <p>Overschrijving bij verstrekken levenseinde zorg</p> <p>Continuïteit farmaceutische zorg</p> <p>Intercollegiaal overleg</p> <p>Evaluatie samenwerking en afspraken</p>

### **Thema 1: Maatschappij en beroepsorganisatie**

Het eerste thema bestaat uit vijf categorieën: 1) maatschappelijke context, 2) perspectieven anderen op de apotheker als professional, 3) taak van de apotheker, 4) opleiding en scholing, 5) aanbevelingen.

Uit de analyse kwam naar voren dat vanuit de *maatschappelijke context* bepaalde factoren zoals het respect voor autonomie principe van burgers rondom het levenseinde, het recht op een milde en waardige dood, taboe op euthanasie, grensverleggende ontwikkelingen en het besef van een slippery slope een rol kunnen spelen bij de afwegingen van apothekers over hun betrokkenheid bij zorg bij het levenseinde en euthanasie of hulp bij zelfdoding. Daarnaast werd aangegeven dat de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) uit 2002 meer ruimte biedt dan op dit moment benut wordt en dat wettelijke kaders voor de professionele rol van de apotheker bij euthanasie en hulp bij zelfdoding ontbreken. Ook de uitwerking van instellingsprotocollen, hoe deze zich verhouden tot de bestaande wet- en regelgeving en het recht op het weigeren van verstrekken van euthanatica kwamen naar voren. De impact van euthanasie op alle betrokkenen werd genoemd in het kader van de maatschappelijk context.

Apo11: *“Maar, het lijden van de persoon zelf, denk ik dat iemand dat op een gegeven moment aan kan geven, van: “Het is mooi”. En dat dat op een professionele manier, eh, gewaardeerd kan worden, en ingevuld kan worden.”*

Apo20: *“En het is heel vreemd dat je aan één kant allerlei richtlijnen hebt op cardiovasculair risicomangement, op astma/COPD, noem het maar op. Al dat soort richtlijnen worden wij getoetst of we het op een goede manier doen. En vervolgens in de euthanasie is dat totaal niet. Dus, je weet bij God niet, is die euthanasie, is dat wel terecht? We moeten indicaties geven op het recept om te kijken of dat wel klopt. Maar, bij euthanasie is het vertrouwen op de blauwe ogen noem ik dat maar, van de arts. Dat is heel vreemd.”*

*Perspectieven van anderen op de apotheker als professional* laten een beeld zien van zowel maatschappelijke onbekendheid met de functie en taken van de apotheker als van de apotheker als leverancier en deskundige op het gebied van geneesmiddelen. Ook de inbedding in multidisciplinaire teams en de beperkte rol bij het euthanasietraject waren codes die uit de transcripten konden worden geformuleerd.

Apo13: *“In het ziekenhuis. En dat is gewoon vanwege het feit dat wij vinden dat wij wel gewoon, voordat wij iets afleveren, moeten weten of het terecht is of niet terecht is. Dat er een duidelijk middel wordt afgeleverd. Daar gaat het om. In welke mate dat bij mij verweven is met allerlei andere dingen die vanuit de ethiek komen, ja dat kan ik niet zeggen. Ik vind ze allebei... Ja, dat is gewoon verweven... Ik heb ook veel... heb ik dus veel meer contact met iedereen en met SCEN-artsen en met.. Waardoor ik een bevoorrechte positie als ziekenhuisapotheker heb ten opzichte van de overigen.*

Apo2: *“Dat – ja. Dat maakt alles moeilijk. Je moet jezelf ... en dat maakt het aan de ene kant lastig, want je zou in sommige situaties jezelf er misschien wel tussen willen zetten. Aan de andere kant, dan zet je jezelf ertussen, dat is niet de bedoeling. Je moet ... ik vind het nu heel prettig dat de thuiszorg en de artsen ook die in dat palliatieve netwerk zitten, die komen nu ook naar me toe, uit zichzelf, want die weten wat ik te bieden heb.”*

Apo6: *“Je voelt je als apotheker al gauw te veel. Tenminste, ik heb dat zelf, het gevoel je op te dringen.... het dienstverlenende, zonder daar nu jezelf heel erg op de voorgrond te willen plaatsen.”*

Binnen dit thema valt ook de *taak van de apotheker*. Daarbij valt onduidelijkheid over de rol en de verantwoordelijkheid van de apotheker in de wetgeving en de richtlijn op. Taken die in de context



van een verzoek tot euthanasie naar voren komen zijn in de eerste plaats het voldoen aan de zorgplicht, in het bijzonder als het gaat over het geven van farmaceutische zorg bij het levenseinde. Transparantie over de taakopvatting bij euthanasieverzoeken ligt in het verlengde van de vertaling van de zorgplicht naar het beroep dat op de apotheker gedaan wordt. Bij taakopvatting worden ook het bewaken van regie en communicatie van de farmaceutische zorg, het zijn van gesprekspartner van de arts, het ontzorgen van patiënt, naasten en arts, en het ontbreken van een taak bij de uitvoering genoemd.

Apo6: *“Net wat ik zei, het moet goed en zorgvuldig gebeuren. Ik wil daar een beeld bij hebben. Ik heb misschien wel geen forméle verantwoording over het hele verhaal af te leggen, maar ik heb er wel een rol in. En misschien is die rol op dit moment wel te onduidelijk gedefinieerd. Daar zal misschien meer duidelijkheid in moeten komen. ”*

Apo15: *“Ja. En dan eh komt het praktische. Eh: “Kan ik het bezorgen? Komt iemand het halen? Hoe zorgen we... ?” Eigenlijk probeer je al zoveel mogelijk te zorgen: “Hoe kunnen we het zo organiseren, dat je die mensen zoveel mogelijk ontlast?” Dat ze het niet, eh, lastig vinden om, met alle zorg die ze al hebben, ook nog even naar de apotheek te moeten. Daarin mee te denken: “Nou, wat is voor de familie en de mantelzorgers er omheen, de beste manier om de apotheek er tussendoor te krijgen?” zullen we maar zeggen”*

Apo18: *“Op een gegeven moment heb ik het gewoon even zelf het initiatief genomen, en gewoon gebeld met degene die daar liep, en gezegd, van, ik zeg: “Even stop nou.” Ik zei – nou ja, ik zei het letterlijk: “Jullie vallen ons elke dag lastig met allerlei bestellingen en praktische vragen.” Ik zeg: “We hebben elke keer iemand anders.” Ik zeg: “We stoppen daarmee.” Ik zeg: “Want dat is niet handig voor ons en voor jullie.” Ik zeg: “Jullie blinken uit in terminale zorg,” ik zeg, “het lijkt me handig als jullie één contactpersoon hebben en een contactpersoon hier.” Ik zeg: “Daar mag je mij of mijn collega voor bellen.” Ik zeg: “Als jullie iets nodig willen hebben,” ik zeg, “bestellen jullie het via ons, wij hebben korte lijntjes met de huisarts,” ik zeg, “dan komt het altijd goed.”*

De categorie *opleiding en scholing* richt zich meer op de beroepsorganisatie. Deskundigheidsbevordering wordt gesitueerd binnen de praktijkstages en de vervolgopleidingen tot openbaar en ziekenhuisapotheker, het leren in de praktijk en intercollegiale consultatie of intervisie.

Apo13: *“Nee het opleidingstraject krijgen ze alleen te horen hoe wij het doen en wij vragen van: “Hoe sta je er zelf tegenover.” En als je het daar niet mee eens bent om dat te doen, moet je daar over na gaan denken, want het is wel één van de dingen die gewoon noodzakelijk zijn. Euhm, dus ik probeer daar wel een beetje richting aan te geven, want wij kwamen er opeens achter dat iemand inderdaad toen ze klaar was, zei van: “Ja, maar ik werk daar niet aan mee.” Ja, dat vind ik eigenlijk niet terecht, dat moet je wel al van te voren al over nagedacht hebben, dus dat hebben wij er nu ingebouwd, in het systeem.*

Apo9: *“ Als ik een jonge collega heb en er is toevallig zo’n verzoek, dat vind ik altijd heel boeiend om dat proces te volgen. Met name ook, inderdaad, het verhaal van de arts en de terugkoppeling via de arts. Ook het samen klaarmaken van zo’n setje dat heeft altijd wel impact, merk ik, want, ze werken toch ergens aan mee. En, uh, ik denk dat het onderdeel is van opleiding. Je zou het als jonge apotheker gezien moeten hebben en je verantwoordelijkheden kennen, het feit dat dit ook bij het vak hoort.”*

Apo3: *“Maar ik zou ook graag van de andere gevestigde apothekers willen horen hoe zij het doen, hoe zij ermee omgaan. Wat voor hen belangrijk is. Euh ... want ... kijk, bij zo’n college wat ik heb gehad ... dat is natuurlijk ... euhm ... fijn om te horen hoe het in theorie gaat en dan ... Dan merk je van één kant hoe het in de praktijk hoort te gaan ... volgens jouw APOP. Maar ... ja. Meer praktijkverhalen*

*zijn altijd welkom rondom dit soort lastige situaties. En ... ik denk alleen maar dat we meer van elkaar kunnen leren als we goed luisteren naar elkaar"*

De analyse bracht een aantal concrete *aanbevelingen* aan het licht. Daarbij werd de inzet van de KNMP gevraagd om te komen tot goede farmaceutische levenseindezorg en transparantie en formalisering van de taak en rol van de apotheker. Naar voren kwamen de behoeften aan 'bewustwording onder artsen dat verstrekken van euthanatica geen gewone aflevering is' en aan 'definiëring van een euthanasieverzoek'. Het formaliseren van een "kaderapotheker levenseinde zorg" zou daarbij een rol kunnen spelen. Er werd een lans gebroken voor verbetering van de KNMG/KNMP richtlijn met als aandachtspunten de gedeelde verantwoordelijkheid tussen apotheker en arts, hun samenwerking, de beschikbaarheid van contextuele informatie, de uitvoering, de registratie en afschaffing van de orale methode. Ook bleek er vraag naar eigen zorgvuldigheidscriteria voor apothekers.

*Apo20: "Met name die lering trekken. En dat mis ik gewoon echt. Wij hebben intern daardoor wel een soort protocol opgesteld van richtlijnen euthanasie. Een soort zelfprotocolletje waaraan voldaan moet worden voordat wij het gaan afleveren. Zelf iets gefabriceerd, met de hoop dat artsen bereid zijn om een SCEN-verslag over te dragen"*

*Apo20: "... Maar, dat zijn aantal criteria, ook in zorgvuldigheidseisen die de arts ook heeft. Van, wanneer kan je nou echt vaststellen dat er sprake is van een zorgvuldige euthanasieprocedure? En als je dat dus niet voor jezelf kan invullen van dit is op een relatief goede manier, dan denk ik dat je als professional ook je professionaliteit dan vooruit moet staan en zeggen van: "Dit gaan we niet doen". En dat is nu lastig."*

*Apo20: "Ik denk dat we daar nu wel een stuk missen nog, in het geheel. Ik denk er is genoeg kennis in de markt. Absoluut. Ik denk dat er ook genoeg apothekers echt bekwaam zijn in het hele verhaal. Ze vinden het vaak nog leuk. Het is toch een specialisme."*

*Apo20: "... Dat zou je dus ook met de kaderapotheker voor palliatieve sedatie ... Ik zou het veel beter kaderarts levenseinde, klinkt misschien een beetje zwaarmoedig. Maar, die twee dingen, want dat heeft onnoemelijk met elkaar te maken. Dan kan je dat mooi tackelen. Ik denk dat het een schone taak is voor onze KNMP, of wie dan ook, misschien wel WSO. Om toch eens te kijken of dat wat zou zijn"*

*Apo11: "...vorig jaar of twee jaar geleden, toen had ik hier een andere APIOS [= apotheker in opleiding voor openbaar apotheker specialist] rondlopen. En, eehm, toen heeft één van de huisartsen het met haar helemaal doorgelopen. En dat was ook heel leuk om zijn verhaal van zijn kant te horen, en ook te zien hoe hij er met haar, ook haar daar in meenam bij wijze van spreken. Dus, dat was heel mooi."*

## **Thema 2:       Setting apotheek**

Het tweede thema gaat over de *organisatiestructuur* van de apotheek en *de context* waarbinnen de apotheek gevestigd is en de invloed die deze kunnen hebben op de manier waarop een apotheker omgaat met verzoeken tot het afleveren van euthanatica. De professionaliteit van de omgeving, de populatiekenmerken, de werksetting, het arbeidsverband en de instellingsprotocollen geven daarbij sturing aan het handelen in de dagelijkse praktijk.

*Apo20: "Met name die lering trekken. En dat mis ik gewoon echt. Wij hebben intern daardoor wel een soort protocol opgesteld van richtlijnen euthanasie. Een soort zelfprotocolletje waaraan voldoen moet worden voordat wij het gaan afleveren. Zelf iets gefabriceerd, met de hoop dat artsen bereid zijn om een SCEN-verslag over te dragen."*

Apo13: *“...Het verhogen van de morfine tot iemand overlijdt. Daarvan hebben wij toen gezegd als ziekenhuisapothekers, wij waren toen met zijn tweeën: “Daar werken wij niet meer aan mee.” Wij vinden dat op het moment dat de patiënt moet overlijden of wil overlijden, dat wij dat op een nette manier doen volgens de regels der kunst, volgens euthanasie.”*

### **Thema 3.1: Apotheker**

In het derde thema staat de apotheker als persoon centraal. Daarin kwamen zes categorieën naar voren: 1) houding ten aanzien van euthanasie, 2) eigen taakopvatting, 3) competenties, 4) impact op apotheker, 5) verstrekking en bereiding, 6) ervaren knelpunten. Categorie 6 wordt apart beschreven en toegelicht.

De analyse bracht aan het licht dat de *houding van apothekers* ten aanzien van het omgaan met verzoeken tot het afleveren van euthanatica op allerlei manieren bepaald en beïnvloed kan worden. Zo bleek het voor- of tegenstander van euthanasie zijn een rol te spelen, de mate waarin persoonlijke normen en waarden gescheiden werden van de professionele taak- en zorgopvatting, en het belang dat gehecht werd aan openheid over het eigen standpunt. Er waren verschillende grondhoudingen herkenbaar, waaronder een faciliterende houding, het gemotiveerd meewerken aan verzoeken, het respecteren van de normen en waarden van de ander, geïnteresseerd zijn in ethische dilemma's en het ontwikkelen van een eigen professionele en persoonlijke beoordeling van verzoeken voor het verstrekken van euthanatica. Er werden specifieke voorwaarden genoemd die relevant waren voor de bereidheid een verzoek in te willigen zoals de aanwezigheid van een terminale aandoening, bestaande samenwerkingsrelatie met de verzoekende arts en voldoende en tijdig geïnformeerd worden over de situatie van de patiënt. Daarnaast werden verschillen tussen apothekers zichtbaar inzake bewust afwijken van de richtlijn, het meewerken zonder dat de euthanasie door de arts werd gemeld, de overdracht bij ontbrekende deskundigheid of bereidheid mee te werken, en de mate van initiatief nemen bij het opbouwen van een vertrouwensband met artsen. Overwegingen die ook naar voren kwamen betroffen een zorgvuldige aflevering, de eigen verantwoordelijkheid bij de verstrekking van euthanatica en het belang van een perfecte uitvoering. Worstelingen met de subjectiviteit van wat 'juist' is werden zichtbaar en ook de rol van ervaring, feedback en reflectie op het eigen functioneren. Apothekers dachten verschillend over openheid en bespreekbaarheid van levenseindecasuïstiek binnen het apotheekteam.

Apo6: *“Ik heb beide keren wel gezegd, nou prima, maar dat het niet zo kan zijn dat ik alleen een recept krijg met de vraag om het te leveren. Sterker nog, de vraag kwam “Hoe kunnen we dit nu het beste doen?”. Dat was de reden om bij de KNMP spullen op te vragen: wat zijn de richtlijnen? En dat eens goed door te nemen. Om het volgens de regels, “lege artis” zoals het ons vroeger geleerd is, dan te doen. Wat ik gedaan heb... Mijn rol houdt niet op met alleen het leveren van die spullen. Ik wilde ook inzicht in de zorgvuldigheid waarmee zij tot dit besluit waren gekomen. De huisarts heeft toen aan mij duidelijk proberen te maken hoe de situatie lag. Ik heb ook het verslag van de SCEN-arts ingezien. In beide gevallen is dat zo gedaan.”*

Apo16: *“... Maar je stelt je wel gereserveerd op. Ik vind, eh... Je moet als apotheker ook niet te hoog van de toren willen blazen op dat onderwerp. Het is al lastig en emotioneel genoeg. Ik probeer er gewoon voor te zorgen dat het proces goed verloopt, dat het technisch goed loopt. Een arts geeft vrij snel aan of hij het wel of niet met je inhoudelijk ergens over wil hebben. Dat moet je herkennen. Je kunt het ook zo laten. Je kunt de arts bij de ene casus wel nodig hebben en bij de andere casus niet.”*

Apo14: *“Nou, dat heb ik me ook afgevraagd. Ik denk dat ik – gewoon – heel vaak wel meewerk. Erger nog, ik heb ook wel eens meegewerkt in een situatie die helemaal niet gerapporteerd werd, omdat ik – gewoon – de patiënt en de arts, daar ging ik helemaal in mee. Toen hebben wij alles uit de boeken gehouden.”*

Apo3: *“Euhm ... bij de patiënt is het natuurlijk onbekendheid van wat de apotheek kan betekenen. Bij de artsen ook.”*

De analyse verschaftte diepte-inzicht in de *taakopvattingen* van de geïnterviewde apothekers. Het verstrekken en bereiden van euthanatica werd genoemd als een aan de apotheker voorbehouden handeling. Daarbij kwamen kwaliteitskenmerken als het volgen van de KNMG/KNMP-richtlijn, zorgvuldige bereiding en verstrekking, advisering over de middelen en het bijhouden van het medicatiedossier naar voren. Ook kwamen taakopvattingen naar voren die invloed hadden op het besluitvormingstraject: de gedeelde verantwoordelijkheid tijdens het euthanasietraject, de eigenstandige beoordeling van het besluitvormingstraject, en contact met patiënt, naaste(n) en het specialistisch thuiszorgteam. Het begeleiden van de arts en het beschikbaar zijn tijdens de uitvoering kon onderdeel zijn van de taakopvatting. De taakopvattingen over het al dan niet informeren van het apotheekteam over een lopend euthanasieverzoek liepen uiteen.

Apo5: *“Ja, die richtlijn. Daar keek ik dan altijd naar. Ja. Dat heb ik nog eens goed nagelezen, hoe dat dat daar precies in staat. Je wordt daar inderdaad niet zo heel veel wijzer van, hoeveel tijd er bijvoorbeeld tussen moet zitten. Dat is voor mij... Dat vind ik vooral heel vervelend.”*

Apo8: *“Ja, dat vind ik tekenen van beschaving. Dat we dat bespreekbaar maken en ja, daar ook heel zorgvuldig mee omgaan. “*

Apo14: *“...Dat je meteen al... dat ik meteen al vertel van: “Ik heb er ervaring mee en dit zijn de opties die open staan.” Maar ja, dus qua uitvoering kun je het – gewoon – technisch gezien op die en die manier doen. Qua omstandigheden moet je even over nadenken, omdat zo’n patiënt toch liever vaak niet alleen wil sterven. “Wie wil je erbij hebben? Euhm, wat, heb je het al over nagedacht wat jij die avond zelf gaat doen? Heb je nagedacht of je misschien een collega meeneemt of iemand anders uit je eigen praktijk of een andere hulpverlener?””*

De analyse gaf inzicht in gedachten over *competenties* bij een verzoek tot verstrekking van euthanatica. Daarbij kwamen onderwerpen naar voren als het kennen van de wettelijke zorgvuldigheidseisen, het handelen volgens de KNMG/KNMP richtlijn Euthanasie (2012), deskundigheid op het gebied van middelen en toediening, de rol van ervaring, openheid over gewetensbezwaren, het respecteren van het beroepsgeheim, participatie in levenseinde (palliatieve) zorg netwerken, in staat zijn tot meningsvorming over uitzichtloos en ondraaglijk lijden, en de complexiteit van casuïstiek van verzoeken voor patiënten met psychiatrische aandoeningen en dementie.

Apo5: *“Ja. Inderdaad, dadelijk gaat het mis en dan zou je zeggen: “Je bent trouwens een niet bereidende apotheek en je hebt iets gefabriceerd. Dat hoort niet eens”.*

Apo10: *“... Wij helpen bij het instellen van pompen voor palliatieve sedaties, dan merk ik het echt. Dan krijg je gewoon alles te horen. Ook alle doseringen weet je dan. En ja, men belt mij altijd op, omdat ik de expert ben in mijn regio zeg maar. Dus ik kan dat – gewoon – klakkeloos uit mijn hoofd uitrekenen, op den duur. Dus ja, daar luisteren ze ook naar en dan gaat het ook goed.”*

Apo7: *“Nou, we hadden iets bedacht met een infuus. Dat de patiënt zelf het kraantje kon omdraaien. En dat ze dat deden in plaats van drank. Zo kom je natuurlijk al doende wel achter dingen. En ook wat, nou, patiënten fijn vinden. Maar ook wat artsen prettig vinden met eh, met, ja, met het toedienen van het medicament, zal ik maar zeggen.”*

Apo11: *“Maar, dat het dan wel zo is dat dan ook de apotheker moet kunnen aanbieden waar iemand dan wél terecht kan. Dus, wél een alternatief bieden. En dat was dus het specifieke verhaal hier. Dat ik zei van, oké als ik hier een collega apotheker krijg, ja hoe staat die erin?”*

De uiteenlopende ervaringen van de *impact op de apotheker* komen tot uitdrukking in de codes verstrekken van euthanatica als een ‘overhandiging’ versus verstrekken van euthanatica is geen ‘normale verstrekking’. Het meewerken aan verstrekking kan een emotionele belasting voor de apotheker met zich meebrengen. Daarnaast kunnen ervaring en expertise ook rust en ruimte brengen. Genoemd werden ook de behoefte aan reflectie op casus gebonden contextuele aspecten en de impact die druk door artsen, patiënten en naasten op de apotheker kan hebben. De aanwezigheid bij een uitvoering werd beschreven als een intense en bijzondere ervaring.

Apo13: *“...voldeed het op dat moment niet en daar was die huisarts het later ook wel mee eens. Het is wel later uitgevoerd nog, maar toen niet. Dat zijn zware dagen hoor. Zo’n middag, dan ben je gewoon opeens een jaar ouder op één middag, want het is heel vervelend om een collega-arts op dat moment te weigeren om iets af te leveren.”*

Apo14: *“Er zijn ook artsen die standaard zeggen van: “Wil je dan ook weer meegaan? Ik wil het niet ik mijn eentje doen. Ik wil hebben dat je er bij bent.” Nou, dat is voor mij ook wel vleierend, dat ik – gewoon – ook meerwaarde betekenen voor die dokter. En het is ook wel een heel mooi moment om – gewoon – bij te zijn. Ja, het is natuurlijk wel heel verdrietig dat iemand doodgaat, maar als dat nou eenmaal als onvermijdelijk gezien wordt, kan het ook wel heel mooi zijn dat je iemand wel dat laatste stukje kunt helpen. En de keren dat ik erbij ben geweest, was het heel erg intens”*

Apo19: *“Dat het continu in je hoofd zit: “O, dinsdag moet ik het doen. Dinsdag moet ik het klaarmaken.” Vergeten doe je het sowieso niet, maar ja, ik denk: dat moet ik niet vergeten. Dat doe je niet, maar gewoon. Eh nou, en dan rij ik bijvoorbeeld langs het hospice naar huis – ik zeg maar iets – en dan denk ik: “O ja. Woensdag is dat.””*

Apo8: *“Dat is heel moeilijk in te schatten. Of ja moeilijk... Ze is twee keer geweest dus in ieder geval twee keer een uur. Eh ze is na afloop eh een uur geweest. Eh ehm ze eh het mailcontact, het lezen daarvan. Het gesprek met de eigen huisarts, het gesprek met de eh... Nou ik overdrijf niet als daar 8 / 9 uur in zitten plus dan nog de zorgen en de slapeloze nachten.”*

De categorie *verstrekking en bereiding* geeft inzicht in praktische aspecten die een rol spelen. Daarbij komen zaken als de correcte aanvraag en juistheid van de receptuur, planning en bereiding, versnelde aflevering, verstrekking tijdens waarneming, methode, middelen en toedieningsweg, premedicatie, beschikbaarheid middelen, instructie uitvoering, persoonlijke overhandiging middelen, reserveset inname en facturering aan de orde.

Apo2: *“Het contact met de zorgverzekeraar erover is wel heel wisselend. Ik had er laatst één over hoe ik de thiopental moest declareren. Dat verschilt namelijk per zorgverzekeraar, omdat het niet een geregistreerd middel is. En de ene zegt: “Ja, declareer de grondstof maar, die staat wel in de taxen.” En de ander heeft zijn eigen Z-indexnummer ervoor, en weer een ander moet ik gewoon iets op factuur zetten en hem opsturen, en weer een ander moet ik weer iets anders voor doen. Maar het valt mij wel op dat helpdeskmedewerkers vaak geen idee hebben waar je het over hebt.”*

Apo 14: *“... De overheid zou – gewoon – moeten zeggen van: “Dit is het tarief voor euthanasie, dit mag de apotheker vragen.” En dan kunnen ze nog zeggen van: “Dan moet de apotheker ook niet zeuren over materiaalkosten.”*

Apo20: *“Dan leg ik ook uit wat er allemaal in zit en dat er een hele instructie bij zit, hoe ze dat eventueel moeten klaarmaken. En dus die instructie geef ik. En dan heb ik de spuitjes meestal allemaal naast elkaar liggen, voordat ik ze in een zakje doe. En ik bespreek gewoon per spuit eh, nou ja, ze zijn allemaal genummerd. Nou ja, dit is nummer één en die doe je hiervoor, daarna spuit je het NaCl door. Zodat alles erin zit. Ja, dat soort dingen neem ik allemaal eh door”*

Apo 13: *“Dus wij krijgen het recept direct van de arts. Overleg van de arts is direct met ons. Dan kunnen wij ook daar vragen van: “Hoe is het gegaan, welke consequentie...?” En wij leveren ook af, want wij maken ook de spuitjes klaar. Dus wij maken en trekken de medicatie op. Ook als de specialist het thuis doet, krijgt hij van ons de medicatie kant en klaar aangeleverd mee. “*

### **Thema 3.2:     Apotheker: Ervaren knelpunten**

Als zesde en laatste categorie binnen het thema ‘apotheker’ beschrijven wij hier de door de apotheker *ervaren knelpunten*. Deze bleken ervaren te worden binnen de subcategorieën *de maatschappelijke*, *de setting van de apotheek*, *als persoon*, *in de apotheker-patiënt relatie*, *de apotheker-arts relatie* en *de arts-patiënt relatie*.

Een vanuit *de maatschappij* ervaren knelpunt was het opzoeken van de grenzen die de ruimte van de wetgeving biedt. Daarnaast kon de *setting van de apotheek* een bron van knelpunten zijn voor de apotheker. Voorbeelden daarvan zijn een confessionele omgeving, de (on)mogelijkheid de eigen apotheker of arts van de patiënt bij de uitvoering te betrekken, en het schenden van de geheimhouding van meewerken aan euthanasie door te factureren op naam van de overledene. Daarnaast kon een apotheker aanlopen tegen het niet leverbaar zijn van middelen, ontbrekende faciliteiten voor bereiden van de injecties of de drank en restricties in de professionele richtlijnen voor het doorleveren van euthanatica. Bij de overdracht van de medische zorg voor patiënten van of naar het ziekenhuis of in het weekend kon de apotheker te maken krijgen met een waarnemend arts, die vanuit een andere invalshoek eerder gemaakte afspraken met de behandelend arts doorkruiste. Knelpunten waar *de apotheker als persoon in de professionele rol* tegen aanliep waren eigen professionele autonomie, euthanasie in privé versus professionele situaties, eigen normen en waarden, gewetensbezwaren, niet mee willen werken, openheid over het eigen standpunt, niet plus gevoel bij een verzoek, onder druk gezet voelen, gebrek aan kennis en ervaring, en de emotionele impact van het betrokken zijn bij een levensbeëindiging.

Apo 17: *“Ja, wat je net zelf ook al zegt een brug te ver om als apotheker te zeggen tegen de arts van: “Goh, zou u niet een pomp starten bij meneer of mevrouw?”. Zelf eigenlijk nooit gedaan. Nee. Omdat we gewend zijn dat die aanvragen ... Eigenlijk is dat de rolverdeling op een of andere manier. Ja. Je krijgt een aanvraag, en dan reageer je. Ja”*

Apo8: *“In eerste instantie, ja. Nou maar ze kon alle benodigde materialen en documentatie geven. Vervolgens kreeg ik het rapport van de SCEN-arts met de inlogcode om dat SCEN-rapport te zien. Ja, ik liet mij onder druk zetten. Toen heb ik ook de KNMP gebeld van: “Ja dat is mijn rechtspositie. Ik mag toch nee zeggen?”*

Apo 12:... *Ik voelde me best wel eh, ja overvallen ineens. Ik verwachtte het niet, zo snel en zo laat en eh ... Op dat moment, tijdens het telefoongesprek, ehm, heb ik niet echt de kans gekregen om daar nog over na te denken en dat wilde ik eigenlijk ook niet, waardoor ik gewoon ja ... Ja, en ik wilde ook niet meteen al zeggen: “Nee, ho, wat gebeurt hier? Want, A: ik heb heel duidelijk aangegeven dat ik hier zelf niet eh, achter sta. En, B: mijn collega is er nu niet. En, C: bij wijze van, bent u niet een beetje laat?” “*

Uit de analyse kwamen knelpunten naar voren die betrekking hadden op de *apotheker-patiënt relatie*. Zo waren er de (on)bekendheid van de context van de patiënt, de kennis over diagnose en terminaal zijn, de taak bij passende symptoombestrijding, het persoonlijk bevragen van de patiënt door de apotheker, de invoelbaarheid van het verzoek voor de apotheker, en de risico's van rechtstreekse verstrekking. Soms worstelde een apotheker met onduidelijkheid over de vrijwilligheid van het verzoek, de wilsbekwaamheid van de patiënt en vermoedens van euthanasie shopping. Bijzondere casuïstiek en vragen rondom euthanasie versus hulp bij zelfdoding, suïcide of palliatieve sedatie konden een knelpunt opleveren. Daarnaast werd factureren van de verstrekking aan de naasten als mogelijk knelpunt genoemd. Zo ook privé kennen van patiënt of naasten.

Apo 14: *“Nou – gewoon – de situatie waar de patiënt zich in bevindt. Is het een terminale situatie of is het een.... Wat is het lijden? Er moet een lijden zijn anders wordt het sowieso niet goedgekeurd. Begrijp ik dat lijden? Zou ik er zelf last van hebben?”*

Apo 8: *“Omdat hulp bij zelfdoding voor mij, als apotheker, ongrijpbaar is...Je hebt niet het hele traject, al die gesprekken, dat invoelen dat wordt grijpbaar op het moment dat er een, een, een rapport ligt van de SCEN-arts...”*

Apo 19: *“Wij leveren in samenwerking met dat hospice, een bijdrage aan die goede zorg. Eh dus in dat opzicht denk ik: nou, die mensen zijn op de goede plek, om het zo maar te zeggen. Maar het is toch altijd raar om te, ja, om te weten ... Zeker als het nog om euthanasie gaat, eh dat je al iemand kent. Of in ieder geval, je leeft daar wel mee. Het zit wel in je gedachten..”*

Analyse van de transcripten leverde ook een rijke oogst aan mogelijke knelpunten binnen de *apotheker-arts relatie*. Zo was er de (on)bekendheid van artsen die de apotheker benaderden met een verzoek, verzoeken door artsen verbonden aan pro-euthanasie organisaties, verschillende visies van artsen op ondraaglijk en uitzichtloos lijden, vragen over wat van artsen verwacht mag worden, het al dan niet op orde zijn van het medisch dossier, het tijdig en voldoende geïnformeerd worden over het verzoek en de situatie van de patiënt voor een zorgvuldige en verantwoorde verstrekking. Daarnaast worstelden apothekers met weigeringen van de arts informatie over de situatie van de patiënt of inzage in het SCEN-verslag te geven. Het weigeren als er (nog) niet aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen werd voldaan, werd als mogelijk knelpunt beschreven. Ook confrontatie met spoedverstrekkingen en verzoeken buiten kantooruren werden als knelpunt genoemd. Rondom afronding en evaluatie van euthanasie bleek soms onduidelijkheid over wie het initiatief moest nemen een mogelijk knelpunt.

Apo8: *“Ja, hè. Eh onbekende arts, ehh ja inderdaad van een onbekende organisatie, die eh ja kijk... Vandaar dus ook ehh ja ‘Ho even’. Ik wil eerst weten: wie ben je? Hoe sta je er in? En zij is toen ook eerst hier geweest op gesprek, om te vertellen hoe ze er in stond en eh wat voor een werk ze deed en waarom ze dat deed en eh ze kwam direct ook wel met de mogelijkheid van het rapport van die SCEN-arts dat ik dat kon zien. Dus weet je ze ontdoide letterlijk ook.”*

Apo13: *“Ik heb toen gekeken van: “Wat is de consequentie? A: voor de arts, als er niet voldaan is aan de eisen van een niet-natuurlijke dood.” ... Dat staat altijd bij mij voorop. Op het moment dat ik aflever gaat het mij om het feit van: “De arts heeft het weloverwogen gedaan met een SCEN-arts samen; met de patiënt en dat is allemaal weloverwogen en daar gaat geen gedonder van komen.” Ik ga niet mijn arts op een gegeven moment laten drijven en dat hij zomaar een tuchtzaak aan zijn broek kan krijgen of wat dan ook. Dat is altijd voor mij de aanleiding, dus de zorg voor de zorgende, om het even zo te zeggen”*

Apo14: *“Nee, hij had het maar afgeblazen want hij zei: “Bij twijfel wil ik liever niet inhalen.” En ik denk dat [ik] daar ook alles mee gezegd heb. Kennelijk is er bij hem een twijfel gekomen, helemaal*

*aan het eind van de procedure en ik denk dat dat wel knap is, dat hij dan de zaak alsnog afblaast. Dat hij dan niet gewoon door gaat, maar ik had die twijfel bij hem al die tijd al en bij die patiënt. En hij heeft dus niet in de gaten gehad, totdat die dus ernaar toe ging of tot hij daar – gewoon – was.”*

Als de uitvoerende arts een familieband met de patiënt heeft kon dat voor de apotheker een knelpunt zijn.

*Apo14: “En een andere situatie heb ik meegewerkt aan iemand die niet meer in Nederland was. En die ik daarvoor wel een keer gezien had hier, waardoor ik ook wist dat het een heel erg wilsbekwame dame was, die wel erg op leeftijd was. Eigenlijk een, uh, arts met pensioen. Haar zoon, momenteel wel huisarts hier in (\*plaatsnaam) zei van: “Joh, mijn moeder is eraan toe om te overlijden. Ik krijg dat niet voor elkaar daar in het land waar ze nu woont, ....” “*

#### **Thema 4:      Apotheker en arts**

Het vierde thema bevat de categorieën die zich op het vlak van apotheker en arts afspelen. Dat zijn de samenwerking met de arts, de Stichting LevensEinde Kliniek (verder SLK genoemd) , het perspectief op de arts en de afronding, evaluatie en feedback na een euthanasie.

Aspecten die naar voren kwamen inzake de *samenwerking met de arts* waren diens invloed op de keuze voor de verstrekende apotheker en het gegeven dat de arts de belangrijkste partner voor de apotheker is bij de verstrekking. Daarnaast was er de visie dat arts en apotheker in het traject een gezamenlijke en een eigen verantwoordelijkheid hebben en dat er sprake is van een wederzijdse professionele afhankelijkheid.

Het belang van vertrouwen van de arts in de deskundigheid van de apotheker, wederzijdse waardering, gelijkwaardigheid en elkaar kennen en vertrouwen werden benoemd. Het belang van het maken, het houden aan en het bijstellen van samenwerkingsafspraken kwam naar voren.

*Apo1: “Nou, als ik zie hoe vaak wij moeten ingrijpen. En hoe vaak ... Maar, misschien, ik kan het ook niet beoordelen hoe dat voor heel farmaceutisch Nederland is natuurlijk. Want, er zijn zat apotheken waar er geeneens een apotheker is. Of alleen maar van negen tot vijf. En, eh. Dus, hoe dat bij die ketens of zo gaat, elk half jaar een andere apotheker. Daar zal het dus niet zo gaan als hier. Want, daar ken je de patiënten niet. Je kent de huisartsen niet. De huisartsen kennen de apotheker niet. Dus, waar is dat vertrouwen dan, dat het dan wel goed komt? Dat is er niet.”*

*Apo17: “Als een arts een goede relatie heeft met een apotheek, apotheker. Dan kan ik me voorstellen dat dat laatste stukje ... Maar goed, de patiënt heeft daar natuurlijk ook héél veel in te zeggen. Want, je bent uiteindelijk ingeschreven, en je hebt uiteindelijk een keuze gemaakt voor ... Maar, aan de andere kant heeft die arts ook denk ik wel heel veel invloed. Als hij tegen de familie of de patiënt zelf zegt van: “Goh, ik wil dat laatste stukje met een andere apotheek samenwerken” . Misschien wel een apotheek die heel veel kennis en kunde heeft, dan kan ik me dat voorstellen, dat dat vanuit één apotheek geregeld wordt. En ik weet ook niet of dat slechter is, eigenlijk..”*

*Apo12: “Ja, want ik wil ook niet dat die arts het gevoel gaat krijgen van: oh, die apotheker die daar zit, die eh, die werkt bij wijze van nergens aan mee. En eh, dat gaat natuurlijk ten koste van de samenwerking en uiteindelijk ook weer ten koste van de eh, zorg naar al jouw patiënten toe.”*

*Apo1: “Ik wil gewoon ... Nou ja, ja. Nee, daar ga ik niet nog extra informatie voor vragen of zo. En ik wil dan gewoon dat die euthanasie op een goede manier gebeurt. En ik wil terughoren hoe het gegaan is. Ja, dat zijn mijn bemoeienissen verder ermee. “*

In dat verband werd ook de bespreekbaarheid van verschillen in opvattingen genoemd. De mogelijkheid van ad hoc overleg, de behoefte aan gezamenlijke voor- en nabespreking en toetsbaarheid binnen de samenwerking, kwam naar voren. Het delen van de zorgvuldigheidscriteria,



de context van de patiënt en inzage in het SCEN-verslag werden als wenselijk genoemd. Beschikbaarheid als apotheker tijdens de uitvoering, de terugkoppeling van en het informeren over bijzonderheden tijdens de uitvoering werden aangedragen. Daarnaast werd het geven van maatwerk ondersteuning aan de arts naar voren gebracht. Een punt van aandacht was het informeren van de apotheker door de arts bij voortijdig overlijden van de patiënt.

Apo1: *“Dus, nu zeg ik elke keer als ik een euthanaticum ... Ik zeg: “Kijk goed dat je dat coma vaststelt, voordat je het formulier weggooit, wegstuurt. Want, je krijgt er anders vragen over. Dat soort dingen, dat soort leermomentjes, dat gebruik ik dan.”*

Apo13: *“Nou, dat vind ik... En ik denk toch wel dat dat een beetje kenmerkend is voor de huisarts en de SCEN-artsen... Ik wil niet generaliseren, want dat is niet... Kijk, als je alleen maar een doosje aflevert en de arts moet het zelf optrekken [in de spuiten] dan is er ook veel minder problematisch natuurlijk, want wij maken ze zelf klaar. Dan wordt er helemaal niet meer gedacht aan het feit van: “Oh ja, ik had een afspraak gemaakt over het feit dat ik medicatie zou krijgen en de patiënt is overleden.” Kan ik mij ook nog voorstellen hoor, dat het gebeurt. Maar ik vind het een beetje slordig.”*

De samenwerking met de SLK onderscheidde zich door de complexiteit van de patiënten, de uitgebreidere afwegingen bij de verstrekking, de SLK preferente apotheker, de wachttijd bij de SLK en de rol van de huisarts.

Apo 5: *“Dan is het helemaal een beetje een vreemde situatie. Je kent én die arts niet én de patiënt niet. Je weet niet of de arts, de eigen apotheker er normaal wel aan meewerkt aan zoiets. Dus, dat is ook een beetje een vreemde situatie.”*

Apo17: *“Dat zou ik lastig vinden. Ik ken die arts niet. Maar, aan de andere kant, levenseindekliniek. Ik zou dan meer willen weten. Eigenlijk weet ik niet welke zaken bij de levenseindekliniek willen komen, behalve dan dat de eigen huisarts het misschien niet wil doen. Nou ja, waarom niet, want ik weet dat mijn artsen het allemaal wel doen als er een reden is. Het is niet zo dat een arts bekend staat om het feit dat hij euthanasie weigert überhaupt. Dus, dan is er denk ik meer aan de hand.”*

De analyse gaf inzicht in het *perspectief van de apotheker op de arts* in de context van een verzoek tot het verstrekken van euthanatica. Naar voren kwam dat de communicatie met patiënt en naaste(n) via de arts loopt, de arts de vertrouwenspersoon van de patiënt is, die de context van de patiënt kent. Daarnaast werd genoemd dat ervaring, emotionele, communicatieve en medisch technische competenties van de arts een rol spelen en euthanasie voor artsen belastend is. Het aanleveren van de juiste receptuur was niet vanzelfsprekend en het onder druk zetten van de apotheker door de arts werd als contraproductief ervaren.

Apo19: *“Ik denk dat je als patiënt wil dat het geregeld is en dat eh dat de medicatie er op het afgesproken tijdstip is en hij heeft die arts om daarmee te praten. Dat is een vertrouwenspersoon. Dat kun je nooit worden, dat moet je ook niet willen als apotheker. Natuurlijk, je kunt een goede band hebben met je patiënt en hij kan met jou dingen gedeeld hebben, en je hebt het bij de ene patiënt meer als bij de andere patiënt”*

Het belang van *afronding en evaluatie* werd als aandachtspunt genoemd. Daaronder viel het inleveren van de restanten, het invullen van het evaluatieformulier, evalueren ter kwaliteitsverbetering en een gezamenlijke evaluatie. Ook werd de behoefte om te weten hoe het was gegaan en het kunnen afsluiten van de casus naar voren gebracht. Naar voren kwam dat tijdens de evaluatie de ervaringen van de arts centraal staan en het belang dat iedereen met een goed gevoel kan terug kijken.

Apo10: *“En die andere [keer] heeft die huisarts heel uitgebreid met mij gesproken ook erover en erna van: “Dat het goed gegaan is.” Dat hij je bedankt voor de service en voor de kwaliteit en dat het allemaal goed, netjes geregeld was. Dat het allemaal vlotjes verliep, zal maar zeggen. Zoals ze dat zeggen. Dus ja, dat helpt wel, maar bij andere gevallen is het heel kort. Maar wat wel meestal gebeurt is dat de arts dan ook zelf persoonlijk de gebruikte spullen terugbrengt”*

Apo20: *“Meestal hoor je het van de arts, van: “Het is allemaal goed gegaan”. De patiënt kan je niet vragen hoe hij het heeft ervaren. Maar: “De familie is tevreden, hoe het allemaal gegaan is”. “Het is rustig gegaan”. En dan vertrouw je erop dat dat gewoon goed is. En ik denk dat dat ook terecht is. Dan denk je, het is goed gegaan. Meestal vertelt hij nog wel een beeld. “Na vijf of tien minuten inderdaad was er geen pols meer. Toen ben ik weggegaan. En ben ik na een paar uur nog wel eens teruggekomen”. En dat er dan toch door de familie, wat ik al eerder terugzei, als een soort afsluiting is ervaren. Dan weet je dat het goed gegaan is. Dat je je taak goed hebt gedaan”*

Apo18: *“En soms hoeft dat niet, maar dan hebben we al het afval, en dan vragen we nog even, van, hoe het gegaan is en of het prima is verlopen. Heb je nog op- of aanmerkingen? Dat vraag ik elke keer.”*

### **Thema 5:      Apotheker en patiënt**

Het vijfde thema omvat de apotheker-patiënt relatie en de perspectieven van de apotheker op patiënte en naaste(n).

De behandelrelatie werd benoemd als de kern van de *apotheker-patiënt relatie*. Betrokkenheid op patiënt en naasten, continuïteit van zorg en optimale zorg in de laatste levensfase werden in deze context naar voren gebracht. Communicatie tussen apotheker en patiënt bij een euthanasieverzoek bleek niet gebruikelijk terwijl apothekers wel uiting gaven aan hun betrokkenheid bij het besluitvormingsproces. Ook hier kwam naar voren dat onder druk gezet voelen als contraproductief ervaren wordt.

Apo5: *“Nou, omdat ik echt zoiets heb van: “Ik ben toch ook medebehandelaar van die patiënt en ik wil het tot het einde zo uitvoeren.””*

Apo1: *“Kijk, ik zie mijzelf gewoon als de huisapotheker van de patiënt..... Ja, zo zie ik ook de rol, en zo kom je ook een beetje aan het euthanasieverhaal. Wij vinden eigenlijk dat we de mensen begeleiden van de wieg tot het graf. En, dus ook in die euthanasie zien wij, vinden wij het belangrijk dat we zelf daar die rol in spelen.”*

Apo18 : *“Nee ... Niet goed, omdat je die patiënt uiteindelijk niet echt spreekt, de terminale patiënt. Het zijn maar ... Als ik even terugkijk in het verleden – ik heb natuurlijk wel veel terminale patiënten, natuurlijk, met regelmaat ... Die spreek je zo nu en dan weleens, vooral als ze nog in de apotheek kunnen komen. Maar als het euthanasie, als het specifiek [aankomt] op euthanasie dan spreek je ze eigenlijk niet helemaal “*

Binnen het *perspectief op patiënt en naaste(n)* werd genoemd dat patiënten zich bewust zijn van de behandelrelatie, zekerheid willen over de bereidheid tot medewerking en verwachten dat de euthanatica geleverd worden. Naar voren werd gebracht dat de patiënt leidend behoort te zijn ten aanzien van het moment van uitvoering en dat euthanasie voor naaste(n) belastend is.

Apo19: *“Nee, ik denk dat de behoefte, die er is, is dat de medicatie er is op het afgesproken tijdstip. En dat het geregeld is en ze zich geen zorgen moeten maken, over of iets er wel of niet gaat zijn. Of ... Eh dat die zorg voor een ander er is, zal ik maar zeggen.”*

Apo8: *“Nou hij kwam nog eens even uitleggen hoe slecht het wel niet met zijn vrouw ging en het hele traject dat ze al gehad hadden en dat ik er toch begrip voor moest hebben. Dat dat ehh, dat dat noodzakelijk was en dat dat niet over een dag ijs ging en ehh of ik toch maar wilde meewerken aan de situatie. Nou ja hij zat daar, ik zat hier. Er zat een meter tussen dus ik heb nog wel hè... Want ik snap de emotie ...”*

### **Thema 6: Arts, patiënt, apotheker**

Het zesde thema gaat met name over perspectieven van de apotheker op het *besluitvormingsproces*. De patiënt legt het euthanasieverzoek bij de arts neer, de besluitvorming wordt gezien als de verantwoordelijkheid van de arts en deze is verantwoordelijk voor de wettelijke zorgvuldigheidseisen. De arts heeft het recht het verzoek te weigeren waarbij de plicht van doorverwijzen wordt genoemd. Naar voren komt de betrokkenheid van de apotheker bij het besluitvormingsproces en het belang van tijdig informeren van de apotheker en het delen van de context van de patiënt. Er wordt aangegeven dat het verzoek van de arts leidend is bij de verstrekking en nagedacht over de invloed en rol van andere zorgprofessionals.

Apo1: *“En, eh, we hebben sowieso met elkaar afgesproken dat er minimaal iets van twee, drie dagen ... Nou, eigenlijk op het moment dat de SCEN-arts wordt gevraagd, dat is het maximale moment waarop de apotheker ingeschakeld wordt”*

Apo13: *“En wat ik wel merkte, dat was dus ook voor mij een onaangename ervaring, dat een huisarts had gebeld en die zei: “Je moet geen vragen stellen.” Toen hebben wij gezegd: “Wij stellen die vragen wèl. En als je niet wilt dat wij die vragen niet stellen dan moet je naar een ander gaan.”*

Apo 18: *“Nee. Puur het afleveren van euthanatica. En ik snap wel waarom de arts dat wil, want dan moet hij naar de [andere] apotheek, afspraken maken, en hier is het al lekker makkelijk om het gelijk in handen te krijgen. En ik zeg, in het begin dacht ik, van: moet ik dat wel doen?”*

Apo 15: *“We hebben weleens een huisarts gehad die dacht dat het wel even in de praktijk bezorgd kon worden. Die vond het wel wat ingewikkeld om even specifiek bij de apotheek langs te komen om het op te halen. Mijn collega was daardoor een beetje overdonderd. Die hing verbouwereerd de telefoon op. Toen hebben we echt met elkaar er over gehad van: “Wat vinden wij hier nu van met elkaar? We vinden het niet goed.” Dat was al heel snel duidelijk. Maar we hebben het met elkaar ook gehad over: “Hoe gaan we nu de communicatie naar de huisarts weer eh neerzetten? Hoe steken we dit in? Wat is de juiste manier om daar toch weer eh... Het is een lopende zaak. We moeten ermee verder”*

### **Thema 7: Apothekers onderling**

Het zevende en laatste thema gaat over de *intercollegiale samenwerking* van apothekers. In de context van het verstrekken van euthanatica wordt gesproken over concurrentie versus kwaliteit van zorg. Er wordt gesproken over (regionale) samenwerking bij het op voorraad hebben, bereiden en verstrekken van euthanatica, het voor elkaar bereiden en aan elkaar leveren. Ook de overdracht bij gewetensbezwaren, het informeren en overleggen tussen de “huisapotheker” en de verstreckende apotheker, het al of niet overnemen van de patiënt bij levenseinde zorg en het belang van intercollegiaal overleg werd in dit verband genoemd. Het belang van afspraken over en evaluatie en samenwerking in de context van continuïteit van farmaceutische levenseindezorg wordt naar voren gebracht.

Apo4: *“Maar meestal, of altijd, eh doe ik het wel samen met een collega-apotheker. Niet samen. Meer dat we even samen het gesprek met de arts voeren. Even samen de injecties klaarmaken. ... Ten eerste omdat het eh het voor beiden leerzaam is. Eh ... En ten tweede omdat ook die collega misschien ook nog bepaalde aspecten uit dat gesprek kan halen of vragen kan stellen. Of eh ... En dat ik ook daarmee even kan sparren of eh ... Of het goed is dat we eraan mee werken.”*

Apo 11: “ ... Het is niet de patiënt die bij mij ingeschreven staat. Het zou heel goed kunnen zijn dat ik aan deze patiënt al wel medicatie geleverd heb. Omdat wij met de drie apotheken heel nauw samenwerken. En de bezorging gebeurt vanuit deze apotheek. Dus, ik heb bijvoorbeeld medicatiecassettes hier op voorraad. En de andere apotheken hebben dat niet. Dus, als er een recept is voor een medicatiecassette, komt het hier naartoe.”

Apo2: “...en krijg ik weleens klanten van ze of krijg ik überhaupt een bestelling van ze, laten ze hun cassettes bij mij maken, omdat ze weten dat ik dat goed doe, en ik ben flexibeler, want ik heb die cassettes op voorraad liggen, dus ik heb ze dezelfde middag nog in huis. Die andere moet ze bestellen en dat kan soms twee werkdagen duren. En, dus, wat dat betreft, heb ik gewoon een voordeel. En doordat ik dat bekend heb gemaakt en dat zo heb georganiseerd, komen ze bij mij. Ja, kun je wel vervelend vinden, maar je baalt gewoon dat je het zelf niet hebt bedacht.”

Apo16: “We doen het nog in het apothekersoverleg met alle apothekers die voor ons bedrijf werkzaam zijn, eens in de zoveel tijd het protocol nog eens even doornemen. “Hebben we het allemaal gereed? Was er een casuïstiek, die ons tot ander denken aanzet?”

## Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat de verstrekking van euthanatica voor apothekers geen normaal farmaceutisch handelen is. Niet alleen door de aard en het doel van de middelen maar ook door de discontinuïteit in behandelrelatie tussen apotheker en patiënt. De verstrekking vraagt van de apotheker een persoonlijk en een professionele afweging. Voor een zorgvuldige afweging heeft de apotheker contextuele informatie over de patiënt en diens verzoek nodig. Door discontinuïteit in de behandelrelatie bij de verstrekking van euthanatica is de apotheker voor deze informatie aangewezen op de arts. Dit stelt bijzondere eisen aan de communicatie en de samenwerking tussen apotheker en arts. Deze bijzondere eisen worden vanuit de WTL niet ondersteund en blijken in de dagelijkse praktijk niet altijd vanzelfsprekend. Daar komt bij dat euthanasie en hulp bij zelfdoding een maatschappelijk precair thema is. De verstrekking van de daarvoor aangewezen dodelijke middelen kan met meningen, emoties en taboe gepaard gaan. Bij een verzoek voor het verstrekken van euthanatica of middelen voor hulp bij zelfdoding bevindt de apotheker zich in een spanningsveld. Niet alleen binnen de apotheek, de instelling en de geografische setting maar ook in relatie met patiënten, naasten, collegae, opleiders, artsen, medewerkers en werkgevers. De apotheker beheert de sleutel tot de medicijnkast. De maatschappelijke ontwikkelingen naar liberalisatie van euthanasie en de toename van complexe casuïstiek kan er toe leiden dat de apotheker toenemend onder druk komt te staan bij een verzoek tot verstrekken van euthanatica. Voor de KNMP als beroepsorganisatie is een belangrijke rol weggelegd bij het verhelderen van de verantwoordelijkheid van de apotheker voor de farmaceutische zorg bij het levenseinde en het verstevigen van de positie bij het bereiden en verstrekken van euthanatica voor een duurzame en zorgvuldig euthanasie praktijk.

## Aanbevelingen

Uit dit onderzoek naar perspectieven van apothekers en hun ervaringen met levenseindezorg zijn aanbevelingen af te leiden voor verbeteren van de farmaceutische zorg.

- Inzet van KNMP als beroepsorganisatie
  - Verhelderen en verstevigen van de maatschappelijke rol en positie van de apotheker door uitwerken kernwaarden van de apotheker voor levenseindezorg
  - Transparantie en formalisering taak en rol apotheker in wet- en regelgeving, inclusief Rte's, bij euthanasie en hulp bij zelfdoding
  - Transparantie en formalisering van eigen zorgvuldigheidscriteria voor apotheker

- Regelgeving doorleveren bereidingen euthanatica
- Beschikbaarheid van de middelen
- Uniform en kostendekkend tarief voor farmaceutische levenseindezorg
- Ondersteuning individuele apothekers bij incidenten en calamiteiten bij levenseindezorg
- Opleiding en educatie
  - Kennis van de richtlijn euthanasie bevorderen
  - Inter-professionele educatie arts en apotheker levenseindezorg
  - Communicatie over levenseindezorg met patiënt en naasten, collega's, apothekemedewerkers en artsen
  - Aandacht voor morele dimensie van levenseindezorg en inzicht in de rol van persoonlijke en professionele waarden
  - Bevoegdheid meewerken aan verzoek koppelen aan expertise/registratie
  - Kaderapothekers (SCEN-apothekers) levenseindezorg opleiden en beschikbaar maken
  - Intervisie complexe casuïstiek levenseindezorg
- Verbetering van de KNMG/KNMP richtlijn
  - Richtlijn met expliciet beschreven gedeelde en eigen verantwoordelijkheid
  - Continuïteit farmaceutische zorg bij levenseinde door behandelrelatie apotheker-patiënt te borgen.
  - Gezamenlijke voorbereiding, nabespreking, afronding en registratie
  - Duidelijk omschreven criteria/definitie voor een euthanasieverzoek
  - Duidelijk omschrijven tijdig aankondigen verzoek door arts. Bijvoorbeeld tegelijk met inschakelen onafhankelijke (SCEN-)arts
  - Duidelijk omschrijven tijdig en voldoende informatie over situatie patiënt
  - Orale methode evalueren
- Samenwerking apothekers onderling
  - Regionale kaderapotheker (SCEN-apotheker)
  - Regionaal op voorraad houden en beschikbaar maken van de middelen
  - Persoonlijke en intercollegiale nazorg na afronden van een euthanasie
  - Protocol werkafspraken voor noodsituaties
- Samenwerking met artsen
  - Bevorderen kennis en inzicht in taken en verantwoordelijkheden apothekers
  - Besef dat er sprake is van buitengewoon farmaceutisch handelen
  - Beschikbaarstelling benodigde contextuele patiënt informatie
  - Afronden en evalueren na een euthanasie

1. Corbin J, Strauss A. Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*. *Qual Sociol* 1990; DOI:1007/BF00988593.
2. Ritchie J, Lewis J. *Analysis: practices, principles, processes. Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers*. London: Sage 2007.

## 2 Dilemmacasuïstiek apothekers in opleiding tot openbaar apotheker

Wilma Göttgens

Voor het onderdeel Professionaliteit en Farmaceutische Ethiek (P&FE) in de vervolgopleiding Openbaar Apotheker leveren apothekers in opleiding (ApIOS) dilemmacasuïstiek aan ter voorbereiding op de centrale dagdelen. ApIOS krijgen in de opleidingspraktijk te maken met verzoeken van artsen voor het verstrekken van euthanatica of middelen voor hulp bij zelfdoding. Regelmatig wordt een dilemma rond een euthanasiecasus beschreven en ingestuurd voor P&FE. Om zicht te krijgen op de problemen die zich voor kunnen doen in de opleidingspraktijk rond levenseindezorg is een aantal dilemmacasus die betrekking hebben op euthanasie geanalyseerd.

### Methode

Voor dit onderzoek is een selectie gemaakt uit een totaal van 1156 ingezonden dilemmacasus uit 2015 van 13 groepen ApIOS (ongeveer 216 ApIOS). De geselecteerde casus zijn geanonimiseerd en geordend. Vervolgens is door de onderzoekers onafhankelijk van elkaar onderzocht welk dilemma de apotheker beschrijft en welk probleem de onderzoekers hierin herkenden.

### Selectie

De selectie van dilemmacasus waarin euthanasie benoemd werd vond plaats door *text search* in de verzamelde casuïstiek van 1156 dilemmacasus met de zoekwoorden <euthana\*> of <levenseind\*>. Deze selectie leverde 40 casus op. Uit deze selectie werd één casus geëxcludeerd die niet aan de instructies voor casusbeschrijving voldeed en 11 casus geëxcludeerd van ApIOS die geen toestemmingsverklaring hadden ingevuld voor het gebruik van de casuïstiek voor onderwijs en onderzoek. Na exclusie bleven 28 dilemmacasus over voor onderzoek.

### Analyse

De casuïstiek werd door vier onderzoekers (AH, EvL, MD en WG) onafhankelijk van elkaar onderzocht aan de hand van twee vragen:

- Wat is het dilemma volgens de apotheker?
- Welk probleem herkent u in deze casus?

De onderzoekers noteerden hun visie op de vragen, ieder vanuit de eigen expertise, in een tabel. De uitkomsten werden verzameld en beoordeeld op relevante verschillen van interpretatie van de casuïstiek (WG) tussen de verschillende onderzoekers.

### Resultaten

Uit de dilemma's die ApIOS beschreven kwamen de volgende problemen naar voren:

Gewetensbezwaar op grond van religieuze motieven werd afgewogen tegenover de autonome keuze van de patiënt en de zorgplicht voor een terminale patiënt. Apothekers waren soms onvoorbereid bij een verzoek voor het verstrekken van euthanatica terwijl de opleider niet beschikbaar was.

Een apotheker gaf aan overvallen te worden door een verzoek dat één dag voor de geplande euthanasie werd ingediend. Ook onzekerheid over het handelen kwam naar voren door onbekendheid met de richtlijn of over de vraag hoe de middelen beschikbaar konden worden gesteld. Onzekerheid over wat goed is om te doen werd beschreven in relatie met onvoldoende inzicht in de verschillende rollen van de verzoekende arts, de SCEN-arts en de eigen rol.

Bij complexe casuïstiek met psychiatrisch lijden werd door de apotheker beschreven dat deze zich onder druk gezet voelde door een arts van de Levenseindekliniek om binnen korte tijd een beslissing te nemen over het verstrekken van de middelen.

Tijdsdruk werd vaker beschreven als onderdeel van het probleem. Ook emoties speelden een rol bij het ervaren van een dilemma. Incidenten met grote impact op de apotheker werden beschreven.

Onduidelijkheid over het uitwisselen van gegevens bij het ontbreken van direct contact met de patiënt werd benoemd.

Afwijken van de richtlijn door de arts, bijvoorbeeld door het niet toedienen van de spierrelaxans, werd als dilemma ervaren. Ook het niet terug ontvangen van de reserveset werd beschreven als probleem. De apotheker beschreef een vertrouwensbreuk met de arts vanwege twijfel of de aangevraagde set wel voor de aangegeven patiënt gebruikt werd of omdat kennelijk een set op voorraad werd gehouden bij de arts.

Ontbreken van de mogelijkheid voor intercollegiaal overleg bij afwezigheid van de opleider en het belang van het beschikbaarheid van een ervaren collega werden benoemd. Apothekers verwezen soms door naar een collega vanwege twijfel aan de eigen competenties en ongemakkelijke communicatie met de verzoekende arts. In geval de opleider uit principiële overwegingen niet werd betrokken bij aanvragen voor euthanasie ontbrak voor de ApIOS de mogelijkheid zich te bekwamen in deze professionele activiteit.

Situaties waarin de arts bij weerstand uitweek naar een andere apotheker werden als knelpunt ervaren, evenals het ongevraagd overnemen van toekomstige euthanasieverzoeken door een buurtapotheker. Het onderling bespreken van deze casuïstiek vraagt aandacht.

Ook het ontbreken van een passend tarief kwam naar voren uit de casuïstiek en gaf aanleiding tot loyaliteitsproblemen en zakelijke verantwoording van het handelen.

Onderzoekers herkenden de door de apotheker beschreven dilemma's als probleem en plaatsten opmerkingen over de beschreven situaties vanuit de eigen expertise.

### **Conclusie en aanbevelingen**

Apothekers in opleiding kunnen moeilijkheden ervaren bij complexe vraagstukken rond euthanasie en hulp bij zelfdoding. Onzekerheid over de eigen rol en verantwoordelijkheid kon in de casusbeschrijvingen gerelateerd worden aan de fase van ontwikkeling tot eindverantwoordelijk apotheker. Kennis en expertise op het gebied van wet- en regelgeving en farmaceutische zorg rond het levenseinde, zoals palliatieve zorg en euthanasie zijn niet altijd voldoende op orde op het moment van de zorgvraag. Dat vraagt aandacht voor het beroep dat voor deze specifieke zorgvragen op apothekers in opleiding gedaan kan worden.

In het opleidingstraject van de ApIOS is de feedback van de opleider bij zorgvragen rond het levenseinde van eminent belang. Bij niet beschikbaar zijn van de opleider is het voorts van belang dat de apotheker terug kan vallen op een andere ervaren collega. Ook zou meer gebruik gemaakt kunnen worden van de beschikbare expertise bij KNMP.

Het regionaal beschikbaar zijn van een kader- of SCEN-apotheker kan in verschillende opzichten voorzien in kennis en expertise die zowel in het opleidingstraject als in het algemeen bij speciale zorgvragen vereist is.

Aanbevelingen die afgeleid zijn uit de analyse van de interviews van apothekers zijn evenzeer van toepassing op de apothekers in opleiding.

### 3 Vragenformulieren KNMG/KNMP richtlijn

Marianne Dees en Annemieke Horikx

#### Inleiding

De KNMG en de KNMP stelden in 2010 een expertgroep samen die de opdracht kreeg een richtlijn voor effectieve en veilige uitvoering van euthanasie of hulp bij zelfdoding te maken. De richtlijn beoogde het euthanasietraject vanaf het verzoek tot aflevering van de middelen aan de apotheker tot en met het retourneren van lege ampullen en/of flacons en overgebleven medicatie. Dit resulteerde in de KNMG/KNMP Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding 2012.<sup>1</sup> De Richtlijn geeft apothekers en artsen advies over een in de praktijk goed toepasbare, effectieve en veilige uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding. De richtlijn beschrijft de situatie vanaf het moment dat de arts een verzoek tot aflevering van euthanatica bij de apotheker doet tot en met de komst van de lijkschouwer.

Apothekers en artsen worden niet dagelijks geconfronteerd met de uitvoering van euthanasie. Daarom behoren zij vooraf de uitvoeringsprocedure gezamenlijk door te nemen. Na afloop is het belangrijk dat de apothekers en artsen samen de uitvoering nabespreken. Er kunnen zich zaken hebben voor gedaan die een volgende keer kunnen worden vermeden.

Bijlagen XIII en XIV van de richtlijn bevatten een vragenformulier voor respectievelijk apothekers en artsen. Hen wordt verzocht dit vragenformulier in te vullen en te retourneren met als doel de adviezen in de Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding aan de praktijkervaringen te toetsen en waar nodig bij te stellen.

#### Onderzoeksdoel

Inzicht in de wijze van samenwerking tussen arts en apotheker, de gebruikte middelen en eventuele knelpunten, bevorderende factoren en verbeterpunten in het verloop van de uitvoering van de euthanasie.

#### Onderzoeksvragen

1. Welke bevorderende factoren, knelpunten en verbetermogelijkheden beschrijven apothekers bij medewerking aan euthanasie of hulp bij zelfdoding.
2. Welke bevorderende factoren, knelpunten en verbetermogelijkheden beschrijven artsen na uitvoering van euthanasie of hulp bij zelfdoding.
3. Hoe beschrijft de apotheker de samenwerking met de arts na uitvoering van euthanasie in de zorg rondom het levenseinde?

#### Methode

Voor dit onderzoek werden alle binnengekomen vragenformulieren uit de periode van eind augustus 2012 tot medio september 2014 kwantitatief en kwalitatief geanalyseerd. De kwantitatieve gegevens werden geordend en er werd gekeken naar eventuele trends en relaties van de vragen afzonderlijk en van sets van vragen. De kwalitatieve gegevens werden in een spreadsheet verzameld en vanuit de verschillende referentiekaders van de onderzoekers, farmacologisch (AH,WG), ethisch (EL) en medisch (MD), onafhankelijk van elkaar, geanalyseerd. De oogst van deze kwalitatieve analyse werd binnen de onderzoeksgroep bediscussieerd en gebundeld. Integratie van de kwantitatieve en kwalitatieve resultaten, de mixed method aanpak, brengt de cijfers tot leven met achtergrond

---

<sup>1</sup> KNMG/KNMP Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding 2012: <https://www.knmp.nl/downloads/richtlijn-uitvoering-euthanasie-en-hulp-bij-zelfdoding.pdf> (geraadpleegd WG 24 februari 2017)



informatie uit de dagelijkse praktijk. De combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve dataverzamelmethode is een vorm van triangulatie die de validiteit van onderzoeksresultaten vergroot.

## Resultaten

### Data en context

In de periode van eind augustus 2012 tot medio september 2014 werden 1912 formulieren door artsen en 1311 formulieren door apothekers ingestuurd. Om een uitspraak te kunnen doen over de representativiteit van de gegevens uit de vragenformulieren werden deze naast de gegevens uit het jaarverslag 2013 van de RTE's gelegd.<sup>2</sup> In 2013 werden 4829 keer euthanasie of hulp bij zelfdoding aan de Rte gemeld. Daaruit kan geconcludeerd worden dat in de onderzoeksperiode artsen in ruwweg 20% van hun casus een verslag in stuurden en apothekers in ongeveer 13%. (Tabel 4)

**Tabel 4 Setting KNMG/KNMP vragenlijsten versus jaarverslag RTE's 2013**

Setting vragenlijsten	KNMG/KNMP	Artsen	Apothekers	Setting jaarverslag RTE's	Artsen
Thuis		79%	82%	Thuis	79%
Hospice of verpleeghuis		12 %	10%	Hospice	6%
				Verpleeghuis	3%
				Verzorgingshuis	6%
Ziekenhuis		3%	3%	Ziekenhuis	5%
Anders		4%	3%	Elders	1%
Onbekend		2%	2%		

De plaats van overlijden zoals die door de artsen en apothekers in de KNMG/KNMP vragenlijsten werd vermeld kwam in grote lijnen overeen met de aantallen uit het jaarverslag 2013 van de RTE's. De indeling in de KNMG/KNMP vragenlijsten was anders dan die van de RTE's. (Tabel 5)

**Tabel 5 Diagnosen artsen KNMG/KNMP vragenlijsten versus jaarverslag RTE's 2013**

Diagnosen vragenlijsten	KNMG/KNMP	Artsen	Diagnosen jaarverslag RTE's	Artsen
Kanker		68%	Kanker	74%
Neurologie, overige		3%	Aandoeningen zenuwstelsel	6%
ALS		2%		
Multiple sclerose		1%		
COPD/ longemfyseem		3%	Aandoeningen longen	4%
Hart- en vaatziekten		3%	Hart- en vaatziekten	5%
CVA		1%		
Dementie, Alzheimer		2%	Dementie	2%
Psychisch lijden		1%	Psychiatrische ziektebeelden	1%
Aids		0%		
			Multipole ouderdomsaandoeningen	5%
Overige ziekte		9%	Overigen	3%

<sup>2</sup> Jaarverslag Regionale Toetsingscommissie Euthanasie 2013: <https://www.euthanasiacommissie.nl/de-toetsingscommissies/uitspraken/jaarverslagen/2013/nl-en-du-fr/nl-en-du-fr/jaarverslag-2013>

Niet vermeld	7 %		
--------------	-----	--	--

In de KNMG/KNMP vragenlijsten werd de diagnose wel aan de arts en niet aan de apotheker gevraagd. De indeling in de KNMG/KNMP vragenlijsten was anders dan die van de RTE's. Rekening houdend met de verschillen in indeling kwamen de diagnoses uit de KNMG/KNMP vragenlijsten en het jaarverslag van de RTE's in grote lijnen overeen.

### ***Kwantitatieve analyse***

Uit het vergelijken van de data van de vragenlijsten en die van het jaarverslag 2013 van de RTE's blijkt dat door artsen na ongeveer 20% van de gemelde euthanasie uitvoeringen een vragenlijst werd geretourneerd. Door apothekers werd dat na ongeveer 13% van de uitvoeringen gedaan. Het is onbekend in welke mate de vragenlijsten van apothekers en artsen over dezelfde casuïstiek ging. Het is ook onbekend of het dezelfde artsen en apothekers zijn die altijd of nooit een vragenlijst insturen en in hoeverre de problematische of juist de routine casuïstiek werd ingestuurd. De getallen moeten dan ook met terughoudendheid worden geïnterpreteerd.

De casuïstiek uit de KNMG/KNMP vragenlijsten is qua diagnoses en setting vergelijkbaar met de casuïstiek van het jaarverslag 2013 van de RTE's (Tabel 4 en 5). Daarmee kan er vanuit worden gegaan dat zaken die genoemd worden aangaande de uitvoering zeggingskracht hebben als het gaat over de uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding in de periode van eind augustus 2012 tot medio september 2014.

Het op verschillende manieren combineren van de vragen uit de vragenlijsten bracht geen statistisch relevante trends of relaties aan het licht.

#### *Opvallende zaken in de aantallen*

##### *1. Lidocaïne*

Het al dan niet gebruiken van lidocaïne werd veelvuldig genoemd. Artsen meldden bij 78% van de intraveneuze uitvoeringen lidocaïne te gebruiken, er werd in 3% melding gemaakt van pijnklachten ondanks of juist door de lidocaïne. In de open vragen werden problemen met en twijfels over lidocaïne gebruik vaak genoemd.

##### *2. Intraveneuze toedieningsweg*

Artsen meldden bij 6% van de uitvoeringen problemen met de intraveneuze toedieningsweg. De aard van de problemen kwam in de open vragen uitgebreid aanbod.

##### *3. Gezamenlijk doornemen*

De artsen gaven aan dat zij bij 86% van de uitvoeringen samen met de apotheker tevoren het protocol hadden doorgenomen. De apothekers meldden in 82% van de vragenlijsten dat ze aan de arts instructies over het voor toediening gereedmaken, toepassen en bewaren van de euthanatica hadden gegeven.

### ***Kwalitatieve analyse***

Kwalitatieve analyse van de vragenlijsten bracht zeven thema's aan het licht. (Tabel 6)

##### *1. Samenwerking (taken en rollen)*

Uit de kwalitatieve analyse kwam naar voren dat de richtlijn in de praktijk als een geschikt vertrekpunt voor samenwerking tussen arts en apotheker bij de uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding werd ervaren en kan dienen als vertrekpunt bij het maken van lokale samenwerkingsafspraken. De analyse verheldert de dimensionaliteit van de rol van de apotheker als zorgverlener, medebehandelaar en verstrekker in de context van de uitvoering van euthanasie.

Onderling vertrouwen is één van de thema's die naar voren kwam als vruchtbare bodem voor samenwerkingsafspraken. Tijdige communicatie, het delen van de context van de patiënt, gezamenlijke voorbereiding, professionele verstreking, uitwisseling van ervaringen en kennis, evaluatie waardoor noch de apotheker noch de arts er alleen voor komt te staan, worden genoemd als bouwstenen van een professionele samenwerking.

## *2. Anticiperen en voorbereiden*

De analyse maakt duidelijk dat artsen bij de uitvoering tegen problemen aanlopen die soms te voorzien waren geweest en mogelijk voorkomen hadden kunnen worden als tevoren nagedacht was over patiëntgebonden, contextuele en organisatorische factoren. In de vragenlijsten werd door artsen en apothekers een scala van problemen rondom de intraveneuze toegangsweg beschreven. Het inschakelen van thuiszorg of ambulance bleek geen garantie voor de aanwezigheid van een toegankelijke intraveneuze toedieningsweg. Uit de vragenlijsten kwam ook naar voren dat door een proactief overleg tussen apotheker en arts een aantal knelpunten en onverwachte gebeurtenissen voorkomen had kunnen worden. Dit betrof zaken als het toedieningsgemak, de aanwezigheid van een set reservematerialen en voorbereid zijn op euthanasie na falen van hulp bij zelfdoding.

## *3. Competenties rond uitvoering*

De analyse brengt aan het licht dat het niet vanzelfsprekend is dat artsen in staat zijn een infuusnaald te plaatsen. Dit is voor artsen één van de onverwachte factoren die de rust rondom de uitvoering kunnen verstoren. Daarnaast leunt de beschikbaarheid en het gebruik van de juiste materialen en middelen in belangrijke mate op de deskundigheid van de apotheker. Diens bekendheid met het gebruik van bijvoorbeeld de elastomeerpomp en het onderschrijven van belang van de beschikbaarheid van een noodset bij zowel de intraveneuze als de orale methode werden beschreven als essentieel voor een professionele uitvoering. Uit de vragenlijsten kwam naar voren dat er verschillend wordt gedacht over de noodzaak van het verstrekken van een reserveset. Opmerkelijk zijn beschrijvingen waarbij artsen twifelen over de vaststelling dat de dood is ingetreden.

## *4. Symptomen tijdens uitvoering*

Artsen en apothekers beschrijven diverse symptomen die tijdens de uitvoering, voor de arts onverwachts, optraden. Er worden problemen beschreven die te maken hebben met de inname van de barbituraatdrank zoals misselijkheid, braken en in slaap vallen voordat het is opgedronken. Daarnaast wordt beschreven dat de premedicatie spiertrekkingen kan geven, hoestklachten, vroege coma-inductie of juist toegenomen helderheid. Lidocaïne komt in veel vragenlijsten terug en de meningen zijn verdeeld. Zo wordt beschreven dat pijn optreedt bij toedienen van barbituraat nadat lidocaïne is gegeven, maar ook dat er dan geen pijn optreedt. Ook wordt beschreven dat de lidocaïne zelf pijn veroorzaakt. Er zijn artsen die geen meerwaarde zien in het gebruik van lidocaïne en het nooit toedienen en apothekers die het om die reden niet verstrekken. Onverwachte symptomen die door artsen en apothekers in de vragenlijsten werden beschreven na de toediening of inname van de coma-inductor zijn pijn, oro-faryngeale sensatie, warmtesensatie, hypercapnie, heftig zichtbaar oprichten en verbale reactie, luchtwegsymptomen, lichamelijke onrust en gastro-intestinale symptomen.

## *5. Duur tot overlijden*

Uit de analyse kwam naar voren dat artsen verschillen in hun kennis, belevingen en verwachtingen over de gewenste tijd tussen het moment van toedienen of innemen van de coma-inductor, de snelheid van de coma-inductie en de duur tot aan het overlijden.

## *6. Verbetering richtlijn*

Uit de analyse van de door apothekers en artsen ingezonden vragenlijsten komen diverse suggesties voor verbetering van de richtlijn naar voren. Zo wordt voorgesteld legitimatie verplicht te stellen bij

het verstrekken van de euthanatica aan de arts. Ook wordt voorgesteld een stappenplan toe te voegen om zo de praktische bruikbaarheid van de richtlijn voor de apotheker te vergroten. Daarnaast wordt een checklist geopperd die de apotheker kan ondersteunen bij zijn besluitvorming als een arts een verzoek tot verstrekking euthanatica aan de apotheker richt. Ook worden suggesties gedaan voor bereidingsprotocollen, een benodigdhedenlijst en een uitvoeringsinstructie voor de arts. Er is behoefte aan het kennen van de voordelen van het gebruik van de elastomeer pomp en een instructie voor bijzondere toegangswegen zoals een Port a-cath, PICC-lijn of PEG-sonde.

#### *7. Randvoorwaarden, setting en infrastructuur*

Uit de analyse komt naar voren dat er juridische onduidelijkheid bestaat over de rol van de apotheker. Ook werd aandacht gevraagd voor heldere financieringsafspraken voor apothekers over het verstrekken van euthanatica en hulpmiddelen. Daarnaast werd de behoefte aan passende ICT ondersteuning voor ondermeer receptuur verwoord. De beschikbaarheid van de middelen op landelijk, regionaal en lokaal niveau werd als aandachtspunt beschreven. De invloed van contextuele factoren zoals die van de apotheekhoudende huisarts, de instellingsapotheker die zich gebonden weet aan het instellingsprotocol en de apotheker in loondienst die vaste werktijden hanteert, komen naar voren. De bespreekbaarheid van het verstrekken van euthanatica binnen het apothekersteam en de rol van apothekersassistenten worden genoemd als punt van aandacht.

### **Conclusies en aanbevelingen**

Op grond van de analyse van de kwantitatieve en kwalitatieve gegevens uit de KNMG/KNMP vragenlijsten over de periode van eind augustus 2012 tot medio september 2014 kan geconcludeerd worden dat de KNMP/KNMG richtlijn euthanasie of hulp bij zelfdoding 2012 voor apothekers en artsen in de praktijk een geschikt vertrekpunt is voor samenwerking bij de uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Op grond van de analyse willen wij aanbevelingen doen voor verbetering van de samenwerking tussen arts en apotheker en het verloop van de uitvoering van de euthanasie. Deze aanbevelingen betreffen de randvoorwaarden, de richtlijn zelf en de KNMG/KNMP vragenlijsten.

#### ***Randvoorwaarden***

- *Professionalisering van de samenwerking*
- *Helderheid juridische positie van de apotheker*
- *Verbeteren van kennis van wettelijke en professionele kaders*
- *Passende financiering euthanatica, hulpmiddelen, bereiding en verstrekking*
- *Bewustzijn van en aandacht voor impact op apotheker en diens medewerkers*

Samenwerking tussen apothekers, artsen en andere betrokken zorgprofessionals is essentieel voor een voor alle betrokkenen optimale uitvoering van euthanasie. Gezamenlijke scholing, met als uitgangspunt het leren kennen van eigen en elkaars wettelijke en professionele kaders, is een passende stap om tot inzicht en afspraken te komen betreffende taken en rollen. Daarnaast vraagt de verstrekking van euthanatica door de apotheker een heldere juridische positionering. Deze ontbreekt, in tegenstelling tot bijvoorbeeld in Canada, in de Nederlandse wetgeving. Bij een professionele verstrekking van euthanatica hoort een passende financiële regeling. Medewerking aan de uitvoering van euthanasie kan impact hebben op alle betrokkenen. Niet alleen op de arts en de apotheker maar ook op al dan niet direct betrokken medewerkers binnen het apothekersteam. Bewustzijn van en aandacht voor deze impact behoren een plaats te hebben in de dagelijkse praktijk.

#### ***Richtlijn***

- *Kennis van de inhoud en het gebruik van de richtlijn*
- *Stappenplan, bereidingsprotocollen en benodigdhedenlijst*
- *Expliciteren gezamenlijke voorbereiding en evaluatie door arts en apotheker*

- *Heroverweging gebruik lidocaïne*
- *Heroverweging advies premedicatie*

De richtlijn biedt duidelijke handvatten voor de uitvoering van euthanasie. Verbetering van het gebruik in de dagelijkse praktijk vraagt creatieve implementatie strategieën waarbij een koppeling tussen de receptuur en richtlijn een optie zou kunnen zijn. Elektronische koppelingen met een stappenplan, bereidingsprotocollen en een benodigdhedenlijst kan bijdragen aan de praktische bruikbaarheid. In een stappenplan behoort de gezamenlijke voorbereiding en evaluatie door arts en apotheker als vast onderdeel te worden opgenomen. Gezien de opmerkingen over het gebruik van lidocaïne en het advies over premedicatie stellen wij voor de passage daarover in de richtlijn te heroverwegen.

#### ***Vragenlijsten KNMG/KNMP richtlijn***

- *Vragen passend maken aan de doelen van de vragenlijst*
- *De vragen aan arts en apotheker op elkaar afstemmen*
- *Indeling en terminologie afstemmen met de jaarverslagen van de RTE's*
- *Jaarlijkse evaluatie van de KNMG/KNMP vragenlijsten data*

De huidige vragenlijsten hebben tot doel de adviezen in de KNMG/KNMP Richtlijn te toetsen aan de praktijkervaringen en zo nodig bij te stellen. In de huidige vorm genereren de vragenlijsten veel data maar de bruikbaarheid voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen heeft beperkingen. Ons advies is doel en vragen van de vragenlijsten te heroverwegen en zodanig op elkaar af te stemmen dat de antwoorden geschikt zijn voor het beoogde doel. Het toevoegen van vragen over de setting en apotheker van zowel apotheker als arts, en de vraag naar leeftijd, geslacht en culturele achtergrond van de apotheker heeft meerwaarde. Een geanonimiseerde koppeling tussen de vragenlijst van apotheker en arts geeft inzicht in de gebeurtenissen en binnen casuïstiek. Daarnaast willen wij de aanbeveling doen bij de setting en diagnose van de casus dezelfde indeling te hanteren als de RTE's. Als laatste adviseren wij de data van de KNMG/KNMP vragenlijsten jaarlijks te evalueren en te publiceren.

**Tabel 6 Thema's en elementen KNMP/KNMG richtlijn vragenlijsten**

<b>Thema's</b>	<b>Elementen</b>
<b>Samenwerking (taken en rollen)</b>	Belang lokale afspraken arts en apotheker met richtlijn als uitgangspunt
	Apotheker als zorgverlener, medebehandelaar, verstrekker van de middelen
	Afspraken over bereidheid snelle aflevering en afleveren buiten kantooruren
	Tijdige afstemming, aanvraag en receptuur door arts aan apotheker
	Gevolgen afleverdruk
	Belang vertrouwen tussen arts en apotheker
	Delen consultatie verslag met apotheker
	Gezamenlijke (voor)bereiding
	Verhouden met SLK - uitvoeringswensen
	Afwijken van de richtlijn
	Organisatie intraveneuze toedieningsweg
	Apotheker standby tijdens/aanwezig bij uitvoering
	Retourneren reserveset/materialen door arts
<b>Anticiperen en voorbereiden</b>	Invloed van patiënt/context gebonden factoren op uitvoering
	Zorgen voor toedieningsgemak
	Zorgen voor intraveneuze toedieningsweg
	Anticiperen op mogelijke toedieningsproblemen
	Aanwezigheid reservematerialen en -set
	Overlijdensduur orale methode
	Euthanasie na hulp bij zelfdoding
<b>Competenties rond uitvoering</b>	Intraveneuze toegangsweg door arts
	Rust bewaren bij onverwachte zaken rondom uitvoering
	Gebruik juiste materialen voor toediening door arts
	Deskundigheid apotheker materialen en middelen
	Bereidheid verstrekken noodset en/of elastomeerpomp
	Kennen snelheid coma-inductie euthanasie en HBZ
	Euthanasie na hulp bij zelfdoding
	Bekwaamheid vaststellen dood
<b>Symptomen tijdens uitvoering</b>	Drank inname problemen
	Premedicatie problemen: spieractiviteit/hoesten/ kort effect/helderheid/coma
	Pijnsensatie ondanks/op lidocaïne
	Ademhalingsdepressie/overlijden tijdens coma-inductie
	Circulatie afname na toediening coma-inductor/spierrelaxans
	Pijn bij toediening thiopental/propofol
	Oro-faryngeale sensatie thiopental/propofol
	Warmte sensatie thiopental/propofol
	Hypercapnie thiopental/propofol
	Heftige zichtbare en verbale reactie thiopental/propofol
	Symptomen luchtwegen bij toediening thiopental/propofol/ orale barbituraat
	Spieractiviteit/ onrust na toediening (orale) barbituraat/ spierrelaxans
	Gastro-intestinale symptomen
<b>Duur</b>	Geprolongeerde coma-inductie orale methode
	Falen orale methode
	Snelheid coma-inductie intraveneuze methode
	Overlijden tijdens coma-inductie
	Snelheid overlijden

	Ervaren duur tot overlijden
<b>Suggesties ter verbetering richtlijn</b>	Legitimatieplicht bij ophalen euthanatica
	Stappenplan organisatie verbetering bruikbaarheid
	Checklist apotheker met vragen aan arts verzoek bij verstrekking
	Bereidingsprotocollen
	Benodighedenlijst
	Voordelen elastomeerpomp opnemen
	Instructie Port a-cath, PICC, PEG
	Uitvoeringsinstructie voor arts
	Tips voor onervaren artsen
	Het optimaliseren etikettering spuiten
	Transport kit euthanatica
	Instructie stopzetten pacemaker/ICD
	Orale methode, alternatief respectievelijk contra-indicaties
	Premedicatie optimaliseren of weglaten
	Lidocaïne weglaten of dosis verhogen
	Het standaard toedienen van spierrelaxans na orale methode
	Advies over spierrelaxans na overlijden tijdens coma-inductie
	Hoe te handelen bij complicaties
	Middelen bij orgaandonatie
	Aanbeveling aan collegae arts en apotheker: doe het niet alleen
Vragenlijsten voor arts en apotheker verbeteren	
<b>Randvoorwaarden, infrastructuur en setting</b>	Juridische onduidelijkheid rol apotheker
	Ontbreken financiering euthanatica en elastomeerpomp
	ICT ondersteuning receptuur
	Beschikbaarheid middelen
	Apotheekhoudend huisarts
	Afwijkend ziekenhuis protocol
	Beschikbaarheid ketenapotheker ANW
	Bespreekbaarheid binnen apotheekteam
	Rol apothekersassistenten bij bereiding
	Reserveset aanwezigheid

## 4 Juridisch deelonderzoek

Martin Buijsen\*

### 1. Inleiding

Deze notitie heeft als doel in kaart te brengen welke wettelijke kaders en professionele standaarden van belang zijn voor apothekers bij het verlenen van farmaceutische zorg bij euthanasie en hulp bij zelfdoding. Daartoe onderscheid ik twee juridische regimes. Om te beginnen zet ik het overwegend civielrechtelijke kader uiteen, dat de regels bevat die van toepassing zijn op de apotheker als hulpverlener in de zin van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Deze regels hebben betrekking op diens 'normale' beroepsmatige handelen. Daarna behandel ik het strafrechtelijke kader, dat de regels bevat die toezien op euthanasie en hulp bij zelfdoding, die relevant zijn voor de rol en de positie van de apotheker die bij deze feiten betrokken is, en die bijgevolg betrekking hebben op diens 'niet-normale' beroepsmatige handelen. Beide worden vervolgens in samenhang gezien, waarbij ik besluit met enkele observaties over de verhouding tussen de arts en de apotheker, observaties die gebaseerd zijn op casuïstiek, ingevulde apothekersformulieren en interviews. Ten slotte zal ik bij wijze van conclusie volstaan met enkele aanbevelingen.

### 2. Het civielrechtelijke kader

#### 2.1 De apotheker als hulpverlener

De apotheker is hulpverlener in de zin van de WGBO, d.w.z.: de artikelen 7:446-468 Burgerlijk Wetboek (BW). Apothekers kunnen als natuurlijke persoon of als rechtspersoon ('de apotheek') partij zijn bij overeenkomsten inzake geneeskundige behandeling. Is eenmaal een dergelijke overeenkomst tussen een apotheker en zijn wederpartij (de opdrachtgever, gewoonlijk de patiënt) tot stand gekomen, dan rusten op de partijen bij die overeenkomst rechten en verplichtingen, waarbij de verplichtingen van de een de rechten van de ander zijn. De verplichtingen die op de apotheker rusten corresponderen dus met de rechten van de patiënt. Omwille van de belangen van de partij die gewoonlijk de zwakkere is in relaties met hulpverleners - de patiënt dus - zijn die rechten wettelijk vastgelegd, zodanig dat in de overeenkomst niet ten nadele van de patiënt kan worden afgeweken.<sup>3</sup>

Eén van de patiëntenrechten van de WGBO betreft het zogenaamde goed hulpverlenerschap van artikel 7:453 BW. De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en daarbij handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners voortvloeiende standaard. In de WGBO wordt het begrip 'professionele standaard' gebruikt als een containerbegrip; deze standaard dient primair door de betrokken beroepsgroepen zelf te worden ingevuld, waarmee de wettelijke norm van goed hulpverlenerschap dus een open norm is.

#### 2.2 De professionele standaard

Anders dan wel wordt gedacht mag van de professionele standaard nimmer worden afgeweken. Het niet halen van de professionele standaard is een tekortkoming, ook in de civielrechtelijke betekenis van het woord. De professionele standaard moet niet worden verward met de beroepsnormen, op te

---

\*Martin Buijsen is als hoogleraar Recht & gezondheidszorg verbonden aan het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg en de Erasmus School of Law van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

<sup>3</sup> Artikel 7:468 BW



stellen door de beroepsgroep, die aan de professionele standaard invulling moeten geven.<sup>4</sup> Van de beroepsnormen (protocollen, richtlijnen, standaarden en gedragsregels) mag gemotiveerd worden afgeweken wanneer het belang van de individuele patiënt dat vergt. Dat moet zelfs. Niet afwijken van de betreffende beroepsnorm zou in een dergelijk geval een tekortkoming zijn: de professionele standaard wordt niet gehaald. En niet handelen in overeenstemming met een toepasselijke beroepsnorm waar deze wel gevolgd moet worden, komt evenzeer neer op een tekortkoming. Overigens bestaat de ruimte voor gemotiveerd afwijken van beroepsnormen alleen voor beroepsnormen die betrekking hebben op het technisch-inhoudelijke handelen, op kunstnormen. Van beroepsnormen die toezien op andere aspecten van het beroepsmatige handelen, te weten de bescherming van patiëntenrechten of de organisatie van de zorgverlening (regels met betrekking tot dossiervoering, modelwaarneemregelingen e.d.) mag nimmer worden afgeweken.<sup>5</sup>

De professionele standaard dient primair te worden ingevuld door de beroepsgroep van apothekers zelf. Daarnaast heeft ook de wetgever regels gesteld die deel uitmaken van de standaard. Men denke aan de bepalingen van de WGBO zelf. Ook elders in de wetgeving wordt op een vergelijkbare manier naar de professionele standaard verwezen. De professionele standaard is een kwaliteitsnorm, en waar de Wet op de beroepen in de individuele zorg (BIG) en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) spreken van goede beroepsuitoefening resp. goede zorg, is de betekenis niet wezenlijk anders.<sup>6</sup> De professionele standaard, ingevuld door beroepsnormen, vormt uiteindelijk tevens het toetsingskader van de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ).

Niet handelen in overeenstemming met de professionele standaard, tekortschieten dus als hulpverlener, heeft in de verschillende juridische contexten verschillende gevolgen. In het civiele recht kan het leiden tot het ontstaan van een verplichting tot schadevergoeding. In het tuchtrecht heeft handelen in strijd met de professionele standaard doorgaans de oplegging van een maatregel tot gevolg. In het klachtrecht levert een tekortkoming een gegronde klacht op. In het bestuursrecht kan het leiden tot een bevel van IGZ of een schriftelijke aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, en in het strafrecht ten slotte, wanneer handelen in strijd met de professionele standaard dood of lichamelijk letsel door schuld tot gevolg heeft, tot oplegging van een gevangenisstraf of een geldboete.

### 2.3 Beroepsnormen

De professionele standaard wordt ingevuld door beroepsnormen. Deze kunnen kunstnormen zijn, maar kunnen ook betrekking hebben op andere aspecten van het beroepsmatige handelen. Deze beroepsnormen kunnen aan het papier zijn toevertrouwd of niet. Verder kunnen deze beroepsnormen als protocol, richtlijn, standaard, gedragsregel, etc., door het leven gaan. In de kwaliteitskunde hebben deze namen welomlijnde betekenissen, maar in de praktijk kan een richtlijn met de naam 'protocol' zijn getooid en omgekeerd, en kunnen normen die als 'standaarden' door het leven gaan feitelijk gedragsregels zijn. Een beroepsnorm heeft voor een individuele beroepsbeoefenaar meer of minder betekenis. De betekenis van een beroepsnorm voor een individuele beroepsbeoefenaar is afhankelijk van factoren als de wetenschappelijke onderbouwing, het gezag van de opstellende instantie, het bereik van de norm, de wijze waarop de norm onder woorden is gebracht, etc. Belangrijk is ook dat het toepassingsbereik van een beroepsnorm niet per definitie samenvalt met de leden van een beroepsorganisatie, indien deze organisatie de normerende instantie is. Dat een apotheker geen lid (meer) is van de KNMP wil nog niet zeggen dat

---

<sup>4</sup> Zo is het gebruik van de term 'professionele standaard' onjuist, of op zijn minst verwarrend, in M.-H. Schutjens, *Juridische betekenis van professionele standaarden voor farmaceutische zorg*, opgesteld ten behoeve van de KNMP (3 februari 2014).

<sup>5</sup> M. Buijsen, 'Richtsnoeren voor artsen: hun toepassing in de rechtspraak', in *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2000/1, p. 19-33.

<sup>6</sup> Zie artikel 40 BIG en artikel 2, tweede lid, Wkkgz. Goede zorg in de zin van de Wkkgz is verantwoorde zorg in de zin van de oude Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI), die tot 1 januari 2016 gold, gevoegd bij het goede hulpverlenerschap van de WGBO, aangevuld met de aspecten van tijdigheid en veiligheid.

de normen die deze organisatie stelt, voor het handelen van hem of haar van geen betekenis (meer) zijn.<sup>7</sup>

De belangrijkste beroepsnormen voor de apotheker zijn afkomstig van beroepsorganisatie KNMP en zijn te vinden op haar website. Zo heeft de KNMP beroepsnormen opgesteld met betrekking tot professionaliteit: het *Handvest van de apotheker*, waarin de beginselen zijn uiteengezet, die onder meer gespecificeerd worden in de *Beroepscode*, de *Nederlandse Apotheek Norm* (NAN) en een *Sociale media Code*. Met betrekking tot de technische aspecten van het handelen kent de KNMP richtlijnen die aanbevelingen bevatten voor het verlenen van farmaceutische zorg alsook beschrijvingen van de randvoorwaarden die nodig zijn om goede zorg te verlenen: de *KNMP-richtlijnen farmaceutische zorg* en de *KNMP-richtlijnen praktijkvoering*. Ten slotte is de KNMP betrokken bij de totstandkoming van verschillende multidisciplinaire richtlijnen. Eén van die multidisciplinaire richtlijnen is de richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* (2012), opgesteld met artsenorganisatie KNMG.

### 3. Het strafrechtelijke kader

#### 3.1 Euthanasie en hulp bij zelfdoding

Levensbeëindiging op verzoek ('euthanasie') en hulp bij zelfdoding gelden in Nederland als strafbare feiten. De delicten zijn omschreven in de artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht (WvSr) en het betreft feiten die met gevangenisstraf en geldboete zijn bedreigd. Met de komst van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in 2002 (WTL, gewoonlijk 'Euthanasiewet' genoemd) is aan de strafbepalingen een bijzondere strafuitsluitingsgrond toegevoegd: de feiten zijn niet strafbaar indien zij begaan zijn door artsen die daarbij voldoen aan de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 WTL, en daarvan mededeling doen aan de gemeentelijke lijkschouwer overeenkomstig artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging (WLB).

Slechts artsen kunnen een beroep doen op de bijzondere strafuitsluitingsgrond van artikel 293, tweede lid, en artikel 294, tweede lid laatste volzin, WvSr, niet-artsen dus niet. Daarmee is niet gezegd dat de feiten strafbaar zijn wanneer zij begaan zijn door een arts die niet heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen of van de feiten geen mededeling heeft gedaan aan de gemeentelijke lijkschouwer. Ook na de komst van de Euthanasiewet is de mogelijkheid van het doen van een beroep op de algemene strafuitsluitingsgrond van artikel 40 WvSr blijven bestaan. Artsen kunnen zich dus altijd nog op overmacht in de zin van artikel 40 WvSr beroepen, wanneer zij – zoals gezegd – geen beroep op de bijzondere strafuitsluitingsgrond kunnen doen. Die mogelijkheid bestaat ook voor niet-artsen die euthanasie begaan of hulp bij zelfdoding bieden. Albert Heringa, die zijn 99-jarige moeder in 2008 hielp met sterven, deed bij het Hof met succes een beroep op overmacht in de zin van artikel 40 WvSr.<sup>8</sup>

#### 3.2 Deelneming

Omdat zij geen beroep kunnen doen op de bijzondere strafuitsluitingsgrond is voor verpleegkundigen in richtlijnen vastgelegd dat het uitvoeren van euthanasie of het bieden van hulp bij zelfdoding uitsluitend medische handelingen zijn. Verpleegkundigen zijn volgens die richtlijnen gehouden geen uitvoerende handelingen te verrichten bij de toediening van euthanatica en de uiteindelijke beslissing om al dan niet over te gaan tot euthanasie wordt door de behandelend arts genomen. Volgt een verpleegkundige de richtlijnen, dan kan hij of zij niet als (mede)pleger van de strafbare feiten euthanasie en hulp bij zelfdoding worden gestraft.

Maar deelneming aan strafbare feiten kent meerdere vormen. Weliswaar wordt de uiteindelijke beslissing om al dan niet over te gaan tot euthanasie of het bieden van hulp bij

<sup>7</sup> M. Buijsen, 'Richtsnoeren voor artsen: hun toepassing in de rechtspraak', in *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2000/1, p. 19-33.

<sup>8</sup> Hof Arnhem-Leeuwarden, 13 mei 2015, *GJ* 2015/86 (met nt T.M. Schalken), ECLI:NL:GHARL:2015:3444.

zelfdoding door de behandelend arts genomen, maar de meest betrokken verpleegkundige (al dan niet deel uitmakend van een multidisciplinair team) kan met zijn of haar specifieke deskundigheid een bijdrage aan de besluitvorming leveren. Ook kan een arts de verpleegkundige vragen om aanwezig te zijn bij de uitvoering om de patiënt en/of de arts te ondersteunen en om te assisteren bij de voorbereiding van de technische uitvoering. Dergelijk handelen van verpleegkundigen is weliswaar niet te kwalificeren als daderschap in de zin van plegen, doen plegen of medeplegen, maar deelneming in de vorm van medeplichtigheid in de zin van artikel 48 WvSr behoort wel tot de mogelijkheden. Als medeplichtigen van een misdrijf worden gestraft: 1. zij die opzettelijk behulpzaam zijn bij het plegen van het misdrijf, en 2. zij die opzettelijk gelegenheid, middelen of inlichtingen verschaffen tot het plegen van het misdrijf. En levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding zijn misdrijven, géén overtredingen.

Verpleegkundigen die medeplichtigheid aan deze feiten verweten wordt, zullen zich - willen zij niet strafbaar zijn - op overmacht in de zin van artikel 40 WvSr moeten beroepen. Voor apothekers is dat niet anders. Daarbij moet worden bedacht dat een arts die euthanasie verleent of hulp bij zelfdoding biedt, om aan de zorgvuldigheidseisen van de Euthanasiewet te voldoen en aldus gevrijwaard te blijven van strafvervolgning, aangewezen is op de diensten van een apotheker.

### 3.3 Zorgvuldige uitvoering

Eén van de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 293, tweede lid, WvSr houdt in dat de arts de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.<sup>9</sup> Aan deze eis is handen en voeten gegeven in de richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* (2012), opgesteld door artsenorganisatie KNMG en apothekersorganisatie KNMP.

De richtlijn bedoelt artsen en apothekers te adviseren over een in de praktijk goed toepasbare, effectieve en veilige uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Uitgangspunt is dat de patiënt zeker en binnen afzienbare tijd dient te overlijden en het sterven zelf niet ervaart. De richtlijn beschrijft de situatie vanaf het moment dat de arts een verzoek tot aflevering van euthanatica bij de apotheker doet tot en met het retourneren van de restanten en de noodset door de arts. Het betreft een richtlijn die als alle richtlijnen wenselijke en/of noodzakelijke afwijkingen in individuele situaties toelaatbaar acht. Handelen in afwijking van de richtlijn mag, maar vergt wel argumentatie en documentatie. De richtlijn doet geen uitspraken over het besluitvormingsproces voorafgaand aan de uitvoering of over andere manieren om het lijden van patiënten te verminderen.

Volgens de richtlijn is de arts eindverantwoordelijk voor de medisch zorgvuldige uitvoering van de euthanasie of hulp bij zelfdoding, inclusief de keuze en dosering van de gebruikte middelen. Alleen de arts mag de euthanatica toedienen of de patiënt behulpzaam zijn bij inname. Voor de overige voor artsen geldende zorgvuldigheidseisen verwijst de richtlijn naar de Euthanasiewet, het *Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie* en het *Standpunt over de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde*.

Volgens de richtlijn controleert de apotheker of het farmaceutisch technisch handelen rond de levensbeëindiging op verantwoorde wijze en met de juiste middelen in de juiste dosering plaatsvindt. De apotheker is verantwoordelijk, indien hij of zij de spuiten, elastomeerpomp, infuuszak of de drank bereidt, voor de bereiding en de etikettering. De zorgvuldigheidscriteria voor de apotheker, in een aparte bijlage beschreven en uitgebreid toegelicht op de site van de KNMP, hebben betrekking op het besluit tot aflevering van de euthanatica, de controle van de middelen, de dosering en de toedieningsweg op juistheid voor de patiënt, het verzoek tot aflevering, de bereiding en de aflevering.<sup>10</sup>

## 4. Beide kaders samen bezien

### 4.1 'Normaal' en 'niet normaal' medisch handelen

<sup>9</sup> Artikel 2, eerste lid onder f, WTL

<sup>10</sup> KNMG/KNMP, Richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*, augustus 2012.

De WGBO ziet toe op 'normaal' geneeskundig handelen. De WGBO bevat regels inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst, waarmee de relatie tussen een hulpverlener en zijn opdrachtgever naar Nederlands recht contractueel is. Bij de totstandkoming van een overeenkomst zijn partijen voor wat betreft hun afspraken gebonden aan de grenzen die door het recht worden getrokken. Artikel 3:40 BW bedreigt met nietigheid elke rechtshandeling die in strijd is met een wettelijk voorschrift, met de goede zeden of met de openbare orde.

In artikel 3:40, tweede lid, BW staat als hoofdregel dat een rechtshandeling die in strijd is met een dwingende wetsbepaling, nietig is. Onder het begrip dwingende wetsbepaling vallen voornamelijk bepalingen in wetten in formele zin. Zo is een overeenkomst tussen een opdrachtgever en een huurmoordenaar nietig wegens strijd met een regel uit een wet in formele zin, te weten het WvSr: artikel 289 (moord) en artikel 47 (uitlokking van moord). Omdat ook euthanasie en hulp bij zelfdoding strafbaar gesteld zijn in het WvSr, kunnen deze handelingen geen deel uitmaken van een afspraak tussen en patiënt en een hulpverlener in het kader van geneeskundige behandeling.

Gezegd wordt daarom wel dat de regels van de WGBO betrekking hebben op 'normaal' medisch handelen. De patiënt die een verzoek tot hulp bij zelfdoding door zijn arts niet gehonoreerd weet, kan hem of haar niet betichten van wanprestatie. Het inwilligen (of juist niet-inwilligen) van verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding is dan ook geen eis van goed hulpverlenerschap in de zin van artikel 7:453 BW. Van de regels die wel toezien op euthanasie en hulp bij zelfdoding, en die deel uitmaken van het strafrechtelijke kader, wordt dan wel gezegd dat zij betrekking hebben op 'niet normaal' medisch handelen.

De richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*, opgesteld door artsenorganisatie KNMG en apothekersorganisatie KNMP, bevat onmiskenbaar beroepsnormen. Maakt zij dan ook deel uit van de professionele standaard van artsen en apothekers?

#### *4.2 De richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding als onderdeel van de professionele standaard*

De richtlijn maakt op een bijzondere wijze deel uit van de professionele standaard van artsen en apothekers. Bijzonder, want voorwaardelijk: de beroepsnorm maakt slechts deel uit van de professionele standaard wanneer de betrokken beroepsbeoefenaar zelf vindt dat de norm deel uitmaakt van zijn professionele standaard. Bij 'gewone' beroepsnormen bepaalt de groep dat, bij een 'bijzondere' norm als de richtlijn is dat de individuele hulpverlener zelf. Daarbij kan de hulpverlener ook weigeren deze beroepsnormen toe te laten tot de standaard om redenen die niets met de beroepsuitoefening van doen hebben.

Het al dan niet toelaten van deze normen tot de standaard heeft gevolgen voor de individuele beroepsbeoefenaar in een drietal contexten. In de civielrechtelijke context is het niet zo dat gezegd kan worden dat het niet inwilligen van een verzoek tot euthanasie of hulp bij zelfdoding van een patiënt niet-nakoming van een geneeskundige behandelingsovereenkomst door een arts oplevert. Het is geen eis van goed hulpverlenerschap om op dergelijke verzoeken in te gaan, zoals het ook geen eis van goed hulpverlenerschap is om ze niet in te willigen. Een civielrechtelijk verwijt kan hem of haar dan ook niet gemaakt worden.

Het niet inwilligen van dergelijke verzoeken levert voor een arts evenmin een tuchtrechtelijk verwijt op. De arts die niet ingaat op een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding handelt niet in strijd met de tuchtnorm van artikel 47 BIG. De arts die een dergelijk verzoek wel wil inwilligen, en daarbij de beroepsnormen van de richtlijn volgt, handelt evenmin in strijd met de tuchtnorm. Maar de arts die wil inwilligen en daarbij niet handelt in overeenstemming met die de beroepsnormen, schendt de tuchtnorm wel en hem of haar kan een tuchtrechtelijk verwijt gemaakt worden. Zo'n hulpverlener moet in beginsel oplegging van een tuchtmaatregel vrezes.

De arts die niet ingaat op een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding, zal zich niet bezondigen aan een strafbaar feit. Een strafrechtelijk verwijt zal hem of haar niet gemaakt kunnen worden. De arts die wel ingaat op een dergelijk verzoek, zal geen strafbaar feit begaan indien hij de zorgvuldigheidseisen van de Euthanasiewet in acht neemt, en van het feit mededeling doet aan de gemeentelijke lijkschouwer. Zo'n arts kan evenmin een strafrechtelijk verwijt gemaakt kunnen

worden. De arts die een of meer eisen niet in acht neemt, of van het feit geen melding doet, begaat wel een strafbaar feit. Zo'n arts kan zich niet beroepen op de bijzondere strafuitsluitingsgrond van artikel 293, tweede lid, WvSr. Als hij of zij zich evenmin kan beroepen op de algemene strafuitsluitingsgrond van artikel 40 WvSr moet hij of zij een strafrechtelijk verwijt vrezen. Zo'n arts kan vervolgd worden voor het bieden van hulp bij zelfdoding, levensbeëindiging op verzoek of (afhankelijk van de zorgvuldigheidseisen die niet in acht genomen zijn): doodslag (artikel 287 WvSr) of moord (artikel 289 WvSr).

#### *4.3 Normaal en niet normaal farmaceutisch handelen*

Voor de apotheker heeft de richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* dezelfde betekenis. Ook voor de apotheker maken deze beroepsnormen voorwaardelijk deel uit van diens professionele standaard. Hoewel de gevolgen van het wel of niet volgen van de normen voor de apotheker veel minder duidelijk in het positieve recht te zien zijn, zijn zij in de verschillende contexten dezelfde.

Een apotheker die een arts geen euthanatica verstrekt, handelt daarmee niet in strijd met de eis van goed hulpverlenerschap in de zin van artikel 7:453 BW. Dat doet hij evenmin als hij die middelen wel verstrekt. Een apotheker die niet verstrekt, schendt ook de tuchtnorm van artikel 47 BIG niet. Verstrekt hij of zij de euthanatica wel, en neemt hij of zij daarbij de beroepsnormen in acht, dan hoeft een tuchtrechtelijk verwijt evenmin verwacht te worden. Neemt de apotheker de normen niet in acht, dan moet hij - net als de arts - vrezen voor een maatregel. En ook zal de apotheker die geen euthanatica verstrekt zich niet bezondigen aan een strafbaar feit. Strafvervolgning wegens medeplichtigheid aan hulp bij zelfdoding, euthanasie, doodslag of moord hoeft hij of zij in dat geval niet te vrezen.

Maar als hij of zij de euthanatica wel verstrekt, dan blijken de zaken voor de apotheker in de strafrechtelijke context beduidend minder duidelijk te zijn. Dat is vreemd, omdat de arts voor euthanasie en hulp bij zelfdoding aangewezen is op de diensten van de apotheker. Zonder medewerking van de laatste geen euthanasie of hulp bij zelfdoding, althans niet in overeenstemming met de wettelijke eisen van zorgvuldigheid.

#### *4.4 De arts en de apotheker*

De arts die besluit een verzoek tot euthanasie of hulp bij zelfdoding in te willigen, gaat zich begeven zich in de sfeer van het niet normale medische handelen, een sfeer die geregeerd door regels van strafrecht. Datzelfde geldt voor de apotheker die een verzoek van een arts tot aflevering van euthanatica overweegt. Terwijl voor de arts meer dan duidelijk is dat hij of zij een keuze heeft ten aanzien van de opnemings van de betreffende beroepsnorm in de professionele standaard, is dat voor de apotheker alvast veel minder helder. Slechts op het niveau van de richtlijn is gesteld dat hij of zij om principiële redenen aflevering kan weigeren.<sup>11</sup> Op het niveau van wet- en regelgeving is niet zichtbaar dat de richtlijn een voorwaardelijke is, voor artsen is dat wel het geval.

Ook zal voor de apotheker – anders dan voor de arts – niet onmiddellijk duidelijk zijn dat een terrein begaan wordt dat door het strafrecht bestreken wordt, en wat daarvan de consequenties kunnen zijn. De arts die bij verlening van euthanasie of hulp bij zelfdoding in overeenstemming met de zorgvuldigheidseisen en voorschriften van de meldingsprocedure handelt, ontnemt de strafbaarheid aan het feit. De arts die dat doet ontnemt ook voor de apotheker de strafbaarheid aan het feit. Indien de arts de regels juist toepast, hoeft de apotheker - vooropgesteld dat deze ook in overeenstemming met de richtlijn gehandeld heeft - niet te vrezen voor strafvervolgning wegens medeplichtigheid aan hulp bij zelfdoding, euthanasie, doodslag of moord. Maar op voorhand weet de apotheker uiteraard niet of de arts die zich meldt voor aflevering van euthanatica zorgvuldig gehandeld heeft. Of en hoe hij of zij zich daarvan moet vergewissen, is niet duidelijk. De richtlijn stelt slechts dat de arts de apotheker desgevraagd voldoende op de hoogte moet stellen over de voor de apotheker relevante achtergronden. In een toelichtende voetnoot valt vervolgens te lezen dat de

---

<sup>11</sup> KNMG/KNMP, Richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*, p. 11.

apotheker bijvoorbeeld kan informeren of een andere onafhankelijke arts is gevraagd.<sup>12</sup> Maar wat zijn voor de apotheker relevante achtergronden? Ook hij of zij is ten slotte een hulpverlener die over meer of minder kennis over zijn cliënten beschikt. Deze onduidelijkheden kleuren de relaties tussen artsen en apothekers die betrokken zijn bij euthanasie of hulp bij zelfdoding en geven aanleiding tot spanningen.

## 5. Observaties

Uit de bestudeerde casus, de ingevulde apothekersformulieren en de getranscribeerde interviews komt naar voren dat uiteenlopende problemen zich tussen artsen en apothekers kunnen voordoen in de verschillende stadia van het proces naar euthanasie of hulp bij zelfdoding. Hieronder beschrijf ik welke problemen zich in de verschillende fasen kunnen voordoen, te beginnen bij het verzoek van de arts aan de apotheker om afgifte van euthanatica.

### 5.1 De thuisapotheek

Merkwaardig genoeg komt het voor dat huisartsen niet de eigen apotheker van de patiënt die om euthanasie of hulp bij zelfdoding vraagt om afgifte van euthanatica verzoeken. Huisartsen die bijvoorbeeld samen met een apotheker in een gezondheidscentrum gevestigd zijn, kunnen een voorkeur hebben voor die apotheker, ook wanneer dat niet de apotheker is van de patiënt. Voor de arts is dat wellicht gemakkelijk, maar die apotheker heeft uiteraard niet die kennis van de patiënt die diens eigen apotheker wel heeft. Hoewel het min or meer vanzelfsprekend is om de apotheker van de patiënt om de euthanatica te verzoeken, gebeurt dat niet altijd, ook niet wanneer van die kant geen blijk is gegeven van gewetensbezwaren.

### 5.2 Gewetensbezwaren

Omdat het bij de afgifte van euthanatica gaat om niet-normale farmaceutische zorg, kan een apotheker - net als een arts - medewerking weigeren vanwege gewetensbezwaren. Deze gewetensbezwaren geven aanleiding tot verschillende problemen.

Om te beginnen lijkt het niet altijd duidelijk te zijn dat om deze redenen afgifte van euthanatica geweigerd kan worden. Uit de casus komt naar voren dat een apotheker er goed aan doet zijn standpunt ter zake te hebben bepaald vooraleer hij als apotheker werkzaam gaat zijn. Een beginnende apotheker dient daarvoor gewetensonderzoek te verrichten en moet daarvoor de ruimte krijgen. Het moet duidelijk zijn dat het niet-normale farmaceutische zorg betreft, waarmee de apotheker zich in de sfeer van het strafrecht begeeft. Als een beginnende apotheker nog geen standpunt heeft kunnen bepaald, zou doorverwezen moeten worden.

Een apotheker die besloten heeft om vanwege gewetensbezwaren aan verzoeken om afgifte van euthanatica geen medewerking te verlenen, doet er goed aan dit standpunt ruime bekendheid te geven. Ook wanneer apothekers en artsen onbekend zijn met elkaar, in waarneemsituaties bijvoorbeeld, moet informatie over gewetensbezwaren gemakkelijk te verkrijgen zijn, niet alleen voor de arts maar ook voor collega-apothekers. Bij voorkeur zou verwezen moeten worden naar een apotheker die ook bekend is met de patiënt.

Ten slotte kan het voorkomen dat een apotheker werkzaam is bij een instelling die een beleid ter zake van euthanasie voert dat anders luidt dan het standpunt van de betreffende apotheker. De gewetensbezwaren van een apotheker die werkzaam is in een apotheek die wel euthanatica afgeeft, moeten worden gerespecteerd. Ook hij of zij kan niet tot medewerking aan afgifte gedwongen worden. De apotheker die wel tot medewerking bereid is, maar werkt in een apotheek waarin om principiële redenen niet tot afgifte wordt overgegaan, dient goede afspraken met zijn werkgever te maken.

---

<sup>12</sup> KNMG/KNMP, Richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*, p. 45.

### *5.3 Verzoeken door anderen dan artsen*

Het is niet altijd de arts die naar euthanatica vraagt. Soms zijn het ook patiënten zelf of familieleden van patiënten die naar middelen met het oog op zelfdoding informeren. Daargelaten de vraag wat de zorgplicht van de apotheker in zulke situaties behelst, moet in ieder geval duidelijk gecommuniceerd worden dat afgifte van euthanatica uitsluitend aan artsen geschiedt.

### *5.4 Tijdsdruk en gezagsargumenten*

Uit sommige casus komt naar voren dat artsen apothekers soms weinig tijd gunnen om tot een afgewogen beslissing omtrent afgifte te komen. Apothekers ervaren nogal eens tijdsdruk. De arts komt met de patiënt gewoonlijk een tijdstip van overlijden overeen, en dit tijdstip wordt de apotheker als een gegeven gepresenteerd. Als er weinig tijd zit tussen het verzoek van de arts en het afgesproken moment van overlijden, kunnen apothekers tijdsdruk ervaren.

Apothekers kunnen met gezagsargumenten door artsen onder druk gezet worden. Een apotheker die niet onmiddellijk om wat voor een reden gehoor geeft aan het verzoek van een arts om euthanatica, verdient inhoudelijke argumenten, geen beroep op ervaring of bijzondere kennis of deskundigheid. Het argument dat slechts de arts het risico loopt strafrechtelijk vervolgd te worden, is formeel juridisch onjuist.

### *5.5 Twijfels bij de apotheker*

Ook een apotheker die geen gewetensbezwaren tegen euthanasie of hulp bij zelfdoding koestert, en dus in beginsel tot afgifte van euthanatica bereid is, kan aarzelingen hebben. Aan die aarzelingen kunnen zeer verschillende omstandigheden ten grondslag liggen. Zo kan de apotheker onbekend zijn met de verzoekende arts. Artsen die aan de Levensindekliniek verbonden zijn, zijn doorgaans vreemden voor de apotheker. Aarzelingen zullen er vooral zijn als er de wetenschap is dat de eigen arts het verzoek tot euthanasie of hulp bij zelfdoding heeft afgewezen. De apotheker kan ook te maken krijgen met verzoeken ten behoeve van patiënten die hem of haar onbekend zijn.

Ook kan de apotheker betwijfelen of aan de zorgvuldigheidscriteria van de WTL voldaan is. Blijkens de casus doet zich dat nogal eens voor bij psychisch lijden, waarvan ook de apotheker niet snel aanneemt dat dat uitzichtloos is, of bij existentieel lijden (levensmoeheid). De huisarts kan ook vragen om andere middelen dan in de richtlijn is voorgeschreven.

In al deze situaties heeft een apotheker die in beginsel geen bezwaren heeft tegen afgifte van euthanatica behoefte aan informatie. Omdat niet alleen de arts, maar ook van de apotheker niet-normale zorg wordt verlangd, en ook de laatste zich begeeft in de sfeer van het strafrecht, heeft de apotheker informatie nodig om tot een goede afweging te komen.

### *5.6 Meedenken over de uitvoering*

De apotheker heeft specifieke kennis van de middelen. Ook heeft hij enige kennis van de patiënt als het een eigen patiënt betreft. De arts die om verstrekking van middelen verzoekt, heeft vaak al met de patiënt afgesproken op welke wijze de levensbeëindiging zal plaatsvinden: euthanasie of hulp bij zelfdoding. Als bijvoorbeeld een 23-jarige vrouw met anorexia zelfdoding wil met behulp van een door de arts te verstrekken drankje, moet de laatste open staan voor adviezen van de apotheker. De huisarts geeft misschien graag gehoor aan de specifieke wensen van de patiënt, maar de apotheker zal het nodig vinden om de arts erop te wijzen dat opname van de drank door de uitdroging moeilijk zal zijn. Als de apotheker zinnige adviezen te geven heeft, die alleen hij of zij op grond van zijn expertise en kennis kan geven, dan zou de arts daarvoor moeten openstaan. Als de euthanasie of de hulp bij zelfdoding uiteindelijk anders verloopt dan beiden hadden voorzien, dan zou de arts in ieder geval die informatie moeten delen met de apotheker.

### *5.7 Vertrouwen*

Het vertrouwen tussen de apotheker en arts loopt averij op wanneer de eerste het zicht over de omgang met middelen door de laatste verliest. Uit de casus komt een enkele keer naar voren dat

huisartsen overgebleven middelen niet retourneren wanneer de euthanasie of de zelfdoding eenmaal heeft plaatsgevonden. Een enkele keer verzoekt een arts ook om middelen terwijl er geen euthanasie of zelfdoding zal plaatsvinden. Daarbij lijkt het doel steeds te zijn om alvast de beschikking over euthanatica te hebben, voor het geval dat. Komt een apotheker dit ter ore, dan tast dit uiteraard het vertrouwen aan. Uit de casus komt naar voren dat apothekers in dergelijke situaties eigenlijk niet weten wat ze moeten doen.

## 6. Remedies

Uit het bovenstaande komt naar voren dat waar het euthanasie en hulp bij zelfdoding betreft, de verhouding tussen de arts en de apotheker onevenwichtig is. De arts lijkt de apotheker nogal eens te instrumentaliseren. En dat is niet terecht. Om te beginnen betreft het gelijkwaardige hulpverleners op het terrein van het normale medische handelen. Zowel de arts als de apotheker behoort tot een professionele beroepsgroep. En waar zij niet-normaal medisch handelen, begeven beiden zich in de sfeer van het strafrecht. Ook de apotheker die positief op een verzoek tot afgifte van euthanatica beslist, dreigt zich immers te bezondigen aan een strafbaar feit. In navolging van de wetgever lijken artsen daar weinig oog voor te hebben. Het gebrek aan erkenning in de wetgeving van de precare positie van de apotheker lijkt debet aan de scheve verhoudingen op dit terrein. Erkenning van die positie in de wetgeving is dan een voor de hand liggende remedie.

Navraag bij het Expertisecentrum Medische Zaken, ondergebracht bij het Rotterdamse parket, leerde bovendien dat er met betrekking tot het vervolgingsbeleid in zaken van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding voor apothekers - anders dan voor artsen<sup>13</sup> - niets is vastgelegd. Beleidsregels ontbreken en het is raadzaam om als beroepsorganisatie met het openbaar ministerie hierover in overleg te treden.

Maar ook met aanpassing van de beroepsnormen moeten veel van de geschetste problemen ondervangen kunnen worden.

### 6.1 Eigen apotheek eerst

Om te beginnen zou het uitgangspunt moeten zijn dat de eigen apotheek van de patiënt om verstrekking van de euthanatica verzocht wordt, tenzij er gewichtige redenen zijn om hiervan af te wijken. Dit uitgangspunt kan als beroepsnorm in de richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* worden opgenomen. De huidige richtlijn kent dit uitgangspunt niet.

### 6.2 Gewetensbezwaren

Dat weigering vanwege gewetensbezwaren ook voor apothekers een mogelijkheid is, is niet iets waar in de beroepsnormen momenteel uitgebreid aandacht aan wordt besteed. Toch is dat voor de apotheker niet minder het geval dan voor de arts. In de richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* zou geëxpliciteerd moeten worden dat zij van toepassing is op niet normaal farmaceutisch handelen en dat haar normen voorwaardelijk zijn: anders dan de normen die zien op normaal farmaceutische handelen zijn zij pas onderdeel van de professionele standaard na aanvaarding door de individuele beroepsbeoefenaar. De richtlijn zou apothekers moeten aansporen gewetensonderzoek te verrichten en tijdig een standpunt te bepalen. De huidige richtlijn doet welbeschouwd niet meer dan *veronderstellen* dat apothekers om principiële redenen medewerking aan euthanasie (hulp bij zelfdoding blijft onvermeld) kunnen afwijzen.<sup>14</sup>

Het eenmaal ingenomen standpunt moet duidelijk kenbaar gemaakt worden. De richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* moet apothekers verplichten dit standpunt tijdig mee te delen aan artsen, collega-apothekers en medewerkers, zodanig dat voor anderen in het verzorgingsgebied op voorhand duidelijk is of wel of niet medewerking te verwachten valt. De

<sup>13</sup> College van procureurs-generaal, Aanwijzing vervolgingsbeslissing levensbeëindiging op verzoek (Euthanasie en hulp bij zelfdoding), *Stcrt.* 2012, 26 899.

<sup>14</sup> KNMG/KNMP, Richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*, p. 11.



huidige richtlijn verlangt van apothekers slechts dat zij de artsen in het verzorgingsgebied verwittigen.<sup>15</sup>

### 6.3 Redelijke periode

In de richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* is neergelegd dat artsen en apothekers in een verzorgingsgebied een minimale tijd afspreken tussen het indienen van het verzoek en de aflevering van euthanatica.<sup>16</sup> Uit de casus, de ingevulde apothekersformulieren en de interviews komt naar voren dat er tijdsdruk kan optreden, vooral wanneer de verzoekende arts niet uit het verzorgingsgebied afkomstig is, bijvoorbeeld wanneer hij of zij verbonden is aan de Levensindekliniek. Waarschijnlijk is het niet wijs en niet praktisch om termijnen in de beroepsnormen op te nemen. Maar dat ook een arts van elders met een apotheker een minimale tijd moet afspreken, is evident en het is raadzaam de richtlijn in dit opzicht aan te passen.

### 6.4 Aarzelingen

Een apotheker die geen principiële bezwaren heeft tegen afgifte van euthanatica kan om tal van redenen twijfels hebben. De huidige richtlijn geeft apothekers nauwelijks handvatten.<sup>17</sup> Welke vragen mogen zij stellen aan de arts, en welke niet?

In de richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* zou opgenomen kunnen worden dat de arts de apotheker op diens verzoek alle informatie verstrekt die deze nodig heeft om tot een afgewogen oordeel te komen. Het is niet wijs en praktisch om in de beroepsnormen nader aan te geven welke informatie dat zou kunnen zijn (rapport SCEN-arts etc., de redenen van de weigering door de eigen huisarts bij het verzoek om afgifte door – bijvoorbeeld – een Levensindekliniek-arts, etc.). De informatiebehoefte van de apotheker zal afhangen van de omstandigheden.

Niet goed valt in te zien op welke wijze vragen van de apotheker de professionele autonomie van de arts zouden kunnen bedreigen. Anderzijds komt het niet verstrekken van inlichtingen of het gebruik van gezagsargumenten door de arts wél neer op aantasting van de professionele autonomie van de apotheker. De arts dient de apotheker te informeren, met toestemming dan wel medeweten van de patiënt, zodanig dat diens zorgen worden weggenomen.

### 6.5 Advisering en terugkoppeling

De apotheker verkeert meer dan eens in de positie om de arts adviseren over de wijze van levensbeëindiging. Uit de casus, de ingevulde vragenlijsten en de interviews komt naar voren dat deze adviserende rol beter benadrukt zou kunnen worden in de richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*.<sup>18</sup> Doorgaans heeft de arts met de patiënt over de wijze van levensbeëindiging al afspraken gemaakt voordat het verzoek tot afgifte van euthanatica gedaan wordt. De arts en de patiënt kunnen bijvoorbeeld zelfdoding zijn overeengekomen, maar de conditie van de patiënt kan dit in de weg staan. Voorziet een apotheker dit, dan moet hij dit de arts kunnen laten weten omwille van de zorgvuldigheid. Dat kan betekenen dat de arts terugkomt op zijn afspraak, hetgeen vervelend is, óf doorzet, met alle gevolgen van dien.

Ook zou in de beroepsnormen opgenomen moeten worden dat de arts de apotheker informeert over het verloop van euthanasie of hulp bij zelfdoding, in ieder geval wanneer die anders is dan door beiden werd voorzien. Op dit moment is in de richtlijn slechts vastgelegd dat het moment van retourneren een moment is waarop arts en apotheker de euthanasieprocedure *kunnen* evalueren.<sup>19</sup> Uit de casus, de ingevulde vragenlijsten en de interviews komt naar voren dat dit te

<sup>15</sup> KNMG/KNMP, Richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*, p. 11.

<sup>16</sup> KNMG/KNMP, Richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*, p. 11.

<sup>17</sup> Behoudens de voetnoot op p. 45 van de Richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*.

<sup>18</sup> De huidige richtlijn stelt slechts dat 'de apotheker beoordeelt (...) of de voorgeschreven methode, de middelen en de dosering kunnen worden toegepast bij de betrokken patiënt'. Zie KNMG/KNMP, Richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*, p. 11.

<sup>19</sup> KNMG/KNMP, Richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*, p. 18.

vrijblijvend is. In dit verband bevreemdt het ook dat de arts niet gehouden is te zijner tijd de apotheker te informeren over het oordeel van de RTE. Ook deze verplichting zou in de richtlijn opgenomen kunnen worden.

#### 6.6 Vertrouwen

Als overgebleven middelen niet geretourneerd worden of als afgifte plaatsvindt op grond van een welbewust onjuiste voorstelling van zaken door de arts, kan dit gevolgen hebben voor het vertrouwen dat de apotheker in de arts stelt. Dit kan ook de normale zorgverlening nadelig beïnvloeden. Het moet voor apothekers duidelijk zijn hoe zij in dergelijke situaties dienen te handelen. In de richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* zouden procedureregels opgenomen moeten worden.

### 7. Resumerend

Waar het levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding betreft, dient de verhouding tussen artsen en apothekers te worden verbeterd. Het gebrek aan balans is in belangrijke mate terug te voeren op de toepasselijke wet- en regelgeving. Zoals er niet-normaal medisch handelen is, is er ook niet-normaal farmaceutisch handelen. Het eerste verschilt van het laatste onder meer doordat van erkenning van het niet-normale farmaceutisch handelen in het recht geen sprake is. Voor zover dit niet met wet- en regelgeving of beleid ongedaan te maken is, moet de oplossing in zelfregulering gezocht worden. Ik kom dan ook tot de volgende aanbevelingen:

- In het strafrecht zou de betrokkenheid van de apotheker in zaken van euthanasie en hulp bij zelfdoding erkend moeten worden;
- Het vervolgingsbeleid van het openbaar ministerie ten aanzien van de betrokkenheid van apothekers bij euthanasie en hulp bij zelfdoding zou duidelijkheid moeten verschaffen en kenbaar moeten zijn. De beroepsorganisatie zou hiervoor in overleg moeten treden met vertegenwoordigers van het OM;
- In de richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* zou geëxpliciteerd moeten worden dat zij van toepassing is op niet normaal farmaceutisch handelen en dat haar normen voorwaardelijk zijn: anders dan de normen die zien op normaal farmaceutische handelen zijn zij pas onderdeel van de professionele standaard na aanvaarding door de individuele beroepsbeoefenaar;
- Het uitgangspunt dat de eigen apotheek van de patiënt om verstrekking van de euthanatica verzocht wordt, zou als beroepsnorm in de richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* opgenomen moeten worden;
- Aan het al dan niet aanvaarden van de normen van de richtlijn gaat gewetensonderzoek vooraf. De richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* zou apothekers moeten aansporen dit onderzoek te verrichten en tijdig een standpunt te bepalen;
- De richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* moet apothekers verplichten het eenmaal ingenomen standpunt tijdig mee te delen aan artsen, collega-apothekers en medewerkers, zodanig dat voor anderen in het verzorgingsgebied op voorhand duidelijk is of wel of niet medewerking te verwachten valt;
- De richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* dient zodanig te worden aangepast dat de apotheker zoveel als mogelijk gevrijwaard blijft van tijdsdruk;
- In de richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* zou bepaald moeten worden dat de arts de apotheker op diens verzoek alle informatie verstrekt die deze nodig heeft om tot een afgewogen oordeel te komen;
- In de richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* zou opgenomen moeten worden dat de arts de apotheker informeert over het verloop van euthanasie of hulp bij zelfdoding, in ieder geval wanneer die anders is dan door beiden werd voorzien;

- In de richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* zou opgenomen moeten worden dat de arts de apotheker informeert over het oordeel van de RTE;
- In de richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* zou een procedure opgenomen moeten worden, die duidelijkheid verschaft over de te nemen stappen indien overgebleven middelen niet geretourneerd worden of als afgifte plaatsvindt op grond van een welbewust onjuiste voorstelling van zaken door de arts.

## 5 Historisch perspectief

### De rol van de apotheker bij euthanasie in Nederland

Annemieke Horikx en Wilma Göttgens

#### Inleiding

Aandacht voor de rol en verantwoordelijkheid van de apotheker bij euthanasie en hulp bij zelfdoding is niet nieuw. Integendeel; bij de verkenning door de KNMP van het onderwerp euthanasie, eind jaren zeventig van de vorige eeuw, lag het accent juist op dit aspect. De aandacht ging in eerste instantie uit naar de positie van de apotheker en hoe de apotheker een verzoek tot euthanasie tegemoet kon treden, alvorens aandacht te besteden aan de middelen en methoden die nodig waren voor uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding. De publicatie, in 1980, van de brochure getiteld 'Verantwoorde euthanasie' door de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) van de hand van P.V. Admiraal, anesthesist, droeg er aan bij dat in de beginjaren de aandacht van apothekers voor euthanasie met name op ethische aspecten was gericht.

Pas in 1985, zes jaar na de oprichting van de eerste werkgroep Euthanasie, kwam een tweede werkgroep Euthanasie bij elkaar die zich boog over de technische uitvoeringskant van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Dit leidde in 1987 tot de KNMP-publicatie *Technisch rapport over euthanatica*.

In de eerste jaren van de werkgroep Euthanasie (1979-1987) was euthanasie niet alleen bij de KNMP een onderwerp van discussie. Ook buiten de apothekerswereld was er veel discussie rondom euthanasie en werden van overheidswege tal van rapporten gepubliceerd.

In dit historisch overzicht wordt een beeld geschetst van de ontwikkelingen aangaande de rol en verantwoordelijkheid van de apotheker bij euthanasie en hulp bij zelfdoding van 1979 tot en met 2016. Maatschappelijke gebeurtenissen m.b.t. euthanasie die niet direct apothekers raken, zijn niet in dit overzicht opgenomen.

#### Geraadpleegde bronnen

Voor dit historisch overzicht is gebruik gemaakt van het persoonlijk archief van apotheker G.L.M.A. Hage-Noël, aangevuld met artikelen uit het Pharmaceutisch Weekblad, Medisch Contact, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en archiefmateriaal van de KNMP.

#### De beginjaren

In 1979 stuurde de werkgroep *Drechtsteden voor Vrijwillige Euthanasie* een ingezonden brief aan het Pharmaceutisch Weekblad waarin apothekers de vraag werd voorgelegd hoe zij dachten om te gaan met slachtoffers van mogelijke calamiteiten, zoals een kernoorlog, en verzoeken tot het verstrekken van dodelijke middelen bedoeld voor beëindiging van het leven. De redactie van het Pharmaceutisch Weekblad twijfelde over publicatie van deze brief. Namens het Hoofdbestuur van de KNMP overlegde apotheker G.L.M.-A. Hage-Noël enkele malen met de woordvoester van de werkgroep Drechtsteden. Vervolgens publiceerde het Pharmaceutisch Weekblad een verkorte versie van de ingezonden brief.<sup>20</sup>

Eerder al stelden apothekers vragen aan het KNMP-bureau over hoe om te gaan met verzoeken tot het verstrekken van euthanatica. De tijd werd rijp geacht een ad hoc-werkgroep samen te stellen die zich zou buigen over het onderwerp apotheker en euthanasie. De naam ad hoc doet vermoeden dat het Hoofdbestuur, en mogelijk ook de werkgroepleden, verwachtten dat het onderwerp in een paar bijeenkomsten voldoende zou zijn uitgekristalliseerd om tot een advies te kunnen komen. De

---

<sup>20</sup> Wertheim-Elink, C. Toenemende kans op calamiteiten kan de KNMP niet onberoerd laten. Pharm Weekbl 1979;114:104-5. '...om na te gaan of er in Nederland bij voorkomende calamiteiten voldoende middelen voorradig zijn, die slachtoffers, zwaar verminkt, verbrand of op andere wijze onduelbaar pijn lijdend, welke slechts met het intreden van de dood zullen eindigen, op hun verzoek aan een snel einde zullen helpen'.

toevoeging ad hoc verdween vrij snel en anno 2016 staat het complexe en dynamische onderwerp euthanasie nog steeds op de agenda van de KNMP.

De ad hoc-werkgroep Euthanasie, hierna te noemen de werkgroep Euthanasie, kwam op 12 september 1979 voor het eerst bijeen.<sup>21</sup> De werkgroep Euthanasie had als doel informatie te verzamelen over de juridische, ethische en technische aspecten rondom euthanasie en hierover een richtlijn voor apothekers op te stellen. Na de eerste bijeenkomst bleef het rondom de werkgroep Euthanasie een jaar stil.

Op 22 september 1980 werd de werkgroep Euthanasie in allerijl voor een tweede bijeenkomst bijeengeroepen. Directe aanleiding was de ophanden zijnde publicatie 'Verantwoorde euthanasie' van Admiraal in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE). In deze brochure werd beschreven met welke middelen, doseringen en materialen artsen euthanasie konden uitvoeren. Eén van de werkgroepleden merkte op dat als de KNMP, de werkgroep Euthanasie, geen reactie klaar zou hebben, de apothekers '*geheel achter de feiten aan zouden lopen*'.<sup>22, 23</sup>

De werkgroep Euthanasie stelde zich de vraag of de KNMP zich überhaupt met het onderwerp euthanasie moest bezighouden en of publicatie over euthanasie in bijvoorbeeld het Pharmaceutisch Weekblad juridisch verantwoord was. Naar de mening van de in de werkgroep Euthanasie zitting hebbende jurist waren er geen juridische bezwaren tegen publicatie. Hij zag het vraagstuk euthanasie als een individuele verantwoordelijkheid van patiënt, arts en apotheker.

Tijdens de tweede bijeenkomst discussieerden de leden van de werkgroep Euthanasie over de vraag hoe een arts een verzoek voor het beschikbaar stellen van euthanatica aan de apotheker moet richten. Deze discussie is de aanzet geweest van wat later de zorgvuldigheidscriteria voor de apotheker zijn geworden.

In november 1980 ontvingen artsen via de NVVE de brochure van Admiraal. Naar aanleiding van vragen van apothekers waarom alleen artsen en niet ook apothekers deze brochure hadden ontvangen, werd op advies van de werkgroep Euthanasie aan het Hoofdbestuur, in overleg met NVVE, begin 1981 de brochure alsnog aan alle apothekers verzonden.<sup>24</sup>

### **Ontwikkeling van de zorgvuldigheidseisen van apothekers**

In de brochure van Admiraal uit 1980 kwamen met name de technische aspecten voor een effectieve uitvoering van euthanasie aan bod. Na verspreiding van de brochure richtte de werkgroep Euthanasie haar aandacht vooral op de ethische en juridische aspecten van de vraag wat de rol is van apothekers bij euthanasie en hulp bij zelfdoding.<sup>25</sup>

---

<sup>21</sup> De leden waren de apothekers: G.L.M-A. Hage-Noël (hoofdbestuurslid), J. Winters (voorzitter en Hoofdbestuurslid), A.C. van Loenen en vanuit het bureau G.J. Mulder.

<sup>22</sup> Admiraal P.V. Verantwoorde euthanasie, *handleiding voor artsen*. NVVE, Amsterdam, 1980. Deze brochure kan worden beschouwd als de opvolger van het hoofdstuk 'Euthanasie in het ziekenhuis', gepubliceerd in de Nederlandse Bibliotheek der geneeskunde serie, deel 111, getiteld Euthanasie, uit 1977. Admiraal beschreef de techniek en de middelen waarmee euthanasie kon worden uitgevoerd.

Admiraal P.V. Euthanasie in het ziekenhuis. In: Euthanasie, (de Nederlandse Bibliotheek der geneeskunde, deel 111), onder redactie van P. Muntendam. Stafleu's wetenschappelijke uitgeverij, Leiden, 1977.

<sup>23</sup> Brief aan voorzitter werkgroep 'zelfdoding' van G.L.M-A. Hage-Noël, 4 augustus 1980.

<sup>24</sup> In 1983 publiceerde de NVVE, n.a.v. haar tienjarig jubileum, een update van publicatie 'Verantwoorde euthanasie', Admiraal was niet betrokken bij de herziening van de brochure en bevatte in zijn ogen onjuistheden. Hij publiceerde hierover in Medisch Contact, mogelijk dat deze publicatie hierdoor minder zijn weg naar artsen en apothekers heeft gevonden dan de publicatie uit 1980.

Admiraal P.V. Euthanasiebrochure. Med Contact 1983:38;1145-6. alleen gestuurd naar artsen.

<sup>25</sup> Apotheker G.L.M-A. Hage-Noël was hierin een belangrijke aanjager en trekker.

Door de interventie van de werkgroep Euthanasie, waardoor ook apothekers de beschikking kregen over de brochure, waren apothekers vanaf dat moment als beroepsgroep betrokken bij euthanasie. De werkgroep Euthanasie -de toevoeging ad hoc was verdwenen- was van mening dat alle leden van de KNMP over het bestaan van de werkgroep Euthanasie moesten worden geïnformeerd. Dit informeren gebeurde in 1981 middels de eerste KNMP-circulaire over euthanasie.<sup>26</sup> Daarin werd bekendheid aan de binnen de KNMP bestaande werkgroep Euthanasie gegeven en ook waar leden terecht konden voor juridisch advies en vragen over de farmaceutische aspecten.

In tegenstelling tot wat enkele werkgroepleden hadden verwacht en gehoopt, kwamen er nauwelijks reacties op de circulaire. Eén van de leden gaf aan dat dit een gevolg was van het feit dat *'de meeste apothekers niet filosofisch zijn aangelegd'*. Wel was er een reactie vanuit de werkgroep Gereformeerde Apothekers. Hierin werd gesteld dat vanuit hun visie, euthanasie nooit tot de beroepsuitoefening van de apotheker zou mogen behoren. Daarnaast stelden zij dat apothekers die meewerken aan euthanasie, zich op het strafrechtelijk gebied begeven en dat zij hieraan op grond van juridische overwegingen nooit mogen meewerken.<sup>27</sup>

De werkgroep Euthanasie vond deze kritische reactie van grote waarde en nodigde de werkgroep Gereformeerde Apothekers uit zitting te nemen in de werkgroep Euthanasie. Enkele maanden later was de werkgroep Euthanasie een lid rijker.

Hoewel de circulaire weinig reacties teweeg bracht, worstelden apothekers met de vraag hoe het al dan niet afleveren van euthanatica moest worden afgewogen. Apothekers, zo bleek uit vragen gesteld aan de juridische afdeling van de KNMP, hadden behoefte aan concrete handvatten over hoe om te gaan met een verzoek tot aflevering van euthanatica. Om aan deze behoefte tegemoet te komen publiceerde Hage-Noël in het Pharmaceutisch Weekblad van 2 oktober 1981 *'vijf gedragsregels voor apothekers'*.<sup>28</sup>

*De vijf gedragsregels voor apothekers:*

1. Relatie tussen behandelend arts en patiënt;
2. Apotheker moet zekerheid hebben dat de voorschrijver de behandelend arts is en niet een vervanger;
3. Apotheker dient zo volledig mogelijk te worden geïnformeerd over de toestand en beslissing van de patiënt;
4. Het recept (later genoemd: het verzoek) moet rechtstreeks door de arts aan de apotheker worden overhandigd, dus niet via een apothekersassistente;
5. Het euthanaticum moet rechtstreeks door de apotheker aan de arts worden overhandigd.

Deze gedragsregels kwamen grotendeels overeen met de regels die waren opgenomen in het verslag van de werkgroep Euthanasie van 22 september 1980 en die het uitgangspunt vormden voor de latere *'zorgvuldigheidscriteria van apothekers'*. Een belangrijk uitgangspunt van deze publicatie was dat de keuze om wel of niet gehoor te geven aan een verzoek, de persoonlijke verantwoordelijkheid van de apotheker was.<sup>29</sup>

Parallel aan de ontwikkeling van deze gedragsregels stelde de Gezondheidsraad in 1980 de Commissie Advies inzake Euthanasie in. Deze commissie had o.a. als taak opvattingen over euthanasie en hulp bij zelfdoding in de maatschappij in kaart te brengen. Dit als onderdeel van voorbereidende werkzaamheden voor de, naar aanleiding van een in 1978 gedane motie van de

<sup>26</sup> Circulaire nummer 13; 16 maart 1981.

<sup>27</sup> Brief werkgroep Gereformeerde Apothekers aan de werkgroep euthanasie, 3 mei 1981.

<sup>28</sup> Hage-Noël, G.L.M-A. Gedragsregels voor apothekers bij euthanasie. Pharm Weekblad 1981;116:1224—6.

<sup>29</sup> Hage Noël, G.L.M-A. Gedragsregels voor apothekers bij euthanasie en zelfdoding. Pharm Weekbl 1981;116:1224-6.

Tweede Kamer, te installeren Staatscommissie Euthanasie.<sup>30</sup> De Commissie van de Gezondheidsraad had uitdrukkelijk niet als taak de toelaatbaarheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding te onderzoeken. Dit vraagstuk lag op het bordje van de Staatscommissie Euthanasie.<sup>31</sup> De Commissie van de Gezondheidsraad nodigde de KNMP uit een schriftelijke toelichting op de positie van de apotheker bij euthanasie te geven. Ter voorbereiding van deze uitnodiging werd eind november 1981 de notitie '*De betrokkenheid van de apotheker bij euthanasie*' geschreven.<sup>32</sup>

*De betrokkenheid van de apotheker bij euthanasie:*

1. Het verzoek tot afleveren van euthanaticum door een arts dient altijd per recept te gebeuren;
2. Naast het recept zou de apotheker moeten kunnen beschikken over een schriftelijke verklaring van de arts dat inzake de betrokken patiënt wordt voldaan aan de drie voorwaarden van de commissie-Muntendam;<sup>33</sup>
3. Het ware gunstig indien de voorschrijvende arts bekend is aan de betrokken apotheker;
4. Het uitgeschreven recept moet duidelijk zijn gesteld en voldoen aan de voorwaarden, welke o.a. ook aan opiumwetrecepten worden gesteld;
5. Aan de aflevering van het euthanaticum dient overleg tussen de betrokken arts en apotheker vooraf te gaan. De aflevering dient door de apotheker persoonlijk aan de arts te geschieden;
6. Er behoren afspraken te zijn met betrekking tot de verpakking en de tekst op het etiket van het afgeleverde euthanaticum;
7. Men moet bedacht zijn op betekenis en inhoud van de geheimhoudingsplicht van apotheker en arts;
8. Indien het euthanaticum door de arts niet wordt toegepast, behoort hij dit aan de apotheker persoonlijk terug te geven;
9. Er zullen afspraken moeten worden gemaakt over het opbergen van recepten en schriftelijke verklaringen;
10. De apothekersassistenten mogen niet worden belast met enige verantwoordelijkheid verbonden aan het afleveren van euthanatica.

Deze zorgvuldigheidscriteria beschreven, naast de anderhalve maand eerder in het Pharmaceutisch Weekblad gepubliceerde gedragsregels voor apothekers, *hoe om te gaan* met een verzoek tot afleveren van euthanatica, ook de voorwaarden waaraan *een verzoek tot aflevering* van euthanatica dient te voldoen. Onder andere hoe een verzoek dient te zijn opgesteld (voldoen aan voorwaarden

---

<sup>30</sup> In november 1978 werd in de Tweede Kamer een motie aangenomen waarin de regering werd gevraagd een Staatscommissie in het leven te roepen die zich zou buigen over het vraagstuk euthanasie. Ter voorbereiding voor de werkzaamheden van de Staatscommissie werd op 8 april 1980 de commissie voor de Gezondheidsraad, Advies inzake euthanasie geïnstalleerd. Deze commissie van de Gezondheidsraad kreeg als taak om bouwstenen aan te dragen die het mogelijk maakt om de taakstelling van de in te stellen Staatscommissie concreet te maken. De commissie rekende in de eerste plaats tot haar taak een inventarisatie te maken van problemen en moeilijkheden die in de praktijk bij de toepassing van euthanasie en het verlenen van hulp bij zelfdoding voor doen en als tweede taak welke rol in voor de overheid was weggelegd.

<sup>31</sup> Leenen H.J.J. Advies inzake euthanasie, Gezondheidsraad 1982. Ned Tijdschr Geneesk 1982;126:2067.

<sup>32</sup> Zoals één van de werkgroepleden enige jaren later vertelde, zijn deze 10 punten 'op een achternamiddag' geschreven. Er dient bij gezegd te worden dat een aantal punten eerder in het Pharmaceutisch Weekblad waren gepubliceerd en een aantal andere punten betrekking hadden op de zorgvuldigheidseisen van artsen.

<sup>33</sup> De Commissie Muntendam, in 1976 door de NVVE geïnstalleerd, had als een van de taken te onderzoeken of, binnen bepaalde grenzen, straffeloze toepassing van 'vrijwillige euthanasie' in Nederland sociaal aanvaardbaar was en of, wanneer dit het geval is, dit uitdrukkelijk in wetgeving moest worden ondergebracht.

De Commissie concludeerde dat vrijwillige euthanasie toelaatbaar kan zijn wanneer tegelijkertijd aan drie voorwaarden is voldaan: de geïnformeerde patiënt heeft vrijwillig, weloverwogen en ondubbelzinnig te kennen gegeven 'euthanasie' te wensen; de patiënt verkeert in de stervensfase; de uitvoering van de 'euthanasie' geschiedt door de behandelend arts. Uit: Weyers, H.A.M. Euthanasie: het proces van rechtsverandering. Proefschrift 2002, Rijksuniversiteit Groningen, pagina 83.

opiumwetartikel), over etikettering, het opbergen van de verzoeken en het retourneren van niet gebruikte euthanaticum.

Deze tien punten zijn nog steeds herkenbaar in de huidige zorgvuldigheidscriteria van de apotheker in de Richtlijn Euthanasie en Hulp bij Zelfdoding<sup>34</sup>.

Opvallend is dat er geen aandacht was voor de (gewetens)bezwaarde apotheker. De discussie over de ethische vraagstelling rondom afleveren van euthanatica binnen de KNMP was nog niet afgerond. In het rapport Advies inzake Euthanasie van de Gezondheidsraad, mei 1982, zijn de tien punten integraal overgenomen.<sup>35</sup>

De KNMP maakte de publicatie van het rapport van de Gezondheidsraad met de tien zorgvuldigheidscriteria voor apothekers niet direct aan haar leden bekend. Oplettende apothekers die het artikel van Admiraal in het Medisch Contact van mei 1982 hierover lazen, wisten van het bestaan van deze tien criteria.<sup>13</sup> Na aandringen van de voorzitter van de werkgroep Euthanasie werden apothekers op 3 augustus 1982 hierover alsnog, via een ledencirculaire van de KNMP, geïnformeerd.<sup>36, 37</sup>

### **Controverses over de reikwijdte van de ethische en juridische aspecten en de afleverplicht**

In april 1982 werd Hage-Noël voorzitter van de werkgroep Euthanasie.<sup>38</sup> De taakstelling week nauwelijks af van die waarmee de werkgroep Euthanasie in 1979 was gestart. De taakstelling, geformuleerd door de werkgroep Euthanasie en geaccordeerd door het Hoofdbestuur, was dat de werkgroep Euthanasie *het 'Hoofdbestuur adviseert met betrekking tot ethische, juridische en farmaceutische aspecten verbonden aan het al dan niet bereiden c.q. afleveren van euthanatica door apothekers'*. Teneinde overleg met externe partijen zonder overleg met het Hoofdbestuur mogelijk te maken, werd de volgende zin toegevoegd aan de taakstelling: *'voor een goede uitvoering van de taakstelling kan de werkgroep overleg plegen met andere instanties en disciplines die eveneens bij euthanasie zijn betrokken'*.<sup>39</sup> De eerste discussie waarmee de nieuwe voorzitter en de werkgroep Euthanasie te maken kreeg, betrof de afleverplicht van apothekers.

#### *Geen afleverplicht*

In de notitie aan de Gezondheidsraad ontbrak aandacht voor apothekers die op grond van persoonlijke (levens)visie niet mee willen werken aan euthanasie. Gezondheidsjurist Leenen stelde zich, naar aanleiding van het verschijnen van het rapport van de Gezondheidsraad, op het standpunt dat apothekers geen problemen hoeven te hebben bij het afleveren van euthanatica omdat apothekers een afleverplicht hebben. Kort gezegd stelde Leenen dat een apotheker zich niet diende te mengen in het beleid dat tot stand was gekomen tussen patiënt en arts.<sup>40</sup> Een apotheker mocht, volgens Leenen, zijn besluit alleen baseren op zijn oordeel als apotheker en niet mogen weigeren op

---

<sup>34</sup> KNMG/KNMP. Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding. Utrecht/Den Haag, 2012.

<sup>35</sup> De notitie van de KNMP is integraal en letterlijk overgenomen in hoofdstuk 5.1.3. *Het verstrekken van euthanatica*.

<sup>36</sup> Brief voorzitter werkgroep Euthanasie (mevr. G.L.M-A. Hage-Noël) aan voorzitter en leden van Hoofdbestuur, 25 juni 1982.

<sup>37</sup> Circulaire nummer 25; 3 augustus 1982.

<sup>38</sup> Brief Hoofdbestuur aan G.L.M-A. Hage-Noël waarin Hoofdbestuur akkoord gaat met taakbeschrijving werkgroep Euthanasie, 26 april 1982. Leden van de werkgroep waren mevr. G.L.M-A. Hage-Noël (voorzitter), G.H.P. de Koning, A.C. van Loenen, J. Winters, A.M. van der Mooren (allen apothekers), mevr. A.Y. Bosma (jurist KNMP) en G.J. Mulder (secretaris vanuit het KNMP bureau).

<sup>39</sup> Taakstelling werkgroep euthanasie KNMP, mei 1982 en vastgesteld op 12 mei 1982 door het Hoofdbestuur.

<sup>40</sup> Leenen verwoordde het als volgt: "Het zijn de patiënt en arts die tot een bepaalde gedragslijn komen 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 behandeld arts, dat in het recept tot uitdrukking komt, zou doorkruisen."



grond van overwegingen die op persoonlijke overtuiging berustte.<sup>41</sup> Hij baseerde zijn standpunt op een publicatie van Harderwijk, directielid en jurist bij het KNMP-bureau, in het Pharmaceutisch Weekblad.<sup>42</sup> Volgens Harderwijk was dat een misinterpretatie van Leenen omdat juist euthanatica zich op het strafrechtelijk gebied bevinden, waardoor andere regels gelden, en daarmee dus ook andere normen.<sup>43</sup> Mogelijk baseerde Leenen zijn uitspraak ook op informatie uit het zojuist verschenen rapport van de Gezondheidsraad waarin wel gesproken werd over de niet-verplichting voor artsen en verpleegkundigen om mee te werken aan euthanasie terwijl over het al dan niet meewerken van apothekers niets werd vermeld. De voorzitter van de werkgroep Euthanasie was niet gelukkig over de wijze waarop deze discussie werd gevoerd noch over de rol van het directielid van de KNMP. Zij stelde dat door dit soort uitspraken *'de apotheker min of meer terzijde wordt geschoven als onbelangrijke schakel in het euthanasieproces, die maar te doen heeft wat de arts inzake doding van de mensen meent te moeten beslissen'*.<sup>44</sup> Dit was voor het Hoofdbestuur van de KNMP aanleiding met de werkgroep Euthanasie in gesprek te gaan.

#### *Overleg met andere beroepsorganisaties en disciplines*

De werkgroep Euthanasie kon op basis van haar taakstelling eerder overleg plegen met andere instanties en disciplines die bij euthanasie betrokken zijn. In juli 1982 nam de werkgroep Euthanasie contact op met de KNMG. De werkgroep Euthanasie was van mening dat overleg met de KNMG noodzakelijk was om tot algemeen aanvaardbare gedragsregels te komen. Op het voorstel van de werkgroep Euthanasie aan de KNMG om enkele personen af te vaardigen in de werkgroep Euthanasie, reageerde de KNMG negatief. De KNMG was van mening dat elke beroepsorganisatie een eigen verantwoordelijkheid staande had te houden, hierbij paste geen deelname in een werkgroep van een andere beroepsorganisatie. De KNMG was wel bereid op ad hoc basis met de KNMP over knelpunten of problemen te overleggen. In november 1982 meldde de werkgroep Euthanasie aan de KNMG graag van gedachten te willen wisselen over kwesties die samenhangen met het afleveren van euthanatica. De werkgroep Euthanasie heeft, door het in november 1982 ontstane meningsverschil tussen het Hoofdbestuur en de werkgroep Euthanasie, aan dit initiatief geen vervolg kunnen geven.

#### *Advisering Hoofdbestuur met betrekking tot de ethische aspecten van euthanasie*

De werkgroep Euthanasie startte in oktober 1982 met het schrijven van de discussienota *De positie van de apotheker inzake euthanatica en suïcida*. De eerste conceptversie vertrok vanuit het beschikkingsrecht van de patiënt en niet vanuit de positie van de apotheker.<sup>45</sup> Terwijl hard werd gewerkt aan de discussienota, voerde de werkgroep Euthanasie op 28 oktober 1982 een gesprek met het Hoofdbestuur. Tijdens dit gesprek kwam ook de zojuist geïnstalleerde Staatscommissie Euthanasie aan de orde waarin geen apotheker zitting had. Afgesproken werd dat het Hoofdbestuur contact zou opnemen met de Staatscommissie om aandacht te vragen voor de betrokkenheid van de apotheker bij de uitvoering van euthanasie en het ontbreken van een apotheker in de Staatscommissie.<sup>46</sup>

#### *Staatscommissie Euthanasie*

Op 19 oktober 1982 werd de Staatscommissie Euthanasie, onder voorzitterschap van mr Jeukens, geïnstalleerd. De Staatscommissie had als taak *'advies uit brengen omtrent het toekomstige*

---

<sup>41</sup> Leenen H.J.J. Ned Tijdschrift Geneesk 1982; 125:1056. Discussie euthanasie, reactie op ingezonden brief G.L.M.-A.Hage-Noël, Ned Tijdschr Geneesk 1982;125:1055-6.

<sup>42</sup> Harderwijk E.D. Geen afleveringsplicht voor apotheker? Pharm Weekbl 1981;116-1537-40.

<sup>43</sup> Harderwijk E.D. Naschrift. Pharm Weekbl 1982;117:255.

<sup>44</sup> Brief voorzitter werkgroep Euthanasie aan Hoofdbestuur, 13 juli 1982.

<sup>45</sup> De eerste discussienota is geschreven door apotheker A.M. van der Mooren die ook lid was van de werkgroep Gereformeerde Apothekers.

<sup>46</sup> Persoonlijke notitie G.L.M.-A. Hage Noël, op of rond 28 oktober 1982.

*overheidsbeleid inzake euthanasie en het verlenen van hulp bij zelfdoding, in het bijzonder ten aanzien van wetgeving en wetstoepassing*'.<sup>47</sup> In de installatierede noemde minister Gardeniers de apothekers en de problematiek met betrekking tot het verstrekken van euthanatica. Daar bleef het, wat betreft apothekers, bij. In de Staatscommissie had, zoals hierboven gemeld, geen apotheker zitting. Vanwege het meningsverschil tussen de werkgroep Euthanasie en het Hoofdbestuur, stuurde het Hoofdbestuur alleen een brief aan de Staatscommissie waarin het Hoofdbestuur *'een dringend beroep op de commissie doet, om in een zo vroeg mogelijk stadium vertegenwoordigers van de KNMP aan de werkzaamheden te laten deelnemen'*.<sup>48</sup> De vraag waarom er geen apotheker in de Staatscommissie was opgenomen, werd niet gesteld.

#### *Onoverbrugbaar meningsverschil tussen de werkgroep Euthanasie en het Hoofdbestuur*

Eind november 1982 verscheen in de rubriek *Mededelingen uit de KNMP*, in het Pharmaceutisch Weekblad, een samenvatting van een op 6 oktober 1982 gevoerde discussie over euthanasie binnen het Hoofdbestuur. Deze discussie werd drie weken voorafgaand aan de afspraak met de werkgroep Euthanasie, gevoerd.<sup>49</sup>

In de *Mededeling uit de KNMP* kwam de kwestie over de afleverplicht ruim aan bod. Over wel of geen afleverplicht, was het Hoofdbestuur verdeeld. Enerzijds waren er geluiden dat er voor apothekers ruimte moest zijn om op persoonlijke gronden het afleveren van euthanatica te weigeren. Anderzijds werd gesteld dat de apotheker niet diende te treden in de relatie tussen arts en patiënt. Derhalve zou de eigen overtuiging van de apotheker geen rol mogen spelen bij de aflevering van euthanatica. De Mededeling eindigde met de nuancering dat bij *'een maatschappelijke aanvaarding van euthanasie een apotheker niet kan worden gedwongen over te gaan tot aflevering van euthanatica indien dat in strijd is met zijn levensovertuiging of religieuze overtuiging'*. Wel zou de apotheker de arts informeren als om principiële redenen hij geen euthanatica zou afleveren en moest bekend zijn bij welke apotheker het verzoek (hier genoemd: het recept) dan wel kon worden ingediend.

Vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw stond euthanasie ook volop in de publieke aandacht. Het is daarom niet verwonderlijk dat enkele kranten het bericht uit het Pharmaceutisch Weekblad overnamen, met bijvoorbeeld als de kop *'Apothekers: Euthanasie op recept'*.<sup>50</sup>

Het feit dat kranten de inhoud van deze Mededeling overnamen en hiermee het nog niet afgeronde standpunt naar buiten brachten, deed de relatie tussen de werkgroep Euthanasie en het Hoofdbestuur geen goed. De werkgroep Euthanasie verweet het Hoofdbestuur een mening naar buiten te brengen zonder het advies van de werkgroep Euthanasie af te wachten. De werkgroep Euthanasie betreurde bovendien dat het Hoofdbestuur in de Mededeling de suggestie wekte dat anderen dan apothekers zelf, het handelen van apothekers bij euthanasie zouden kunnen bepalen. De werkgroep Euthanasie zag daarmee haar taakstelling uitgehold en liet bij monde van haar voorzitter aan het Hoofdbestuur weten het voortbestaan van de werkgroep Euthanasie ter discussie te stellen. Er volgden pogingen om de kloof tussen de werkgroep Euthanasie en het Hoofdbestuur te dichten. Het eerste telefoongesprek leverde niets op.<sup>51</sup> De daarop volgende correspondentie leidde evenmin tot toenadering.<sup>52</sup> Het Hoofdbestuur deed een dringend beroep op de voorzitter om de werkgroep Euthanasie voort te zetten.

---

<sup>47</sup> Rapport van de Staatscommissie Euthanasie 1985. 1.2 Taakopdracht en samenstelling van de Staatcommissie, pagina 12.

<sup>48</sup> Brief Hoofdbestuur aan Staatscommissie, 7 december 1982.

<sup>49</sup> Hoofdbestuur. Punten uit de vergadering van 6 oktober 1982. Pharm Weekbl 1982:117;1138.

<sup>50</sup> Nieuwsblad van het Zuiden. Apothekers: euthanasie op recept, 27 november 1982.

<sup>51</sup> Persoonlijke notities voorzitter werkgroep Euthanasie. Eind november/begin december 1982.

<sup>52</sup> Brief Hoofdbestuur aan Voorzitter en leden van de werkgroep Euthanasie, 28 december 1982. Een van de passage: 'Het Hoofdbestuur is van mening dat de apotheker bij het verschijnsel euthanasie slechts direct betrokken is als afleveraar van euthanatica. Dat neemt niet weg dat apothekers zich best rekenschap mogen geven van allerlei juridische, ethische, medische en andere aspecten van euthanasie, maar specifiek is de betrokkenheid van de apotheker er een die slaat op het euthanaticum: bereiding en aflevering daarvan'.

Na rijp beraad besloot de werkgroep Euthanasie in januari 1983 dat zij wel de discussienota zou afronden maar daarna haar werkzaamheden zou beëindigen. Dat betekende dat een advies over de technische aspecten van de uitvoering van euthanasie en de contacten met bijvoorbeeld de KNMG, het Hoofdbestuur aan een nieuwe, nog samen te stellen, werkgroep Euthanasie zou moeten worden overgedragen.<sup>53</sup> Wel boden de werkgroepleden aan, ook al zou deze werkgroep Euthanasie zijn opgeheven, beschikbaar te blijven voor de begeleiding van de discussienota na publicatie. Het Hoofdbestuur kon niet anders dan hiermee akkoord gaan.

#### *De discussienota*

In augustus 1983 werd de eerste versie van de discussienota met het Hoofdbestuur besproken. Na twee besprekingen werd de discussienota op enkele punten bijgesteld. Enkele maanden later, op 19 oktober 1983, bood de werkgroep Euthanasie de definitieve versie van de discussienota aan bij het Hoofdbestuur. In het begeleidend schrijven gaf de werkgroep Euthanasie aan dat zij hoopte dat de discussienota snel haar weg naar de leden zou vinden en hield de werkgroep Euthanasie op te bestaan.<sup>54</sup>

Begin 1984 werd, in een samenvatting van de Hoofdbestuursvergadering van 23 november 1983 in de rubriek *Mededelingen uit de KNMP*, vermeld dat het Hoofdbestuur overwoog om de discussienota van de, nu voormalige, werkgroep Euthanasie met een korte toelichting van de zijde van het Hoofdbestuur aan de leden te verzenden.<sup>55</sup> Enkele voormalige werkgroepleden hadden echter vernomen dat het niet beperkt zou blijven tot het toevoegen van een korte toelichting maar dat de discussienota helemaal zou worden herschreven.<sup>56</sup> De voorzitter van de voormalig werkgroep Euthanasie uitte in een brief aan het Hoofdbestuur haar verbazing over deze herschrijving omdat zij in de veronderstelling verkeerde dat de werkgroep Euthanasie en het Hoofdbestuur eind 1983 overeenstemming hadden bereikt over de inhoud en de tekst. Als de discussienota werd herschreven dan zou dit niet onder de verantwoordelijkheid van de werkgroep Euthanasie kunnen vallen, stelde zij. Daarnaast betreurde zij het dat de discussienota nog steeds niet openbaar was. In een schriftelijke reactie gaf het Hoofdbestuur aan dat het tot zijn bevoegdheden behoort te beslissen welke weg met de discussienota wordt bewandeld. Tevens meldde het Hoofdbestuur dat de discussienota als basis zou worden gebruikt voor een door het Hoofdbestuur op te stellen nieuwe discussienota. Daarnaast zegde het Hoofdbestuur toe dat het Hoofdbestuur voornemens was om een speciale ledenbijeenkomst te organiseren waardoor de interne discussie over de rol en taak van apothekers bij een verzoek tot euthanasie op gang kon worden gebracht.

Deze door de KNMP, voor haar leden, georganiseerde discussiebijeenkomst over euthanasie vond plaats op 30 mei 1984 te Utrecht. Inmiddels hadden alle KNMP leden de herschreven discussienota ontvangen.<sup>57</sup> Er werd duidelijk vermeld dat de leden van de voormalige werkgroep Euthanasie zich distantieerden van deze door het Hoofdbestuur herschreven versie van de discussienota.<sup>58</sup> Er kwamen 76 leden op deze uitnodiging af. Het Hoofdbestuur gaf aan dat zij wijzigingen in de, door de werkgroep Euthanasie geschreven, discussienota had doorgevoerd. De discussienota had volgens de voorzitter van het Hoofdbestuur een puur informatief karakter '*die de apotheker van dienst kan zijn*'. Nogmaals werd benadrukt dat de apotheker een eigen afweging moet kunnen maken of hij wel of niet mee wil werken aan een verzoek tot aflevering van euthanatica. Het afleveren van euthanatica

---

<sup>53</sup> Brief werkgroep Euthanasie aan het Hoofdbestuur, 25 januari 1983.

<sup>54</sup> Nota van de werkgroep Euthanasie KNMP. De positie van de apotheker inzake aflevering van euthanatica en suicida. Den Haag, 3 september 1983.

<sup>55</sup> Mededelingen uit de KNMP. Hoofdbestuur. Punten uit de vergadering van 23 november 1983. Pharm Weekbl 1984;119:22.

<sup>56</sup> Brief G.L.M-A. Hage-Noël aan Hoofdbestuur. 31 januari 1984.

<sup>57</sup> Mededelingen uit de KNMP 11 april 1984. Pharm Weekbl 1984;119:395.

<sup>58</sup> Circulaire nummer 14, 7 mei 1984.

moest worden beschouwd als een bijzondere *'dienstverlenende handeling van de apotheker'*. Ook benadrukte de voorzitter van het Hoofdbestuur dat de KNMP geen standpunt over euthanasie inneemt: *'Wij, de KNMP, vertegenwoordigen niet een maatschappelijke stroming, wij zijn een beroepsorganisatie'*.<sup>59, 60</sup>

In de daaropvolgende discussie stelde een apotheker voor om een 'depot' ten behoeve van aflevering van euthanatica aan artsen te realiseren, dit depot zou dan worden bemand door 'goed geïnstrueerde ambtenaren'. Deze suggestie kwam voort uit de gedachte dat *'de apotheker niet wordt betrokken bij de discussie die al is gevoerd tussen de terminale patiënt en de arts en dat de apotheker slechts de rol van afleveraar zou hebben'*.

Relevante andere partijen, zoals de KNMG, kregen na juni 1984 de discussienota van het Hoofdbestuur toegestuurd.

#### *Hoorzitting bij de Staatscommissie*

De Staatscommissie die in oktober 1982 werd geïnstalleerd, begon in 1984 met het inventariseren van standpunten en reacties van partijen in het veld. In dit kader ontving het Hoofdbestuur van de KNMP begin 1984 een aantal vragen. Deze gevraagde schriftelijke reactie zou als leidraad dienen voor een toekomstige hoorzitting met de Staatscommissie. In haar schriftelijk reactie vermeldde het Hoofdbestuur van de KNMP dat zij geen positie inneemt over de vraag of en wanneer euthanasie is gerechtvaardigd. Voor de inbreng en rol van de apotheker, verwees de KNMP naar de discussienota zoals op 30 mei 1984 met de leden was besproken. Wel stelde de KNMP, nogmaals, dat het afleveren van euthanatica niet kan worden gerekend tot de beroepsuitoefening in strikte zin en dat daarom een apotheker nooit kan worden verplicht medewerking te verlenen aan een verzoek tot aflevering. Op 19 juni 1984 vond de hoorzitting met de KNMP plaats. Hierbij fungeerden de eerder door het Hoofdbestuur van de KNMP aan de Staatscommissie aangeleverde uitgangspunten en kernpunten als leidraad.<sup>61</sup>

#### *Rapport Staatcommissie*

Op 19 augustus 1985 verscheen het rapport van de Staatscommissie Euthanasie.<sup>62</sup> Voor apothekers was een aantal punten belangrijk. De Staatscommissie achtte extra wetgeving met betrekking tot euthanatica niet nodig *'omdat bestaande voorschriften en procedures voldoende waarborgen bieden voor een zorgvuldige procedure'*. De huidige wetgeving waaronder de Wet op Geneesmiddelenvoorziening, Besluit Uitoefening Artsenijbereidkunst, Besluit Vergiften en Besluit Aflevering Opiumwetmiddelen zou volgens de Staatscommissie voor de bereiding en aflevering van deze middelen onverkort toepassing kunnen vinden indien zij wordt gebruikt voor levensbeëindiging. Wel gaf de Staatscommissie aan dat, vanwege het doel waarvoor euthanatica worden toegepast, deze geen geneesmiddel zijn in de zin van de Wet op Geneesmiddelenvoorziening. Opvallend was dat de Staatscommissie het consequent had over een recept, terwijl de KNMP sprak over een schriftelijk verzoek. Een ander noemenswaardig aspect uit het rapport was dat niet werd uitgesloten dat een arts met reeds in bezit zijnde middelen, zonder tussenkomst van een apotheker, euthanasie kon uitvoeren. Het rapport besteedde nauwelijks aandacht aan de rol van de apotheker. De conclusie van de Staatscommissie was dat het voor een apotheker voldoende is na te gaan of het betreffende middel in de aangegeven dosering effectief is voor levensbeëindiging. De Staatscommissie was van mening dat, omdat de apotheker handelt op basis van door de arts gemaakte afwegingen, bij het levensbeëindigend handelen of hulp bij zelfdoding, niet zelf strafrechtelijk verantwoordelijk kan

---

<sup>59</sup> Mededelingen uit de KNMP 'Ledenbijeenkomst: De positie van de apotheker inzake aflevering van euthanatica'. Pharm Weekbl 1984;119:634-6.

<sup>60</sup> Verslag van de secretaris over het jaar 1984. Ledenbijeenkomsten. Pharm Weekbl 1985;120:582.

<sup>61</sup> Notitie met uitgangspunten, 7 juni 1984. Ten behoeve van de hoorzitting werd aan de KNMP, zoals dit ook aan partijen vooraf werd gevraagd, gevraagd om antwoorden te formuleren op enkele vragen.

<sup>62</sup> Eindrapport Staatscommissie Euthanasie. Hoofdstuk 7 Bereiden en afleveren van middelen dienende tot levensbeëindiging (19 augustus 1985).

worden gehouden voor het gebruik van de afgeleverde middelen. De terminologie in het rapport van de Staatscommissie *'eventueel kan hierover door de apotheker nog nader overleg met de geneeskundige plaatsvinden'* en *'kan het voor de apotheker van belang zijn om op de hoogte te zijn van de fysieke toestand van de patiënt en de ten aanzien van hem toegepaste farmacotherapeutische middelen'* versterkt het beeld dat de apotheker *'maar af te leveren heeft wat er staat zonder zich te verdiepen in de motivatie die tot de dodelijke beslissing voerde'*.<sup>63</sup>

#### *Overleggroep Euthanasie en afstemming met de KNMG*

Met het verzenden van de discussienota, juni 1984, aan de KNMG kwam het gesprek tussen KNMP en KNMG over euthanasie weer op gang. Uit de briefwisseling is op te maken dat op 12 juni 1984 hierover een gesprek tussen beide beroepsorganisaties plaatsvond.<sup>64</sup> Het volgende gesprek vond in de tweede helft van 1984 plaats. In april 1985 stuurde het Hoofdbestuur een notitie aan een inmiddels samengestelde KNMP overleggroep Euthanasie. Deze notitie werd, na aan de KNMG te zijn voorgelegd, aan alle KNMP leden verzonden.<sup>65</sup> De overleggroep Euthanasie zette de werkzaamheden van de eerder opgeheven werkgroep voort.<sup>66</sup> Ten opzichte van de discussienota april 1984 werd, in afstemming met de KNMG, een aantal wijzigingen doorgevoerd.<sup>67</sup>

- In plaats van te spreken over 'terminale fase' wordt er in de toekomst gesproken over 'uitzichtloosheid en onaanvaardbaar lijden'.
- Het is voor een apotheker niet vast te stellen op welke gronden de arts tot de beslissing is gekomen. De KNMP beveelt apothekers aan om te zorgen dat zij voldoende geïnformeerd worden over het standpunt van de arts.
- De KNMP en KNMG komen overeen dat er geen schriftelijke verklaring meer nodig is van de arts omdat er tijdig overleg tussen arts en apotheker dient plaats te vinden. Het is niet altijd nodig het verzoek tot aflevering van een euthanaticum op naam van de patiënt te stellen, bijvoorbeeld vanwege geheimhouding.
- Conform het rapport van de Staatscommissie is het niet de taak van de apotheker om te controleren of de arts aan de voorwaarden voor uitvoering van euthanasie heeft voldaan.

Deze wijzigingen werden opgenomen in de zorgvuldigheidscriteria en gepubliceerd in het *Technisch rapport over euthanatica* in 1987.<sup>68</sup>

#### **De Tweede werkgroep Euthanasie, verzamelen van 'technische' informatie**

In augustus 1985 gaf het Hoofdbestuur de nieuw ingestelde nieuwe werkgroep Euthanasie, hierna te noemen werkgroep Euthanasie 2, de opdracht te rapporteren over *'de informatie die momenteel beschikbaar is over de eisen waaraan stoffen dienen te voldoen om toegepast te kunnen worden als euthanaticum en welke stoffen daaraan momenteel en in welke mate voldoen'*.<sup>69</sup> Met de KNMG werd afgesproken dat de KNMP het initiatief zou nemen om bovenstaande opdracht uit te voeren.<sup>70, 71</sup>

<sup>63</sup> Persoonlijke notitie apotheker G.L.M.-A.Hage-Noël. november 1985.

<sup>64</sup> Afdruk brief KNMP (C.J. de Blaey) aan J. Diepersloot, KNMG. 14 juni 1984.

<sup>65</sup> De overleggroep bestaat in april 1985 uit: mevr. J.A.L. van Lakwijk-Najoan (Hoofdbestuurslid), A.B. Cox (Hoofdbestuurslid), A.Y. Bosma (juriste KNMP), mevr. G.M. Sauer, A.M. van der Mooren. De bureausecretaris is C.J. de Blaey.

<sup>66</sup> Verslag van de secretaris over het jaar 1984. Werkgroep Euthanasie. Pharm Weekbl 195;120:588.

<sup>67</sup> Notitie aan de overleggroep over voorstel van nuancering van de discussienota, april 1985.

<sup>68</sup> KNMP. Technisch rapport over euthanatica. Den Haag 1987.

<sup>69</sup> Ned Tijdschrift Geneesk 1995;139, 265-8 en Pharm Weekbl 1986;121:728.

<sup>70</sup> In een notitie aan de overleggroep Euthanasie, april 1985, wordt vermeld dat op initiatief van de KNMP deze werkgroep wordt geformeerd. Aangezien in deze notitie de overeengekomen wijzigingen (KNMP en KNMG) van de discussienota staan beschreven en onderaan deze notitie ook wordt vermeld dat de KNMP het initiatief neemt voor het formeren van een werkgroep die de 'technische' kant gaat onderzoeken, is het waarschijnlijk dat in die zelfde bijeenkomst afspraken zijn gemaakt dat de KNMP zorg gaat dragen voor het schrijven van het technische rapport. De bijeenkomst KNMP-KNMG was in het derde kwartaal 1984 en eerste kwartaal 1985.

De werkgroep Euthanasie 2 ging voortvarend aan de slag en in mei 1986 ontving het Hoofdbestuur het concept-exemplaar *Technisch rapport over euthanatica*.<sup>72</sup> In het voorjaar van 1987, precieze publicatiedatum is niet bekend, werd dit rapport, met de opmerkelijke ondertitel *'Uitsluitend bestemd voor persoonlijk gebruik'* definitief. Reden voor deze ondertitel was dat het rapport alleen in handen mocht zijn en komen van praktiserende artsen en apothekers, het was uitdrukkelijk niet de bedoeling om dit rapport verder te verspreiden.<sup>73</sup>

In het rapport werden ook de zorgvuldigheidscriteria voor apothekers gepubliceerd. Het uitgangspunt voor deze zorgvuldigheidscriteria waren de eisen zoals opgesteld in 1984, bijgesteld en aangevuld op basis van de afstemming met de KNMG in april 1987.

Al op 3 februari 1987 had de werkgroep Euthanasie 2 overleg met de KNMG over de eindrapportage van het Technisch rapport. De KNMG gaf aan dat zij niet voor de verspreiding van het rapport onder artsen wilde zorgen, om te voorkomen dat de KNMG te sterk gelieerd zou worden met een pro-euthanasie standpunt. Daarom nam de KNMP de verantwoordelijkheid voor het beschikbaar stellen van het rapport aan apothekers en artsen op zich.

In ditzelfde overleg werd de wenselijkheid besproken van een centrale terugkoppeling van ervaringen met de uitvoering van euthanasie.<sup>74</sup> Een vragenformulier, dat daarin voorzag, werd als bijlage aan het *Technisch rapport over euthanatica* toegevoegd. Het bureau van de KNMP droeg zorg voor de verwerking van de formulieren.

Voordat apothekers en artsen van het rapport op de hoogte waren, kreeg de pers, eind januari 1987, al lucht van de aanstaande publicatie van het Technisch rapport. Het Algemeen Dagblad kwam op zaterdag 24 januari 1987 als eerste krant met een bericht hierover naar buiten. De voorzitter van de KNMP bevestigde diezelfde avond in het NOS Journaal het bestaan van het rapport. Dit ging niet ongemerkt voorbij aan apothekers. Apothekers hoorden dus via de media over het bestaan van het rapport en vroegen zich af waarom de KNMP niet eerst haar leden en daarna de pers had geïnformeerd.<sup>75</sup>

In de Tweede Kamer stelde Leerling (RPF) vragen over dit rapport. Hij vroeg onder andere of apothekers nu (1987) straffeloos euthanatica konden verstrekken. Minister Brinkman (Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur) antwoordde hierop *'indien een arts zou worden veroordeeld wegens het toepassen van euthanasie, is het niet ondenkbaar dat daarna een strafvervolgning zou worden ingesteld tegen de apotheker die de daarvoor gebezigde middelen had geleverd'*. Op de Kamervraag of er al dan niet stappen tegen de KNMP werden ondernomen, reageerde de Minister dat dit rapport *'een illustratie is van de openheid waarmee de euthanasiediscussie in ons land wordt gevoerd'*.<sup>76</sup>

---

<sup>71</sup> Het initiatief van de KNMP om een werkgroep in te stellen om informatie te verzamelen over euthanatica en hun karakteristieke gebruikseigenschappen, staat ook vermeld in een brief aan de nieuwe leden van de overleggroep Euthanasie van 9 april 1985.

<sup>72</sup> In de werkgroep Euthanasie 2 hadden, augustus 1985, zitting: P.V. Admiraal (anesthesist), H.L.M. Cox (Hoofdbestuurslid en apotheker), mevr. J.A.L. van Lakwijk-Najoan (voorzitter, Hoofdbestuurslid en apotheker), A.C. van Loenen (ziekenhuisapotheker), G.B. Schmidt (huisarts). Bureausecretaris was P.G.A.M. de Smet (apotheker).

Admiraal had al in juli 1981 contact gelegd met de werkgroep Euthanasie onder voorzitterschap van G.L.M-A. Hage-Noël omdat hij via de voorzitter van de NVVE had gehoord dat deze werkgroep Euthanasie plannen voor herziening van de brochure 'Verantwoorde euthanasie' uit 1981. Hij is eenmaal aangeschoven bij een vergadering van de werkgroep Euthanasie, namelijk op van 13 september 1982. Vanwege het meningsverschil tussen het HB en de werkgroep Euthanasie en met als uiteindelijke het opheffen van de werkgroep Euthanasie begin 1984, is na 1982 door de werkgroep onder voorzitterschap van G.L.M-A. Hage-Noël, geen vervolg gegeven aan het contact met Admiraal.

<sup>73</sup> Interne notitie KNMP: Rapport euthanatica: richtlijnen voor verspreiding, 15 april 1987.

<sup>74</sup> Interne notitie KNMP n.a.v. bespreking met KNMG inzake eindrapportage werkgroep euthanatica, 3 februari 1987.

<sup>75</sup> Brief Gereformeerd Wetenschappelijk Genootschap aan de Hoofdbestuur, 29 januari 1987.

<sup>76</sup> Vragen van het lid Leerling (R.P.F.) over middelen die het plegen van euthanasie mogelijk maken. (Ingezonden 27 januari 1987). Tweede Kamer der Staten Generaal vergaderjaar 1986-1987.

De discussie werd daarna voortgezet in het Pharmaceutisch Weekblad; in de periode maart-juni zijn diverse, veelal negatieve, ingezonden brieven op de publiciteit in de media en het voortijdig lekken van dit Technisch rapport, gepubliceerd.<sup>77</sup> Het Hoofdbestuur stuurde daarom twee weken later, 5 februari 1987, een circulaire naar de leden. De belangrijkste boodschap was dat het niet de KNMP was die de media had opgezocht.<sup>78</sup>

Het Technisch rapport was in april 1987 gereed voor verspreiding. Via een circulaire werden apothekers hiervan op de hoogte gesteld.<sup>79</sup> Naast aanwijzingen hoe apothekers het rapport konden verkrijgen, werd de apotheker geïnformeerd over de zorgvuldigheidseisen voor de arts en de zorgvuldigheidscriteria voor de apotheker. Een belangrijk aandachtspunt was dat de patiënt niet meer in de stervensfase -eerder terminale fase genoemd- hoefde te verkeren maar dat euthanasie ook van toepassing kon zijn bij die patiënten die uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Ook benadrukte het Hoofdbestuur dat de Staatscommissie het niet tot de taak van de apotheker rekent te controleren of de arts aan de voorwaarden heeft voldaan. Het rapport werd alleen beschikbaar gesteld en op aanvraag aangetekend verstuurd aan praktiserende apothekers (gratis) en artsen (tegen kostprijs). Leken, lekenpers en vakpers, tenzij het Hoofdbestuur anders besliste, konden het technisch rapport niet verkrijgen.<sup>80</sup>

In 1994 had de werkgroep Euthanasie 2, 165 terugkoppelingen van artsen ontvangen. Hiervan werd een publicatie voor het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde geschreven. Dit artikel is echter nooit in deze vorm gepubliceerd omdat het Hoofdbestuur vreesde voor negatieve publiciteit in de media en om die reden teruggetrokken moest worden.<sup>81</sup> Het Hoofdbestuur wilde een herhaling van de mediahype, zoals in 1987, voorkomen. Uiteindelijk is de inhoud van dit artikel in de opvolger van het Technisch rapport, *Toepassing en bereiding van euthanatica*, gepubliceerd.<sup>82</sup> Na de tweede uitgave volgden in 1998<sup>83</sup> de derde en in 2007 de vierde uitgave, die Standaard Euthanatica was getiteld.<sup>84</sup>

De eerste gezamenlijke richtlijn van KNMP en KNMG, Richtlijn Uitvoering Euthanasie en hulp bij zelfdoding, verscheen in 2012, 25 jaar na het eerste Technische rapport over euthanatica.<sup>85</sup>

### **Wetgeving over Euthanasie en hulp bij zelfdoding**

In politiek Den Haag werden langzamerhand de contouren van de Wet Toetsing Levensbeëindiging zichtbaar. In april 1984 diende Kamerlid Wessel-Tuinstra (D'66) het eerste wetsvoorstel inzake euthanasie in, maar dit strandde vanwege het negatieve advies van de Raad van State. De Raad vond dat het wetsontwerp te vroeg kwam omdat het onderwerp nog onvoldoende was bestudeerd en het rapport van de Staatscommissie, publicatiedatum augustus 1985, nog moest verschijnen. Daarnaast had de Raad van State ook ernstige bedenkingen bij de opzet van het wetsvoorstel.<sup>86</sup> Achtereenvolgens kwamen in 1986 het kabinet Lubbers-I en in 1988 Kohnstamm (D'66) met wetsvoorstellen die ook strandden. De KNMP heeft in dit stadium een poging gedaan om de rol van de apotheker in de euthanasiewetgeving te regelen. Dit heeft, zoals bekend, niet het gewenste resultaat gehad.<sup>87</sup>

---

<sup>77</sup> Pharm Weekbl 1987;122:379-80; 480-1; 500-1; 554-5.

<sup>78</sup> Circulaire 3 (Euthanasie, RIGO, Brocacef), 5 februari 1987.

<sup>79</sup> Circulaire 10 (Euthanasie), 6 april 1987.

<sup>80</sup> Interne notitie KNMP. Rapport Euthanatica. Richtlijnen voor verspreiding, 15 april 1987.

<sup>81</sup> Interne notitie Verslag HB-vergadering 12 oktober 1994, nummer 131.7.

<sup>82</sup> KNMP. Toepassing en bereiding van euthanatica. Den Haag, 1994.

<sup>83</sup> KNMP. Toepassing en bereiding van euthanatica. Den Haag, 1998.

<sup>84</sup> KNMP. Standaard euthanatica. Toepassing en bereiding. Den Haag, 2007.

<sup>85</sup> KNMG/KNMP. Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding. Utrecht/Den Haag, 2012.

<sup>86</sup> Weyers H.A.M. Euthanasie: het proces van rechtsverandering (pagina 147).

<sup>87</sup> Apothekers willen overleg bij toepassing euthanasie. Trouw 26 april 1989

In 1990 werd de commissie Rimmelink, in de periode van Lubbers-III, ingesteld. Deze commissie had als taak onderzoek te doen naar de praktijk van euthanasie.<sup>88</sup> Het onderzoek beperkte zich tot de artspraktijk. De uitsluiting van apothekers als onderdeel van het onderzoek werd als volgt gemotiveerd: *‘in veel gevallen zullen apothekers op de hoogte zijn van de voorbereidingen of uitvoering van euthanasie, vaak echter ook niet. Derhalve lijkt noch voor een betrouwbare kwantificering noch voor het verkrijgen van inzicht in de achtergronden van dit type beslissingen het interviewen van apothekers noodzakelijk, hoezeer zij ook in een aantal gevallen interessante additionele informatie zouden kunnen verschaffen’.*<sup>89</sup> Het onderzoek gaf een uniek inzicht in het aantal sterfgevallen door euthanasie en hulp bij zelfdoding door artsen. Daarnaast gaf het inzicht in de aanleiding tot het verzoek en het aantal ingewilligde verzoeken, alsmede in hoeverre artsen zich aan de zorgvuldigheidseisen hielden.<sup>90</sup> In dezelfde periode kwam ook de eerste meldingsprocedure tot stand. Deze meldingsprocedure werd in 1996 wettelijk verankerd door instelling van de Begeleidingscommissie evaluatie-onderzoek euthanasiepraktijk.<sup>91</sup> Omdat in deze commissie geen apotheker zitting had, stuurde het Hoofdbestuur een brief aan minister Borst-Eilers van VWS.<sup>92</sup> Het Hoofdbestuur stelde dat het, vanwege de nauwe betrokkenheid van de apotheker bij de uitvoering van euthanasie, het overwegen waard was een apotheker in deze commissie op te nemen. De minister antwoordde hierop: *‘het is echter ondoenlijk, en in het kader van het evaluatie-onderzoek ook niet voldoende relevant, om vertegenwoordigers van al deze betrokken vakgebieden, bedoeld werd disciplines die in meer en mindere mate betrokken zijn bij de begeleiding, voorbereiding, consultatie, uitvoering en toetsing van euthanasie en hulp bij zelfdoding, in de begeleidingscommissie op te nemen’.* Maar, zo sloot zij de brief af, de commissie had altijd de mogelijkheid een vertegenwoordiger van de KNMP voor een specifiek onderwerp uit te nodigen.<sup>93</sup> In 1999 werd het wetsvoorstel ingediend dat uiteindelijk op 1 april 2002 in werking trad onder de naam *Wet Toetsing Levensbeëindiging*, in de volksmond de euthanasiewet genoemd. In deze wet was en is de apotheker niet opgenomen.

### **Rol en positie van de apotheker**

In 2010 besloten de KNMP en KNMG tot samenwerking bij het opstellen en publiceren van een gezamenlijke richtlijn om bij artsen en apothekers draagvlak te creëren voor samenwerking bij uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding. In 2012 werd de eerste gezamenlijke *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* gepubliceerd.<sup>94</sup> Belangrijk in deze richtlijn is dat de gedeelde maar ook de eigen verantwoordelijkheid van de apotheker en arts expliciet werd benoemd.<sup>95</sup>

In april 2014 kwamen *‘weigerapothekers’* in het nieuws.<sup>96</sup> Hiermee werden apothekers bedoeld die, om voor hen moverende redenen, niet wilden meewerken aan een verzoek tot het verstrekken van euthanatica. De aanleiding voor deze media aandacht was de klacht van artsen van de Stichting Levensindekliniek (SLK) aan het adres van apothekers die in bepaalde gevallen niet bereid waren euthanatica beschikbaar te stellen. Sinds de oprichting van de SLK in maart 2012, kregen apothekers te maken met voor hen onbekende artsen die hen verzochten euthanatica af te leveren ten behoeve van voor hen soms onbekende patiënten. Knelpunten voor de apothekers waren daarbij onder meer het soms korte tijdsbestek waarin de euthanatica beschikbaar moesten zijn, de beperkte contextuele

<sup>88</sup> Weyers, H.A.M. Euthanasie: het proces van rechtsverandering (pagina 236).

<sup>89</sup> Maas, P.J. van, Delden, J.J.M. van, Pijnenborg L. Medische beslissingen rond het levenseinde. Rapportage van de Commissie onderzoek medische praktijk inzake euthanasie. 1991 (pagina 7).

<sup>90</sup> Weyers, H.A.M. Euthanasie: het proces van rechtsverandering. 2002 (pagina 255-256).

<sup>91</sup> Instelling begeleidingscommissie evaluatie-onderzoek euthanasiepraktijk. Staatscourant 1996,84,2 mei.

<sup>92</sup> Brief van Hoofdbestuur aan E. Borst-Eilers, Minister VWS, 29 mei 1996.

<sup>93</sup> Brief van E. Borst-Eilers, Minister VWS aan Hoofdbestuur, 11 juli 1996.

<sup>94</sup> KNMG/KNMP. Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding. Utrecht/Den Haag, 2012.

<sup>95</sup> KNMG/KNMP. Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding. Utrecht/Den Haag, 2012.

<sup>96</sup> TV-programma Altijd wat monitor, 16 april 2014.



informatie over de patiënt, het ontbreken van een behandelrelatie met de patiënt en het ontbreken van een vertrouwensbasis voor samenwerking met de arts. Enkele malen kreeg een apotheker te horen dat de apotheker niet in de euthanasiewet was opgenomen en daarom juridisch geen problemen hoefde te vrezen, en om die reden altijd tot aflevering kon overgaan. Voor een eigenstandige en onafhankelijke afweging van de apotheker betreffende medewerking aan euthanasie, zou geen plaats zijn. Er werd onvoldoende beseft dat voor apothekers het verstrekken van euthanatica, bijzonder handelen betreft, welke een professionele verantwoordelijkheid met zich meebrengt en belastend kan zijn.

Een half jaar eerder, in november 2013, had de KNMP, vanwege het ontbreken van de rol van de apotheker in de vijfjaarlijkse evaluatie van de Wet Toetsing Levensbeëindiging een brief aan Minister Schippers van VWS gestuurd.<sup>97</sup> In de brief stelde de KNMP dat apothekers, evenals artsen, een eigen en gedeelde verantwoordelijkheid hebben bij de uitvoering van euthanasie en dat dit feit wringt met de euthanasiewetgeving waarin de apotheker niet is opgenomen. Het ontbreken van een apotheker in de RTE's werd in deze brief opnieuw genoemd.<sup>98</sup> Na de media-aandacht voor de 'weigerapotheker' in het voorjaar van 2014 ontving het Hoofdbestuur van de KNMP een uitnodiging van Minister Schippers voor een gesprek over de rol en taak van de apotheker. Dit gesprek vond plaats op 30 april 2014 en heeft bijgedragen aan begrip van ambtelijk en politiek Den Haag voor de positie van de apotheker bij uitvoering van euthanasie. In antwoord op de Kamervragen van onder anderen Van Gerven (SP) en Arib (PvdA) is door Minister Schippers een toezegging gedaan dat *'VWS zich zal inspannen om de KNMP actiever te betrekken bij relevante bijeenkomsten. Daarom zal ik de KNMG en Regionale Toetsingscommissies Euthanasie verzoeken in hun periodieke overleggen de KNMP uit te nodigen wanneer de inhoud van hun gesprek raakt aan de medisch zorgvuldige uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding'*.<sup>99</sup> Het opnemen van de apotheker in de Wet Toetsing Levensbeëindiging en de RTE's was en is voor de minister een brug te ver.

## Beschouwing

De rode draad in dit historisch onderzoek is de ethische en juridische betrokkenheid en verantwoordelijkheid van de apotheker voordat wordt ingegaan op een verzoek om levering van euthanatica en de vermeende afleverplicht van de apotheker. Deze aspecten, die in de jaren tachtig van de vorige eeuw al speelden, spelen nu nog.

De KNMP was lange tijd een betrokken buitenstaander in het euthanasiedebat. In 1985 wilde de KNMP het verzoek doen om een apotheker zitting te laten nemen in de Staatscommissie Euthanasie. Dit initiatief heeft, door interne verschillen in visie, geen vervolg gekregen. Het tweede verzoek van de KNMP in 1996 om apothekers op te nemen in de Begeleidingscommissie evaluatieonderzoek euthanasiepraktijk, de voorloper van de huidige RTE's, kreeg nul op het rekest. Het is nog afwachten of de in 2014 door minister Schippers gedane beloften worden waargemaakt.

De apotheker moet bij euthanasie, meer dan bij normale farmaceutische zorgverlening, kunnen vertrouwen op de beoordeling door de arts. Maar blind vertrouwen is te veel gevraagd. De apotheker maakt ook zijn eigen afwegingen. Een apotheker die zich niet beroept op gewetensbezwaar wil wél zorgvuldig te werk gaan. En daarvoor hanteert hij de

---

<sup>97</sup> Brief Hoofdbestuur aan E.I. Schippers, minister VWS. Rol apothekers in euthanasiewet verankeren, 28 november 2013.

<sup>98</sup> Brief KNMP bestuur aan mevr. E.I. Schippers, minister VWS, 28 november 2013.

<sup>99</sup> Brief van de minister VWS aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal Kamer. Levensbeëindiging. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 32 647, nr. 24.

zorgvuldigheidscriteria die in de richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn opgenomen. De basis voor de huidige zorgvuldigheidscriteria in de KNMG/KNMP Richtlijn Euthanasie en Hulp bij Zelfdoding 2012 heeft zijn oorsprong in de jaren tachtig van de vorige eeuw.<sup>100</sup>

Een van de huidige criteria is dat de apotheker geen afleverplicht heeft. Hij hoeft niet mee te werken aan een verzoek tot aflevering van euthanatica. De apotheker maakt een eigenstandige en onafhankelijke afweging of hij mee wil en kan werken. Het maken van deze afweging is overigens iets anders dan dat de apotheker controleert of de arts aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen heeft voldaan.

Sinds 1985 heeft de KNMP zorg gedragen voor het opstellen en actualiseren van de richtlijn voor de uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Daarnaast werd de verspreiding van de richtlijn onder apothekers en artsen jarenlang door de KNMP gedaan. Ook nam de KNMP het beheer van de vragenformulieren op zich. Met het tot stand komen van de huidige richtlijn, 25 jaar na de eerste uitgave van het *Technisch rapport over euthanatica* heeft het partnerschap en de samenwerking tussen de KNMP en de KNMG vaste grond onder de voeten gekregen. De huidige richtlijn biedt handvatten voor het professionele handelen van zowel apothekers als artsen. Met deze publicatie hebben de KNMP en de KNMG uiting gegeven aan het feit dat apotheker en arts een eigen maar ook een gedeelde verantwoordelijkheid hebben.

In de Wet Toetsing Levensbeëindiging zijn de verantwoordelijkheden van de apotheker niet geformuleerd. Daardoor zijn de wettelijke kaders en daarmee de rollen en taken van de apotheker in het euthanasietraject onduidelijk. Deze onduidelijkheid is bij een complex en beladen onderwerp als euthanasie en hulp bij zelfdoding onwenselijk. De complexe dagelijkse praktijk van de verstrekking van euthanatica door apothekers vraagt om heldere juridische kaders, om het formuleren van de rollen en taken en om vertegenwoordiging van apothekers in besluitvormende en beleidsbepalende organisaties inzake euthanasie en hulp bij zelfdoding.

Laten we er duidelijk over zijn: 'Niet de arts maar de apotheker beheert de sleutel tot de medicijnkast'.

KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
NVVE	Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (nu: Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levensende)
RPF	Reformatorische Politieke Federatie (sinds 2001 opgegaan in ChristenUnie)
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

---

<sup>100</sup> KNMG/KNMP. Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding. Utrecht/Den Haag, 2012.

### Inleiding

De aandacht voor de rol en de inzet van de apotheker voor goede zorg bij het levenseinde is in de afgelopen jaren toegenomen. In de palliatieve en de terminale zorg wordt de apotheker regelmatig beschouwd als een onmisbaar lid van het zorgteam. Zijn taak is dan gewoonlijk de zorg voor afstemming van medicatie bij bijvoorbeeld comorbiditeit en orgaanfalen (nieren, hart, longen) en het voorkomen van ongewenste effecten en bijwerkingen door bewaking van interacties en doseringen van geneesmiddelen. Ook is er meer aandacht voor de communicatieve vaardigheden van de apotheker in de zorg voor het levenseinde en wordt erkend dat de apotheker een eigen zorgplicht heeft in de terminale en palliatieve zorg. De kwaliteit van de zorg die een apotheker verleent, bijvoorbeeld bij het minderen van medicatie, is het centrale moment in de verschillende empirische en conceptuele beschouwingen. (Burns and Nair (1))

De aandacht voor de rol van de apotheker bij medische hulp bij zelfdoding (Physician Assisted Suicide, PAS) en euthanasie in de wetenschappelijke literatuur is echter in de laatste dertig jaar niet bijzonder toegenomen. Om meer inzicht te krijgen in de rol en inzet van apothekers bij de zorg bij het levenseinde is voorafgaand aan de studie naar de taken en verantwoordelijkheden van apothekers bij euthanasie en hulp bij zelfdoding in Nederland een literatuurstudie uitgevoerd.

De eerste artikelen zijn van Nederlandse auteurs die eind jaren tachtig aandacht besteden aan de juiste keuze van middelen en de wijze van aflevering door de apotheker aan de (huis)arts, gevolgd door artikelen in het begin van de jaren negentig die de situatie in Oregon bespreken wanneer daar PAS wordt gelegaliseerd. Rond 2000 vond er een debat plaats in het Verenigd Koninkrijk en daarna volgden artikelen uit België en meer recent Canada. In elke nieuwe publicatie over dit thema worden toedieningsvormen, keuze van middelen en de plichten en taken van apothekers besproken. Er is weinig tot geen systematisch empirisch onderzoek gedaan naar de samenwerking van apothekers met artsen in het contact met de patiënt. Tot slot krijgt het farmacie onderwijs in de zorg voor het levenseinde aandacht in de literatuur.

In dit literatuuroverzicht gaat het vooral om die artikelen waarin de werkwijze, samenwerking, plichten en taakstelling van de apotheker naar voren komen. De vraagstelling van de review is daarom: wat wordt er in de literatuur beschreven over de zorg van de apotheker bij terminale zorg en euthanasie of hulp bij zelfdoding?

### Methode

De artikelen zijn gezocht via Pubmed op 4 april 2016. Trefwoorden zijn: pharmacy, euthanasia: search terms: Search (((euthanasia[MeSH Terms]) OR euthanasia)) AND (((((pharmacy[MeSH Terms]) OR pharmacy) OR pharmacies[MeSH Terms]) OR pharmacies)). Aantal hits: 69, na opschoning: 40, na selectie van de voor het onderzoek relevante artikelen: 17.

Het beperkte aantal artikelen na opschoning maakte het mogelijk om de artikelen één voor één te bekijken op beschikbaarheid en relevantie. Beschikbaarheid betekent dat het artikel in Nederland kan worden gedownload, indien nodig tegen betaling. Onder relevantie wordt verstaan dat farmaceutische zorg bij het levenseinde ook daadwerkelijk voorwerp van onderzoek is en niet slechts wordt genoemd bij een onderzoek waarin artsen of andere zorgverleners centraal staan. Na de

selectie op beschikbaarheid en relevantie bleven 17 artikelen over. Deze zijn geordend in Endnote en stuk voor stuk bestudeerd.

## **Resultaten**

Uit de bestudering van de artikelen kwamen vijf thema's naar voren:

1. Levensbeschouwelijke overwegingen
2. Centrale taak van de apotheker: bijdrage aan de levenskwaliteit van patiënten
3. Apotheker als adviseur van arts en patiënt
4. Apotheker als de beheerder van middelen
5. Peilingen naar de bereidheid van apothekers om mee te werken aan PAS en euthanasie

### ***1: Levensbeschouwelijke overwegingen***

Heeft de apotheker het recht op een clause van gewetensnood in de bijstand van patiënten die actieve stervenshulp wensen? Welke religieuze en andere overwegingen spelen hierbij een rol? Is er een levensbeschouwelijke of filosofische fundering voor de apotheker om te assisteren bij levensbeëindigend handelen?

De vraag naar gewetensnood en de mogelijkheid om met een beroep op gewetensnood niet betrokken te worden bij actieve levensbeëindiging, komt in verschillende artikelen aan de orde. (Mullan, Allen (2), Wagner (3), Boissinot, Benamou (4), Varadarajan, Freeman (5)). Boissinot geeft aan dat de apotheker geen beroep kan doen op gewetensnood bij de aflevering van recepten. Een dergelijk beroep is al verworpen bij de aflevering van contraceptiva. De overige auteurs menen echter dat een beroep op gewetensnood een algemeen recht is, dat ook voor apothekers moet gelden wanneer er een alternatief is voor de aflevering. Mullan ontwerpt hiervoor een model, terwijl Wagner een pleidooi houdt voor de erkenning van gewetensbezwaren.

Vrijheid van geweten op grond van religieuze overtuiging is meestal het standaardvoorbeeld voor de discussie over gewetensnood. Ook Boissinot erkent dat die vrijheid moet worden gerespecteerd. Volgens de richtlijn van de KNMP/KNMG richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding heeft de apotheker het recht om te weigeren mee te werken aan actieve levensbeëindiging wegens "moverende redenen". (Bijlage IX van de richtlijn (18))

Een levensbeschouwelijke fundering voor de zorg bij actieve levensbeëindiging wordt geboden door Dixon en Kier. (Dixon and Kier (6)) Zij leggen een fundament met een ethische beschouwing die steunt op het werk van de Franse filosoof Levinas en diens uitwerking van barmhartigheid (mercy). Of dit fundament voldoende is om in de zorg voor de levenskwaliteit ook de zorg voor het sterven op te nemen wordt verder niet in de literatuur in ogenschouw genomen.

### ***2: Centrale taak van de apotheker: bijdrage aan de levenskwaliteit van patiënten***

De apotheker zorgt voor kwaliteit en veiligheid bij het afleveren en gebruik van medicijnen. Die kwaliteit en veiligheid staan niet op zichzelf maar zijn onderdeel van de zorg die de apotheker heeft voor de levenskwaliteit van patiënten. Dat is de stelling die in de meeste artikelen wordt verdedigd als de praktische en theoretische basis voor medewerking aan actieve levensbeëindiging. (Schneiderhan (7), Naafs (8), Hackett and Francis (9), Boissinot, Benamou (4), Borgsteede, Rhodius (10)). Opvallend is dat de erkenning van een eigen rol van de apotheker ten behoeve van de levenskwaliteit van de patiënt in de Nederlandse richtlijn niet expliciet wordt benoemd. Boissinot en Naafs benadrukken juist dat de apotheker voor de patiënt ook als vertrouwenspersoon zou moeten gelden, Borgsteede benadrukt voorts dat de kennis van de apotheker van groot belang is voor de

kwaliteit van de zorg voor het levenseinde, een stelling die ook in veel artikelen over palliatieve zorg en de omgang met opiaten wordt verdedigd.

### **3: De apotheker als adviseur van arts en patiënt**

Uit de stelling dat de apotheker zijn werk in dienst stelt van de zorg voor de levenskwaliteit van de patiënt, kan volgen dat de apotheker ook adviseur is van de patiënt. Niet alle auteurs geven dat aan, maar een aantal vindt de kennis van en communicatie met de patiënt van groot belang (Schneiderhan (7), Varadarajan, Freeman (5), Naafs (8), Boissinot, Benamou (4)). Uiteraard vergt dat adviseurschap speciale vaardigheden in de communicatie zoals ook wordt benadrukt in een pleidooi voor meer onderwijs voor apothekers over levenseindezorg (Dickinson (11)). Boissinot maakt daarbij wel een onderscheid tussen ziekenhuisapothekers en openbaar apothekers in stad en land. Verwacht mag worden dat de laatste categorie al een langer bestaande relatie heeft met de patiënt dan alleen bij het levenseinde.

### **4: Apotheker als beheerder van middelen**

De kwaliteit en de veiligheid van de middelen die worden gebruikt bij de zorg voor het levenseinde, worden in vrijwel alle artikelen beschouwd als de belangrijkste deskundigheid van de apotheker (Boissinot, Benamou (4), Borgsteede, Rhodius (10), de Boer, Sang Lau (12), Lau, Riezebos (13), Hackett and Francis (9), Hanlon, Weiss (14), Varadarajan, Freeman (5), Schneiderhan (7), Naafs (8)). In de laatste levensfase kunnen veel medicijnen tegelijkertijd worden gebruikt en de apotheker draagt zorg voor de juiste keuze van die middelen en stemt de dosering en het gebruik af op het lichamenlijk functioneren. Ook bij de verstrekking van middelen voor actieve levensbeëindiging is de juiste afstemming van de dosering en de keuze voor de geschikte toedieningsweg van de middelen van groot belang.

### **5: Peilingen naar de bereidheid van apothekers om mee te werken aan PAS en euthanasie**

In de USA en het Verenigd Koninkrijk zijn evenals in Nederland en België peilingen verricht naar de bereidheid van apothekers om mee te werken aan vormen van actieve levensbeëindiging, zoals PAS en euthanasie (Hanlon, Weiss (14), Hackett and Francis (9), Lau, Riezebos (13), Gerson, Lewis (15), Rupp (16), Smets, Cohen (17)). Uit de artikelen blijkt dat in de Europese landen de bereidheid van apothekers om mee te werken aan actieve levensbeëindiging groter is dan in de USA. Voorts dat de bereidheid wordt gekoppeld aan de professionele taak van de apotheker jegens de patiënt. Bezwaren liggen vooral in de sfeer van de gewetensnood en de definitie van professionele taakopvatting. (Wagner (3)). Varadarajan besteedt uitgebreid aandacht aan het gegeven dat de apotheker in de regeling van Oregon nietwas opgenomen (Varadarajan, Freeman (5)).

### **Discussie en conclusie**

Uit de thematische ordening blijkt uit de gevonden literatuur dat er op veel verschillende manieren naar de betrokkenheid van de apotheker bij levensbeëindigend handelen wordt gekeken. Slechts Boissinot et al., die voor de Franse apothekers hun artikel hebben geschreven, en Naafs hebben op beschouwende wijze getracht de verschillende perspectieven te integreren tot een consistente visie op de taak van de apotheker als zorgverlener. In de meeste andere artikelen staat één thema centraal, waarbij de empirische onderzoeken zich concentreren op de bereidheid van de apotheker om mee te werken of op de wijze van aflevering en de samenstelling van middelen. Nader onderzoek naar de professionele taak van de apotheker bij de zorg voor het levenseinde en de samenhang met

persoonlijke normen en waarden lijkt derhalve geboden. Een keuze die daarbij voor de hand ligt is die tussen de visie op de apotheker als degene die zorg draagt voor controle op de middelen en hun veiligheid bij de aflevering en de visie dat de apotheker lid is van een team van zorgverleners dat zorgt voor een optimale levenskwaliteit van de patiënt in de laatste levensfase.

Een ander punt van discussie is of de apotheker wel of niet direct met de patiënt communiceert over de laatste levensfase. Dat zal per setting (al dan niet in ziekenhuis, verpleeghuis of thuissituatie) wellicht kunnen verschillen, maar duidelijkheid over de positie van de apotheker bij de voorlichting en de voorbereiding van het komende sterven is een zaak die nader moet worden onderzocht om te komen tot duidelijke richtlijnen en afstemming met andere zorgverleners, zoals artsen en gespecialiseerde levenseindeconsulenten of (wijk)verpleegkundigen.

Tot slot blijkt uit de peilingen dat Nederland en België een hoge mate van bereidwilligheid kennen voor de participatie van de apotheker aan levensbeëindigend handelen (75-90%). De inzet voor goede farmaceutische zorg en efficiënte controle op kwaliteit, veiligheid en toediening van de middelen in de aflevering lijkt daarmee gewaarborgd.

## Referenties

1. Burns E, Nair S. New horizons in care home medicine. *Age and ageing* 2014;43(1):2-7.
2. Mullan K, Allen WL, Brushwood DB. Conscientious objection to assisted death: can pharmacy address this in a systematic fashion? *Ann Pharmacother* 1996;30(10):1185-91.
3. Wagner BK. Pharmacists should not participate in abortion or assisted suicide. *Ann Pharmacother* 1996;30(10):1192-6.
4. Boissinot L, Benamou M, Leglise P, Mancret RC, Huchon-Becel D. [Euthanasia and/or medically assisted suicide: Reflection on the new responsibility of the hospital pharmacist]. *Ann Pharm Fr* 2014;72(2):82-9.
5. Varadarajan R, Freeman RA, Parmar JR. Aid-in-dying practice in Europe and the United States: Legal and Ethical Perspectives for Pharmacy. *Res Soc Adm Pharm* 2016;12(6):1016-1025.
6. Dixon KM, Kier KL. Longing for mercy, requesting death: pharmaceutical care and pharmaceutically assisted death. *Am J Health-Syst Pharm* 1998;55(6):578-85.
7. Schneiderhan ME. Physician-assisted suicide and euthanasia: the pharmacist's perspective. *Omega*. 1999;40(1):89-99.
8. Naafs NJ. Pharmaceutical care until the end: the role of pharmacists in euthanasia in The Netherlands. *Pharm World Sci* 2001;23(4):129-31.
9. Hackett EA, Francis SA. "Death was a blessing"--should it ever be pharmaceutically hastened? British pharmacists' views. *Pharm World Sci* 2003;25(6):288-93.
10. Borgsteede SD, Rhodius CA, De Smet PA, Pasma HR, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML. The use of opioids at the end of life: knowledge level of pharmacists and cooperation with physicians. *Eur J Clin Pharmacol* 2011;67(1):79-89.
11. Dickinson GE. End-of-life and palliative care education in US pharmacy schools. *Am J Hosp Palliat Care* 2013;30(6):532-5.
12. de Boer A, Sang Lau H, Porsius A. Physician-assisted death and pharmacy practice in the Netherlands. *N Engl J Med* 1997;337(15):1091-2.
13. Lau HS, Riezebos J, Abas V, Porsius AJ, De Boer A. A nation-wide study on the practice of euthanasia and physician-assisted suicide in community and hospital pharmacies in The Netherlands. *Pharm World Sci* 2000;22(1):3-9.
14. Hanlon TR, Weiss MC, Rees J. British community pharmacists' views of physician-assisted suicide (PAS). *J Med Ethics* 2000;26(5):363-9.

15. Gerson S, Lewis D, Gamondi C. Euthanasia, Assisted Dying, and Assisted Suicide in Palliative Care Settings: Reports from the Netherlands, Switzerland, and Washington State. *J Pain Symptom Manage* 2016;51(2):326-7.
16. Rupp MT. Physician-assisted suicide and the issues it raises for pharmacists. *Am J Health-System Pharm* 1995;52(13):1455-60.
17. Smets T, Cohen J, Bilsen J, Van Wesemael Y, Rurup ML, Deliens L. Attitudes and experiences of Belgian physicians regarding euthanasia practice and the euthanasia law. *J Pain Symptom Manage* 2011;41(3): 580-93.
18. KNMG/KNMP richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding <https://www.knmp.nl/downloads/richtlijn-uitvoering-euthanasie-en-hulp-bij-zelfdoding.pdf> (ass 30-04-2016 wg)





## Slotbeschouwing

De verschillende deelonderzoeken geven inzicht in en overzicht van de farmaciepraktijk rond het levenseinde in Nederland vanuit het perspectief van de apotheker. In dit onderzoek is vooral de praktijk van de openbaar apotheker onderzocht, omdat 95% van de verzoeken voor euthanasie door de huisarts of andere artsen in de eerste lijn wordt behandeld. Onderzoek naar euthanasiepraktijk in instellingen, zoals ziekenhuizen of verpleeghuizen kan een waardevolle aanvulling zijn op dit onderzoek.

De resultaten uit de zes deelonderzoeken zijn consistent en vullen elkaar aan. De conclusies en aanbevelingen geven een richting aan waarin verder gewerkt kan worden. De aanbevelingen kunnen ingebracht worden in gesprekken met de verschillende belanghebbenden aan daarvoor geëigende gesprekstafels. Zie voor een overzicht van alle aanbevelingen Bijlage 2, p 77.

In de eerste plaats het gesprek tussen de individuele apotheker en de patiënt.

Wensen en behoeften van individuele patiënten ten aanzien van het levenseinde kunnen zeer verschillende vormen aannemen en vragen om een open houding en professionele en op de individuele patiënt afgestemde benadering door de apotheker. De apotheker zal daarbij zij aan zij met andere betrokken hulpverleners te werk dienen te gaan. Aanbevelingen over het verhelderen en verstevigen van de wettelijke en maatschappelijke rol van de apotheker en over de opleiding en educatie, de samenwerking met artsen en andere hulpverleners geven hiervoor oplossingsrichtingen aan.

Ten tweede het gesprek tussen apothekers onderling en met de beroepsgroep als geheel.

De aanbevelingen over opleiding en educatie, ondersteuning van apothekers en team door experts op regionaal of nationaal niveau en het gezamenlijk verhelderen en expliciteren van de rol van de apotheker in voortdurende dialoog tussen de leden onderling en met de vereniging zijn onmisbaar.

In de derde plaats het gesprek tussen de koepels van artsen en apothekers KNMG en KNMP.

De aanbevelingen die betrekking hebben op de richtlijn kunnen middels gesprekken in een stuurgroep KNMG/KNMP het werk van de richtlijncommissie ondersteunen. Daaronder valt ook het gesprek in de richtlijncommissie over aanpassingen in de richtlijn.

Het historisch en juridisch onderzoek geven een helder en concreet beeld van de verwevenheid van de medische en farmaceutische professionaliteit in de zorg rond het levenseinde die uit balans is. Het gebrek aan balans is in belangrijke mate terug te voeren op de toepasselijke wet- en regelgeving. Verbetering van die zorg vergt een duidelijke visie op de maatschappelijke verantwoordelijkheid en rol in de zorgverlening door de apotheker. Zoals er niet-normaal medisch handelen is, is er ook niet-normaal farmaceutisch handelen. Het eerste verschilt van het laatste onder meer doordat van erkenning van het niet-normale farmaceutisch handelen in het recht geen sprake is. Voor zover dit niet met wet- en regelgeving of beleid ongedaan te maken is, moet de oplossing in zelfregulering gezocht worden.

Ten slotte het gesprek met de samenleving, vertegenwoordigd door VWS.

Duidelijk wordt dat bij levenseinde zorg de inzet van de apotheker onmisbaar en niet vanzelfsprekend is. Onduidelijkheid over de taken en verantwoordelijkheden van de apotheker bij levenseindezorg kunnen verantwoorde farmaceutische zorgverlening belemmeren en nadelig uitwerken voor patiënten en hun naasten. Het is wenselijk dat de apotheker evenals de arts getoetst wordt op zijn besluitvorming en professionele handelen bij euthanasie en hulp bij zelfdoding. Daarvoor lijkt het noodzakelijk te zijn dat er een voorziening voor apothekers bij wet geregeld wordt om een consistente en eenduidige uitwerking in de richtlijnen voor de beroepsgroep mogelijk te maken. Het historisch onderzoek levert leerpunten op uit ervaringen in het verleden.



## Bijlage 1 Euthanasie in cijfers

Annemieke Horikx

Uit onderzoek onder artsen bij de tweede evaluatie van de euthanasiewet wordt het aantal verzoeken in 2011 voor euthanasie 'op afzienbare tijd' geschat op 13.400. In Nederland was in 2010 het gemiddeld aantal sterfgevallen per jaar 140.000. Daarvan overleden 4050 aan euthanasie of hulp bij zelfdoding (2,9%).<sup>101</sup>

Uit meldingen bij de regionale toetsingscommissie euthanasie (RTE's) is op te maken dat het aantal meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding is toegenomen van 3136 in 2010 tot 5516 in 2015. Van 2010 tot 2015 nam het aandeel euthanasie volgens het sterfgevallenonderzoek toe van 2,9% tot 3,9%.<sup>102</sup> Het aantal meldingen van euthanasie bij Rte bleef in 2010 achter bij het aandeel euthanasie uit het sterfgevallenonderzoek in 2010 (3136 vs 4050).<sup>103</sup>

Het aantal malen euthanasie dat door artsen van de Levenseindekliniek werd uitgevoerd nam toe van 133 in 2013 (3%) tot 365 in 2015 (6,8%).<sup>104</sup>

SFK heeft gegevens aangeleverd van 2012-2014 van alle spierrelaxans (M03AC) en van de coma-inductors thiopental en propofol.

Spierrelaxans worden via het reguliere kanaal verkregen en zijn opgenomen in het Geneesmiddel Vergoeding Systeem (GVS). Het aantal verstrekkingen van spierrelaxans nam toe van 2451 in 2010 tot 4150 in 2014.

Omdat SFK gegevens afkomstig zijn uit de eerste lijn (gegevens uit openbare apotheken) zijn alleen de aantallen meegenomen van huisarts, Specialist Ouderen Geneeskunde en andere in de eerste lijn werkende artsen. Dit is ongeveer 95% van het totaal aantal artsen dat euthanasie meldt.

Een spierrelaxans moet volgens de KNMG/KNMP richtlijn 2012 bij euthanasie altijd worden toegediend, ook al lijkt de patiënt te zijn overleden. Wanneer de hulp bij zelfdoding niet slaagt moet alsnog worden overgestapt op de iv methode; dit heet de combinatie.

In de RTE jaarverslagen worden de aantallen euthanasie, hulp bij zelfdoding en de combinatie apart vermeld. Er is geen informatie over de verhouding waarin individuele artsen euthanasie of hulp bij zelfdoding uitvoeren. Er wordt uitgegaan van een gemiddelde verdeling over alle artsen.

Uit de SFK cijfers 2012-2014 blijkt dat het aantal in het AIS (Apotheek Informatie Systeem) vastgelegde coma-inductors 50-59% van het in het AIS vastgelegde aantal spierrelaxans betreft.

Omdat de coma-inductor thiopental in de periode 2012 tot 2014 niet leverbaar was via het reguliere kanaal en de vergoeding of wijze van declaratie van thiopental per verzekeraar kan verschillen bestaat de mogelijkheid dat niet alle verstrekkingen van thiopental in de SFK data terug te vinden zijn.

Het aantal in het AIS ingevoerde spierrelaxans blijft achter bij het aantal bij Rte gemelde gevallen van euthanasie (85%). (Tabel 7)

---

<sup>101</sup> A. van der Heide et al, Euthanasie en andere beslissingen rond het levenseinden. Sterfgevallenonderzoek 2010, Den Haag: ZonMw, juni 2012.

<sup>102</sup> Euthanasie in cijfers. Mei 2016 KNMG (te raadplegen via <https://www.knmg.nl/content/viewpoints-and-guidelines-euthanasia-1.htm>).

<sup>103</sup> Regionale toetsingscommissies euthanasie, Jaarverslag 2015, Den Haag, april 2016.

<sup>104</sup> Stichting Levenseindekliniek Jaarverslag 2015.

In 2013 werd in het Rte rapport het aantal meldingen door artsen van de Levenseindekliniek nog niet apart gepubliceerd. Het aantal van 133 is afkomstig uit het Jaarverslag van de Stichting Levenseindekliniek en gerelateerd aan het totaal aantal melding zoals gepubliceerd in het Jaarverslag van de RTE's in 2013, Sinds 2014 publiceert de RTE's wel apart de meldingen van Levenseindekliniekartsen.

**Tabel 7 Verstrekkingen spierrelaxans vergeleken met meldingen euthanasie 2012-2014**

	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>SFK:</b> verstrekkingen spierrelaxans	3272	3659	4150
<b>RTE:</b> aantal gemelde euthanasie en combinatie <sup>105</sup>	3661	4139	4691
Percentage SFK gegevens t.o.v. RTE	89%	88%	88%

Apothekers leggen niet structureel de verstrekte euthanatica vast. Hiervoor is een aantal mogelijke verklaringen te geven.

Mogelijk is niet bij alle apothekers bekend dat spierrelaxans via het GVS worden vergoed. Een andere reden kan zijn dat apothekers hier wel bekend mee zijn, maar dat het vastleggen niet zinvol wordt gevonden, omdat medicatie met een verstrekingsdatum op of na de dag van het overlijden door de zorgverzekeraar wordt afgekeurd op de declaratie. Ook terughoudendheid van de apotheker vanwege privacy overwegingen (nabestaande(n) zien op de nota van de zorgverzekering de euthanatica), kan een reden zijn om euthanatica niet vast te leggen in AIS.

---

<sup>105</sup> Het aantal uitvoeringen van euthanasie en combinatie, uitgevoerd door de huisarts, andere arts of Levensindklinikarts.

## Bijlage 2 Overzicht aanbevelingen uit de deelonderzoeken

<b>Apotheker en maatschappij</b>	
1	In het strafrecht zou de betrokkenheid van de apotheker in zaken van euthanasie en hulp bij zelfdoding erkend moeten worden
2	Het vervolgingsbeleid van het openbaar ministerie ten aanzien van de betrokkenheid van apothekers bij euthanasie en hulp bij zelfdoding zou duidelijkheid moeten verschaffen en kenbaar moeten zijn. De beroepsorganisatie zou hiervoor in overleg moeten treden met vertegenwoordigers van het OM
3	Verhelderen en verstevigen van de maatschappelijke rol en positie van de apotheker door uitwerken kernwaarden van de apotheker voor levenseindezorg
4	Transparantie bevorderen en formalisering taak en rol apotheker in wet- en regelgeving, inclusief Rte's, bij euthanasie en hulp bij zelfdoding
5	Professionalisering van de samenwerking met artsen bevorderen
6	Transparantie bevorderen en formalisering van eigen zorgvuldigheidscriteria voor apotheker
7	Regelgeving doorleveren bereidingen euthanatica herzien
8	Uniform en kostendekkend tarief voor farmaceutische levenseindezorg beschikbaar maken
9	Ondersteuning individuele apothekers bij incidenten en calamiteiten bij levenseindezorg borgen
<b>Samenwerking apothekers onderling</b>	
10	Kaderapothekers (SCEN-apothekers) levenseindezorg opleiden en beschikbaar maken
11	Regionaal op voorraad houden en beschikbaar maken van de middelen bevorderen
12	Persoonlijke en intercollegiale nazorg na afronden van een euthanasie faciliteren
13	Protocol werkafspraken voor noodsituaties opstellen
14	Inter-professionele educatie arts en apotheker levenseindezorg waarin aandacht voor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bevorderen kennis en inzicht in taken en verantwoordelijkheden apothekers</li> <li>• Besef dat er sprake is van buitengewoon farmaceutisch handelen</li> <li>• Beschikbaarstelling benodigde contextuele patiënt informatie</li> <li>• Gezamenlijk afronden en evalueren na een euthanasie Interviews</li> </ul>
15	Kennis van de richtlijn euthanasie bevorderen
16	Bevorderen bewustzijn van en aandacht voor impact op apotheker en diens medewerkers
17	Communicatie over levenseindezorg met patiënt en naasten, collega's, apotheekmedewerkers en artsen
18	Aandacht voor morele dimensie van levenseindezorg en inzicht in de rol van persoonlijke en professionele waarden
19	Bevoegdheid meewerken aan verzoek koppelen aan expertise/registratie
20	Intervisie complexe casuïstiek levenseindezorg
21	Supervisie door opleider of deskundige collega tijdens opleiding tot openbaar apotheker
22	Gelegenheid bieden voor leren in de praktijk bij gewetensbezwaar opleider in de opleidingsapotheek
23	Verbeteren van kennis van wettelijke en professionele kaders
24	Richtlijn met expliciet beschreven gedeelde en eigen verantwoordelijkheid
25	In de richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding zou geëxpliciteerd moeten worden dat zij van toepassing is op niet normaal farmaceutisch handelen en dat haar normen voorwaardelijk zijn: anders dan de normen die zien op normaal farmaceutische handelen zijn zij pas onderdeel van de professionele standaard na aanvaarding door de individuele beroepsbeoefenaar.
26	Continuïteit farmaceutische zorg bij levenseinde door behandelrelatie apotheker-patiënt te borgen.
27	Het uitgangspunt dat de eigen apotheek van de patiënt om verstrekking van de euthanatica verzocht wordt, zou als beroepsnorm in de richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding opgenomen moeten worden.
28	Expliciteren gezamenlijke voorbereiding, nabespreking, afronding en registratie
29	Duidelijk omschreven criteria/definitie voor een euthanasieverzoek
30	Duidelijk omschrijven tijdig aankondigen verzoek door arts. Bijvoorbeeld tegelijk met inschakelen onafhankelijke (SCEN)-arts
31	Duidelijk omschrijven tijdig en voldoende informatie over situatie patiënt
32	Aan het al dan niet aanvaarden van de normen van de richtlijn gaat gewetensonderzoek vooraf. De richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding zou apothekers moeten aansporen dit onderzoek te verrichten en tijdig een standpunt te bepalen.

33	De richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding moet apothekers verplichten het eenmaal ingenomen standpunt tijdig mee te delen aan artsen, collega-apothekers en medewerkers, zodanig dat voor anderen in het verzorgingsgebied op voorhand duidelijk is of wel of niet medewerking te verwachten valt.
34	De richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding dient zodanig te worden aangepast dat de apotheker zoveel als mogelijk gevrijwaard blijft van tijdsdruk
35	In de richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding zou bepaald moeten worden dat de arts de apotheker op diens verzoek alle informatie verstrekt die deze nodig heeft om tot een afgewogen oordeel te komen.
36	In de richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding zou opgenomen moeten worden dat de arts de apotheker informeert over het verloop van euthanasie of hulp bij zelfdoding, in ieder geval wanneer die anders is dan door beiden werd voorzien.
37	In de richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding zou opgenomen moeten worden dat de arts de apotheker informeert over het oordeel van de RTE.
38	In de richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding zou een procedure opgenomen moeten worden, die duidelijkheid verschaft over de te nemen stappen indien overgebleven middelen niet geretourneerd worden of als afgifte plaatsvindt op grond van een welbewust onjuiste voorstelling van zaken door de arts.
39	Orale methode evalueren/herzien
40	Stappenplan, bereidingsprotocollen en benodigdhedenlijst
41	Heroverweging advies premedicatie en gebruik lidocaïne
42	Vragen passend maken aan de doelen van de vragenlijst
43	De vragen aan arts en apotheker op elkaar afstemmen
44	Indeling en terminologie afstemmen met de jaarverslagen van de RTE's
45	Jaarlijkse evaluatie van de KNMG/KNMP Vragenlijsten data
46	Passende financiering euthanatica, hulpmiddelen, bereiding en verstrekking
47	Beschikbaarheid van de middelen
48	Nader onderzoek naar de professionele taak van de apotheker bij de zorg voor het levenseinde en de samenhang met persoonlijke normen en waarden.
49	Duidelijkheid over de rol en positie van de apotheker in de zorgketen: De apotheker als degene die zorg draagt voor controle op de middelen en hun veiligheid bij de aflevering óf de apotheker als lid van een team van zorgverleners dat zorgt voor een optimale levenskwaliteit van de patiënt in de laatste levensfase.
50	Wenselijkheid of noodzaak of de apotheker wel of niet direct met de patiënt communiceert over de laatste levensfase.

*“Maar het lijden van de persoon zelf, denk ik dat iemand dat op een gegeven moment aan kan geven, van: “Het is mooi”, en dat dit op een professionele manier gewaardeerd kan worden en ingevuld kan worden.”*