

Personen en omstandigheden bij euthanasie en hulp bij zelfdoding door huisartsen

G. VAN DER WAL
J.Th.M. VAN EIJK
H.J.J. LEENEN
C. SPREEUWENBERG

Via een anonieme, schriftelijke enquête onder ruim duizend Nederlandse huisartsen werden gegevens verzameld over de omstandigheden waaronder euthanasie of hulp bij zelfdoding door huisartsen plaatsvindt. Tevens kon gebruik worden gemaakt van 263 processen-verbaal uit Noord-Holland. De respons op de enquête bedroeg 67 procent; in totaal werden 388 (vooral recente) gevallen van euthanasie of hulp bij zelfdoding beschreven. Euthanasie en hulp bij zelfdoding vonden relatief vaak buiten kantooruren plaats. Van de euthanatica werd 11 procent niet rechtstreeks aan de arts ter hand gesteld. Toediening geschiedde meestal door de huisarts (71 procent) of de patiënt zelf (23 procent), maar in 6 procent van de gevallen door een derde. In 67 procent van de gevallen was de huisarts tijdens de uitvoering voortdurend aanwezig, in 22 procent van de gevallen af en toe, en in 9 procent van de gevallen was hij oproepbaar. Bij 3 procent van de patiënten was tijdens de uitvoering alleen de huisarts aanwezig; 1 procent was geheel alleen. In de overige gevallen waren derden – meestal partner en/of kinderen – in huis.

Van der Wal G, Van Eijk JThM, Leenen HJJ, Spreeuwenberg. Personen en omstandigheden bij euthanasie en hulp bij zelfdoding door huisartsen. *Huisarts Wet* 1992; 35(8): 302-4.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuis-geneeskunde, Vrije Universiteit, Van de Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam.

G. van der Wal, geneeskundig inspecteur; Prof. dr. J. Th. M. van Eijk, hoogleraar huisartsgeneeskunde; Prof. dr. H.J.J. Leenen, emeritus hoogleraar sociale achtergronden gezondheid en gezondheidszorg Universiteit van Amsterdam; Dr. C. Spreeuwenberg, hoofdredacteur Medisch Contact.

Inleiding

Over de wijze waarop en omstandigheden waaronder euthanasie en hulp bij zelfdoding in de praktijk plaatsvinden, is – ondanks gepubliceerde casuïstiek¹⁻⁵ – weinig bekend. In deze bijdrage gaan wij hierop in aan de hand van de volgende vraagstelling:

- Zijn er bepaalde tijdstippen waarop euthanasie en hulp bij zelfdoding 'bij voorkeur' worden uitgevoerd?
- Aan wie geeft de apotheker de euthanatica af? Is er overleg tussen huisarts en apotheker?
- Wie dient de euthanatica toe?
- Op welke wijze is de huisarts aanwezig tijdens de uitvoering?
- Zijn er derden aanwezig bij de uitvoering? Zo ja, wie?
- Waar wordt de euthanasie of hulp bij zelfdoding uitgevoerd?

Methode

Het onderzoek vond plaats onder ruim duizend zelfstandig gevestigde Nederlandse huisartsen.⁶

Op basis van een voorstudie van enkele tientallen processen-verbaal, vele gesprekken met (huis)artsen en literatuurstudie, werd een lijst van te meten variabelen opgesteld; aan de hand hiervan werd een enquêteformulier ontwikkeld, dat uit twee delen bestond: een algemeen en een specifiek deel. Het algemene gedeelte diende door elke huisarts te worden ingevuld; het bevatte vragen over achtergrondkenmerken van de huisarts en vragen die inzicht moesten geven in de omvang van de euthanasiepraktijk. De specifieke vragenlijst was uitsluitend bestemd voor de huisartsen die ooit euthanasie hadden toegepast of hulp bij zelfdoding hadden verleend; hun werd verzocht aan de hand van vragen het laatste geval te beschrijven.

Daarnaast kon worden beschikt over processen-verbaal, opgemaakt door de politie naar aanleiding van 'gemelde' gevallen van euthanasie of hulp bij zelfdoding. De waarde van deze processen-verbaal was voor ons onderzoek begrensd, doordat ze uitsluitend betrekking hadden op een Noordhollandse groep huisartsen die bovendien niet aselekt was samengesteld.

Verder kon niet op elke vraag altijd een antwoord worden gevonden.

De enquête werd gehouden onder twee aselekte steekproeven:

- 521 Noordhollandse huisartsen (48 procent van de populatie);
- 521 huisartsen uit de rest van Nederland (10 procent van de populatie).

Verder werden alle 263 processen-verbaal van door Noordhollandse huisartsen toegepaste euthanasie of verleende hulp bij zelfdoding geanalyseerd. De uiteindelijke analyse van dit materiaal gebeurde aan de hand van vragen uit de enquête.

Het onderzoek betrof primair de periode 1986-1989, maar circa een kwart van de door de huisartsen beschreven laatste gevallen van euthanasie of hulp bij zelfdoding viel buiten deze periode.

De validiteit van de vragenlijst werd gewaarborgd door een tweetal proefenquêtes. De betrouwbaarheid van het onderzoek werd bevorderd door diverse maatregelen om de anonimiteit van de respondenten te garanderen en door het onderzoek te beperken tot een recente, betrekkelijk korte periode.

In navolging van de Staatscommissie Euthanasie werden de volgende definities gehanteerd:

Euthanasie: het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene op verzoek van die betrokkene.

Hulp bij zelfdoding: het opzettelijk hulp verlenen bij een levensbeëindigend handelen door de betrokkene op diens verzoek.

Euthanatica: farmacologisch werkzame stoffen die bij euthanasie en hulp bij zelfdoding worden gebruikt om het leven te beëindigen (stoffen die overigens ook of zelfs meestal voor andere doeleinden worden aangewend).

De oververtegenwoordiging van de Noordhollandse huisartsen is niet gecorrigeerd, omdat er ten aanzien van het gebruik van euthanatica geen verschil tussen beide steekproeven bleek te zijn.

Alle in de tekst genoemde samenhangen of verschillen in uitkomsten zijn significant (Chi-kwadraattoets, $p < 0,05$), tenzij anders vermeld.

Resultaten

Respons

De respons op de enquête was 67 procent, zowel in Noord-Holland als in de rest van Nederland. Een uitgebreid non-responsonderzoek met betrekking tot een achttal achtergrondkenmerken leverde nauwelijks verschillen op tussen respondenten en non-respondenten.

In totaal 388 respondenten beschreven de laatste door hen toegepaste euthanasie (n=298) of verleende hulp bij zelfdoding (n=90): 228 Noordhollandse huisartsen (69 procent) en 160 uit de 'rest van Nederland' (48 procent).

Tijdstip uitvoering

Er waren geen duidelijke verschillen tussen het aantal gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding in de verschillende maanden of perioden van het jaar, noch in de enquête noch in de processen-verbaal. Wel bleek dat zowel euthanasie als hulp bij zelfdoding veel vaker buiten dan tijdens kantooruren plaatsvond: 73 versus 27 procent (processen-verbaal: 66 versus 34 procent). Van de gevallen buiten kantooruren vond 77 procent 's-avonds dan wel 's-nachts plaats en 23 procent in het weekend (processen-verbaal 65 en 35 procent). Buiten kantooruren was een wijkverpleegkundige even vaak aanwezig bij de uitvoering als tijdens kantooruren.

Aflevering euthanatica

Van de gebruikte middelen (exclusief antiemetica) werd 76 procent rechtstreeks door de apotheker aan de huisarts ter hand gesteld; 8 procent van alle middelen was afkomstig van apothekhoudende huisartsen. De apotheker leverde 8 procent van de euthanatica aan de patiënt en 3 procent aan iemand anders. Het ging hierbij meestal om opioïde analgetica en barbituraten. De overige middelen (5 procent) had de patiënt of de huisarts zelf reeds in bezit (bijvoorbeeld Vesparax®, respectievelijk diazepam, morfine of insuline) of had de huisarts gekregen van een anesthesist, behandelend specialist of collega-huisarts. Van de niet-apothekhoudende huisartsen pleegde 58 procent voor de daadwerkelijke uitvoering overleg met een apotheker. Dit

percentage bleef constant in de tijd (alleen in de twaalf casus van vóór 1980 was er geen overleg geweest).

In de processen-verbaal was hierover onvoldoende informatie voorhanden.

Toediener euthanatica

Van alle euthanatica werd 78 procent door de huisarts toegediend. Bij 71 procent van de patiënten was hij de enige toediener. In 23 procent van de gevallen verrichtte de patiënt de handeling zelf en in 6 procent van de gevallen was een ander daarbij betrokken (in de processen-verbaal was dit 1 procent). Het ging hier om 23 casus; 16× werd een middel door familie toegediend (8× oraal, 6× rectaal, 2× parenteraal), 4× parenteraal door een specialist of waarnermer, 3× door een wijkverpleegkundige (oraal, rectaal, parenteraal). In sommige gevallen gebeurde dit samen met of ook door de patiënt of huisarts.

Wanneer de patiënt zelf de middelen nam, gebeurde dit in 94 procent van de gevallen per os en ging het voornamelijk om barbituraten; van alle barbituraten werd 44 procent en van alle opioïde analgetica 12 procent door de patiënt zelf toegediend. De overige middelen werden vrijwel uitsluitend door de huisarts gegeven. Orale toediening geschiedde overigens niet alleen door de patiënt zelf (77 procent), maar ook door de huisarts (14 procent) of een ander (9 procent).

Aanwezigheid huisarts

In 74 procent van de gevallen van euthanasie was de huisarts voortdurend in huis aanwezig; bij hulp bij zelfdoding was dit 44 procent. In 21 procent van de gevallen van euthanasie en 23 procent van de gevallen van hulp bij zelfdoding was de huisarts er met tussenpozen. In respectievelijk 5 en 24 procent van de gevallen was de huisarts oproepbaar. In 9 procent van de gevallen van hulp bij zelfdoding was hij niet oproepbaar. Er was geen verschil in het aanwezigheidspatroon tijdens en buiten kantooruren.

In de situaties waarin de huisarts voortdurend aanwezig was geweest, was het tijdsverloop tussen het begin van de uitvoering tot het overlijden gemiddeld veel korter dan in de overige situaties: 22 minuten

(1 min. – 9 uur, mediaan 10 min.) versus 10 uur (1 min. – 72 uur, mediaan 45 min.). Het gemiddelde tijdsverloop in geval van voortdurende aanwezigheid verschilde tijdens en buiten kantooruren niet significant. Voortdurende aanwezigheid correleerde in hoge mate met intraveneuze toediening van euthanatica (met name diazepam of thiopenthal met een neuromusculair werkend spierrelaxans). Bij intramusculaire toediening (met name van opioïde analgetica), subcutane toediening (van opioïden en insuline) en ook rectale toediening was veel vaker sprake van aanwezigheid met tussenpozen. Bij orale toediening (vooral van barbituraten) was de huisarts vaker oproepbaar en soms helemaal afwezig. Het type aanwezigheid correleerde niet met huisarts- of patiëntenkenmerken.

In de processen-verbaal vonden wij soortgelijke verschillen tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding, met dien verstande dat de huisarts in beide situaties vaker voortdurend aanwezig was (respectievelijk 92 en 77 procent), terwijl het verschil in gemiddeld tijdsverloop minder uitgesproken was: 38 minuten (1 min. – 6 uur, mediaan 20 min.) versus 4 uur (5 min. – 25 uur, mediaan 25 minuten).

Aanwezigheid derden

In 3 procent van de gevallen was bij de uitvoering alleen de huisarts aanwezig; 1 procent van de patiënten was geheel alleen. In de overige gevallen waren er één of meer derden in huis, hetzij bij het bed, hetzij elders in huis (tabel). De meest aanwezige derden waren partners en kinderen. In

Tabel Aanwezigheid (voor zover van toepassing) van anderen dan de huisarts bij de uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding (enquête). Afgeronde percentages (n=370)*.

	Bij bed	In huis
Wijkverpleegkundige	13	4
Andere hulpverlener	16	7
Partner	78	17
Kind(eren)	62	24
Andere familie	25	22
Vriend(en)/vriendin(nen)	23	7
Andere(n)	10	4

* In 18 gevallen werd de betreffende vraag niet beantwoord.

bijna de helft van de gevallen waren zowel de partner als een of meer kinderen aanwezig; in 12 procent van de gevallen was ook nog andere familie aanwezig en in 1 procent van de gevallen bovendien een vriend of vriendin. Indien er derden bij de uitvoering aanwezig waren, dan was dat meestal bij het bed van de patiënt.

De processen-verbaal lieten een overeenkomstig patroon zien.

Plaats uitvoering

De euthanasie of hulp bij zelfdoding door de huisartsen vond bijna altijd plaats bij de patiënt thuis (96 procent, waarvan 5 procent in het verzorgingshuis). Bij een klein aantal patiënten geschiedde de uitvoering bij familie thuis (2 procent) of in een ziekenhuis (1 procent) of verpleeghuis (1 procent). De verhoudingen in de processen-verbaal waren voor wat betreft de plaats van uitvoering volstrekt identiek.

Beschouwing

In de enquête werd gevraagd het laatste geval van euthanasie of hulp bij zelfdoding te beschrijven. Selectiebias is daardoor niet geheel uitgesloten, maar wij achten de kans daarop niet groot. In de processen-verbaal werden immers dezelfde of overeenkomstige resultaten gevonden.

Dat euthanasie en hulp bij zelfdoding vooral buiten kantooruren plaatsvinden, is niet verrassend. Het gaat om een ingrijpende gebeurtenis, die tijd en rust vraagt. Dat geldt niet alleen voor de uitvoering, maar ook voor de voorbereiding en de 'nazorg'. De gevonden verschillen in tijdstippen van uitvoering tussen de enquête en de processen-verbaal zouden kunnen worden verklaard door het feit dat in de enquête is verzuimd 'kantooruren' en 'weekend' te definiëren, terwijl bij de analyse van de processen-verbaal 'kantooruren' tussen 08.30 uur en 17.30 uur vielen en een 'weekend' op vrijdagavond 17.30 uur begon.

Meer dan één op de tien euthanatica werd door de apotheker niet rechtstreeks aan de arts gegeven. Dit is niet conform de zorgvuldigheidscriteria van de KNMP.⁷ Volgens deze criteria kan het besluit tot afleveren van een euthanaticum pas worden genomen, nadat tijdig overleg heeft

plaatsgevonden tussen de betrokken arts en de apotheker. Naar eigen opgave hebben twee op de vijf huisartsen dat overleg niet gevoerd, maar kennelijk wel euthanatica afgeleverd gekregen.

Deze discrepanties verdienen de nodige aandacht. Naar onze mening vormen de KNMP-criteria uitstekende richtlijnen, maar is strikte naleving niet altijd nodig in situaties waar goede basis-afspraken tussen huisarts en apotheker bestaan, of waar gebruik kan worden gemaakt van reeds eerder, bijvoorbeeld in het kader van palliatie, verstrekte middelen.

Opvallend is dat in 5 procent van de gevallen bij de toediening van euthanatica een ander dan een arts of de patiënt is betrokken – meestal familie, in enkele gevallen de wijkverpleging. Dit strookt niet met de jurisprudentie, het KNMG-standpunt en de gezamenlijke richtlijnen van de KNMG en Nieuwe Unie '91 (vakorganisatie beroepsbeoefenaars verzorging en verpleging).⁸⁻¹⁰ In deze richtlijnen wordt ervoor gepleit de methode van uitvoering zo te kiezen dat deze door de arts kan worden verricht. De uitvoering van euthanasie behoort in principe niet te worden gedelegeerd; alleen als er om bepaalde redenen dient te worden gekozen voor 'meervoudige handelingen (...) kan de arts een verpleegkundige (...) vragen mee te werken aan de uitvoering, rekening houdend met haar deskundigheidsgebied'.¹⁰ Het komt ons voor dat familie niet mag worden belast met de vraag om mee te werken aan een levensbeëindigende handeling, ook niet in de thuissituatie.

Opmerkelijk is dat, als patiënten zichzelf middelen toedienen, dit meestal per os gebeurt, maar niet uitsluitend. Voorts dat toediening per os soms ook gebeurt door de arts of zelfs een ander. Deze uitkomsten bevestigen onze opvatting dat euthanasie en hulp bij zelfdoding een begrippenpaar zijn; tegelijkertijd rijst de vraag waardoor het verschil tussen beide begrippen dan precies wordt bepaald. Is dat de toedieningsweg of degene die toedient (en dan zien we nog af van het geval dat een arts actief interveneert, omdat de patiënt weer wakker dreigt te worden na het zelf ingenomen barbituratendrankje)?

Kennelijk zijn er vaak en diverse anderen

dan de huisarts en patiënt bij de uitvoering aanwezig. Euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn niet alleen een medisch-technische aangelegenheid met een grote emotionele lading en allerlei juridische en morele implicaties. Het zijn minstens evenzeer 'sociale gebeurtenissen' – voor de patiënt en voor de latere nabestaanden. Deze 'sociale gebeurtenis' speelt zich nog grotendeels af in het verborgene, ook wetenschappelijk gezien. Enig onderzoek onder nabestaanden is recent gepubliceerd,^{11 12} maar meer onderzoek naar de betekenis en de gevolgen van deze 'sociale gebeurtenis' is wenselijk.

Literatuur

- 1 Spreeuwenberg C. Huisarts en stervenshulp. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1981.
- 2 Meyboom-de Jong B. Actieve euthanasie. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 946-50.
- 3 Ponsioen BP. Hoe leert de huisarts leven met euthanasie? Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 961-4.
- 4 Kenter EGH. Euthanasie in een huisartspraktijk. Med Contact 1983; 38: 1179-83.
- 5 Kenter EGH. Het leven verlaten – over euthanasie. Haarlem: De Toorts, 1984.
- 6 Van der Wal G, Van Eijk JThM, Leenen HJJ, Spreeuwenberg C. Euthanasie en hulp bij zelfdoding door huisartsen. Onderzoek: opzet en methode. Med Contact 1991; 46: 171-3.
- 7 Anoniem. De positie van de apotheker inzake aflevering van euthanatica. 's-Gravenhage: KNMP, 1984/1987.
- 8 Leenen HJJ. Handboek Gezondheidsrecht. 2e druk. Alphen aan den Rijn: Samsom, 1988.
- 9 Anoniem. Standpunt inzake euthanasie. Hoofdbestuur Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunst. Med Contact 1984; 39:990-7.
- 10 Anoniem. Richtlijnen KNMG en Nieuwe Unie '91 inzake de samenwerking en taakafbakening arts en verpleegkundige bij de procedure rond euthanasie. Med Contact 1992; 47: 29-32.
- 11 Schaaf G, Meyboom-de Jong B. Hoe wordt euthanasie door naasten ervaren? Med Contact 1991; 46: 1279-80.
- 12 Van den Boom F, Gremmen T, Roozenburg H. Dementie, euthanasie en suïcide. In: AIDS: leven rond de dood. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv), 1991. ■

Abstract on page 315.

Een explorerend onderzoek. *Huisarts Wet* 1986; 29: 261-4.

- ²⁹ Terluin B. Surmenage in een huisartspraktijk. Over de wanverhouding tussen psychische belasting en belastbaarheid. *Med Contact* 1988; 43: 1495-8. ■

Abstract

Terluin B, Gill K, Winnubst JAM. How do general practitioners regard overstrain? *Huisarts Wet* 1992; 35(8): 311-5.

How do general practitioners regard (patients with) overstrain (surmenage)? This question was

asked in a written enquiry held among a random sample of general practitioners. There was a 34 percent response but there are indications that the response was representative of 63 percent of the number of general practitioners approached. Respondents' picture of overstrain can be summarised as follows. Overstrain is a syndrome that develops due to an 'overload', the result of an imbalance between the load a person must carry and the load this person is able to carry. An important part of the load a person must carry concerns problems in the workplace, in addition to other problems, other events in life, and overload at work and/or at home. The load a

person is able to carry may be influenced by personality factors. The clinical picture of overstrain (surmenage) is dominated by complaints of fatigue, lack of energy, psychic tensions, sleeping problems, irritability, lability, worrying, lack of concentration and inability to function normally. Most patients with overstrain are treated by their general practitioner and recover within three to six months.

Key words Family practice; Overstrain.

Correspondence B. Terluin MD, Health Centre 'De Spil', 1 's-Hertogenboschplein, 1324 WB Almere, The Netherlands.

Vervolg

Abstract

Van der Wal G, Van Eijk JThM, Leenen HJJ, Spreuwenberg C. People and circumstances around euthanasia and assisted suicide involving general practitioners. *Huisarts Wet* 1992; 35(8): 302-4.

An anonymous, written enquiry held among more than one thousand Dutch general practitioners provided information about the circumstances under which euthanasia or assisted suicide is performed by general practitioners. Use was also made of 263 official records from the province of North-Holland. The response rate in the enquiry was 67 percent; a total of 388 (mostly recent) cases of euthanasia and assisted suicide were described. Euthanasia and assisted suicide occurred relatively often outside office hours. The drugs used for euthanasia were not directly supplied by the pharmacist to the physician in 11 percent of cases. Administration was performed by the physician in 71 percent of cases, by the patient in 23 percent and by someone else in 6 percent. The physician was present throughout

the carrying out of the act in 67 percent of cases, from time to time in 22 percent and on call in 9 percent. In 3 percent of the patients only the general practitioner was present during the carrying out of the act; 1 percent of the patients were completely alone. In the remaining cases third parties – mostly partner and/or children – were in the house.

Key words Euthanasia; Family practice.

Correspondence G. van der Wal, Department of General Practice and Nursing Home Medicine, Free University, 7 Van de Boechorststraat, 1081 BT Amsterdam, The Netherlands.

Vervolg van pag. 310.

- ²¹ Mitchell AE, Stewart AW, Pattemore PK, et al. Socio-economic status in childhood asthma. *Int J Epidemiol* 1989; 18: nr. 4.

- ²² Buist AS, Vollmer WM. Reflections on the

rise in asthma morbidity and mortality. *JAMA* 1990; 264: 1719-20.

- ²³ Centraal Bureau voor de Statistiek. *Statistisch Jaarboek* 1990.

- ²⁴ Huygen FJA, Van Eijk J, Van den Hoogen H, et al. Een praktijk doorgelicht op Cara. *Huisarts Wet* 1977; 20: 383-6, 435-7, 438-48.

- ²⁵ Van Ree JW, Van Gerwen W, Van den Hoogen H. Interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. *Huisarts Wet* 1985; 28: 21-53.

- ²⁶ Instituut voor Psychologisch Marktonderzoek. P7376. Prevalentie Cara in Nederland.

- ²⁷ Usherwood TP. General practice audit of the care of children with asthma. *Br Med J* 1985; 291: 251-4.

- ²⁸ Lee DA, Winslow NR, Speight ANP, Hey EN. Prevalence and spectrum of asthma in childhood. *Br Med J* 1983; 286: 1256-8.

- ²⁹ Gellert AR, Gellert TSL, Iliffe SR. Prevalence and managements of asthma in a London inner city general practice. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 197-201. ■