

Consultatie bij euthanasie en hulp bij zelfdoding door de huisarts

B.D. PHILIPSEN
G. VAN DER WAL
J.Th.M. VAN EIJK

Philipsen BD, Van der Wal G, Van Eijk JThM. Consultatie bij euthanasie en hulp bij zelfdoding door de huisarts. *Huisarts Wet* 1994; 37(11): 478-81.

Samenvatting Op basis van een anonieme schriftelijke enquête onder twee aselechte steekproeven van in totaal 1042 huisartsen werd nagegaan op welke wijze consultatie bij euthanasie en hulp bij zelfdoding in de periode 1986-1990 werden uitgevoerd. Meestal kwamen de ernst van het lijden en de weloverwogenheid en duurzaamheid van het verzoek van de patiënt aan de orde. De consulent overlegde vrijwel altijd met de huisarts en sprak meestal ook met de patiënt. De consulent bleek het bijna altijd eens te zijn met de consulterende huisarts. De huisartsen zouden aan de afzonderlijke vereisten van de nieuwe meldingsprocedure redelijk hebben voldaan; slechts 12 procent van de consulterende huisartsen zou echter aan alle huidige vereisten hebben voldaan.

Vrije Universiteit, vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde en Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, Van der Boechorststraat 7, 1018 BT Amsterdam. Drs. B.D. Philipsen, gezondheidswetenschapper; Dr. G. van der Wal, geneeskundig inspecteur, Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Noord-Holland, Haarlem; Prof.dr. J.Th.M. van Eijk, hoogleraar huisartsgeneeskunde.
Correspondentie: Drs. B.D. Philipsen.

Inleiding

Nederlandse huisartsen passen per jaar 1900-2000 keer euthanasie of hulp bij zelfdoding toe.^{1,2} Verantwoorde euthanasie en hulp bij zelfdoding moeten voldoen aan een aantal inhoudelijke, procedurele en medisch-technische zorgvuldigheidseisen. Een van de procedurele zorgvuldigheidseisen is het consulteren van een andere arts. Het hoofdbestuur van de KNMG definieert deze consultatie als 'formele toetsing vooraf van de merites van het euthanasieverzoek'.³

Wie geconsulteerd moet worden, is niet erg duidelijk.⁴ In 1984 stelde het hoofdbestuur van de KNMG, dat de geconsulteerde arts de nodige distantie van de consulterende arts en de aangeboden problematiek moet hebben om tot een zo objectief mogelijk oordeel in staat te zijn.³ De Gezondheidsraad schreef in 1987 dat de arts een geneeskundige moet raadplegen die geacht kan worden een onafhankelijk oordeel te geven.⁵ Volgens *Roscam Abbing* betekent dit dat de consulent niet betrokken mag zijn bij de behandeling van de patiënt.⁶ In de handleiding bij de per 1 juni 1994 in werking getreden aandachtspunten voor melding van euthanasie en hulp bij zelfdoding wordt gesteld dat de consulent geen praktijkgenoot, arts-assistent, of medebehandelaar van de patiënt mag zijn.

Er moet ten minste één consulent worden geraadpleegd. Alleen bij een patiënt die lijdt aan een psychiatrische aandoening, is het oordeel van minimaal twee consulenten (van wie ten minste één psychiater) vereist.^{7,8} De Hoge Raad bleek overigens in de recente uitspraak in de zaak-Chabot een iets ruimhartiger opstelling te kiezen: er dient ten minste één onafhankelijke deskundige te worden geraadpleegd in geval van ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden zonder lichamelijke oorzaak.⁹

Waarom de consultatie zelf moet voldoen (vraagstelling en activiteiten van consulent), is ook niet erg duidelijk. Uit het advies van de Gezondheidsraad blijkt dat de consulent de patiënt niet onder alle omstandigheden behoeft te zien om zich een oordeel te kunnen vormen.⁶ In de aan-

dachtspunten in het kader van de nieuwe meldingsprocedure staat dat de arts de patiënt wél dient te hebben gezien. Ook wordt vermeld over welke onderwerpen de consultatie in ieder geval moet gaan: de toestand van de patiënt en de te verwachten termijn van overlijden, de eventueel aan te wenden alternatieven en de vrijwilligheid, weloverwogenheid en duurzaamheid van het verzoek van de patiënt.⁷

Eerder is door *Van der Wal et al.* beschreven hoeveel huisartsen opgaven een andere arts geconsulteerd te hebben (74 procent), welke discipline de consulent had (61 procent huisarts; 28 procent specialist; 11 procent overige) en in welke relatie de consulent tot de arts stond (33 procent lid waarneemgroep; 25 procent praktijkgenoot; 19 procent (mede)behandelend specialist; 23 procent overige).^{2,10} Deze gegevens hebben betrekking op de jaren 1986-1989. Nog niet beschreven uit dit onderzoek zijn de aspecten waarop de consultatie betrekking had, de activiteiten van de consulent, het oordeel van de consulent en de invloed hiervan op de beslissing van de arts. Nu de discussie rond consultatie, onder andere door de nieuwe meldingsprocedure en de uitspraak van de Hoge Raad in de zaak-Chabot, is opge-laaid, is het interessant dit alsnog te doen.⁹

De vraagstelling van dit artikel luidt:

- Op welke aspecten had de consultatie betrekking?
- Waaruit bestonden de werkzaamheden van de consulent?
- Wat was het oordeel van de consulent en wat was de invloed hiervan op het besluit van de arts?
- In welke mate voldeed de consultatie aan de eisen die in de thans vigerende meldingsprocedure worden gesteld?

Methode

Het onderzoek was descriptief en retrospectief van aard. Door het Nivel werden twee steekproeven getrokken: een van Noordhollandse huisartsen (n=521, 48 procent van de populatie) en een van huisartsen uit de rest van Nederland (n=521, 10 procent van de populatie). Om na te gaan of de non-respons selectief was, werd

een non-respons-onderzoek uitgevoerd onder 297 huisartsen die de enquête niet hadden teruggestuurd.²

Aangezien euthanasie een precair onderwerp is, werd gekozen voor een anonieme post-enquête. De enquête bestond voornamelijk uit gesloten en enkele open vragen. Een deel van de enquête was algemeen en een deel specifiek. Het algemene gedeelte, met vragen over achtergrondkenmerken en omvang van de euthanasiepraktijk, moest door alle huisartsen worden ingevuld; het specifieke gedeelte was

bestemd voor die huisartsen die in het algemene gedeelte hadden aangegeven ooit euthanasie of hulp bij zelfdoding te hebben toegepast. Dit deel bevatte vragen over de laatste keer dat men euthanasie of hulp bij zelfdoding had toegepast. Hier stonden ook de vragen over de consultatie.

De anonimiteit werd gewaarborgd door de vragenlijsten niet te nummeren, geen op personen herleidbare informatie te vragen en de dataverzameling te laten uitvoeren door een extern onderzoeksbureau. Dit werd benadrukt in de begeleidende brief.

Daarnaast zijn gegevens uit een bestand van Noordhollandse processen-verbaal van door huisartsen toegepaste euthanasie of verleende hulp bij zelfdoding (n=263) verzameld.² Hier zal alleen over gegevens uit de enquête gerapporteerd worden.

Onderzocht is welke invloed de volgende variabelen op de consultatie hebben gehad: sekse, praktijkvorm, gemeente (platteland, kleine stad, (middel)grote stad), al dan niet melden van de euthanasie, de functie van de consultant (huisarts, specialist of anders) en 'bekend zijn van arts met de consultant'. De sterke oververtegenwoordiging van huisartsen uit Noord-Holland is gecorrigeerd door aan de gegevens van deze groep een gewicht van 0,21 toe te kennen. Daardoor is het mogelijk uitspraken te doen over de werkwijze van alle Nederlandse huisartsen.¹¹ Significante verschillen zijn bij nominale variabelen getoetst met een chi-kwadraattoets en bij ordinale variabelen met een t-test.

Resultaten

Respons

Van de 1042 huisartsen die benaderd werden, responderden er 667. Gecorrigeerd voor oneigenlijke non-respons (overleden, onbereikbaar), betekende dit een respons van 67 procent. De respons was voor Noord-Holland en de rest van Nederland even hoog. Uit het non-responsonderzoek bleek dat 8 procent van de non-repondenten hiervoor een reden had die aan het onderwerp was gerelateerd.

In totaal 386 respondenten (58 procent) hadden in de specifieke vragenlijst een geval van euthanasie beschreven (na weging 43 procent, n=176). Van hen consulteerde 76 procent (n=291) een of meer arts(en) (na weging 76 procent, n=134).

Aspecten consultatie

Uit tabel 1 blijkt dat twee aspecten in de meerderheid van de consultaties aan bod kwamen: de ernst van het lijden en de duurzaamheid en weloverwogenheid van het verzoek. De andere aspecten werden minder vaak genoemd.

Vrouwen noemden 'de toe te passen

Tabel 1 Aspecten waarop de consultatie bij euthanasie en hulp bij zelfdoding betrekking had. Afgeronde percentages (gewogen n=132)

Ernst van het lijden	61
Weloverwogenheid en duurzaamheid van het verzoek van de patiënt	59
Al dan niet verantwoord zijn van euthanasie	39
Alternatieve palliatieve behandelingsmogelijkheden	29
Toe te passen methode	22
Alternatieve therapeutische behandelingsmogelijkheden	19
Al dan niet ingetreden zijn van de stervensfase	11
Overige aspecten	11

Tabel 2 Het voorkomen van de verschillende (combinaties van) werkzaamheden van de consultant bij euthanasie en hulp bij zelfdoding. Afgeronde percentages (gewogen n=132)

<i>Werkzaamheden afzonderlijk</i>	
– overleg met de huisarts	93
– een gesprek met de patiënt	53
– bestudering van het dossier van de patiënt	30
– lichamenlijk onderzoek van de patiënt	19
– overleg met andere behandelende arts(en)	4
– overige	6
<i>Combinaties van werkzaamheden</i>	
– alleen overleg met de huisarts	31
– overleg met huisarts en patiënt zien*	29
– overleg met huisarts, dossier inzien en patiënt zien*	17
– overleg met huisarts en dossier inzien	11
– alleen patiënt zien*	6
– overleg met huisarts en andere behandelend arts	1
– overleg met huisarts en andere behandelend arts en patiënt zien*	1
– overige	4

* Patiënt zien: gesprek met patiënt en/of lichamenlijk onderzoek.

methode' vaker dan mannen (44 versus 19 procent; $p=0,028$). Als de arts bekend was met de consulent, kwam 'de weloverwogenheid en duurzaamheid van het verzoek van de patiënt' minder vaak aan de orde dan als de arts de consulent niet kende (52 versus 71 procent; $p=0,037$). Dit aspect werd vaker genoemd wanneer de consulent huisarts was dan wanneer hij specialist was (71 versus 35 procent; $p=0,001$) en ook vaker wanneer de euthanasie gemeld was dan wanneer een verklaring van natuurlijke dood was afgegeven (72 versus 51 procent; $p=0,012$).

Werkzaamheden consulent

In bijna alle gevallen werd overleg gevoerd met de huisarts die de consultatie had aangevraagd. In ruim de helft van alle gevallen werd met de patiënt gesproken. Het dossier werd in bijna een derde van alle gevallen ingezien, en in een vijfde van de gevallen werd een lichamelijk onderzoek verricht. De meest voorkomende werkzaamheden of combinaties van werkzaamheden waren: alleen overleg met de huisarts, overleg met de huisarts en de patiënt zien, en overleg met de huisarts, de patiënt zien én het dossier inzien (tabel 2).

Wanneer de huisarts niet bekend was met de consulent, zag deze de patiënt vaker dan wanneer huisarts en consulent elkaar wel kenden (65 versus 46 procent; $p=0,026$). Huisartsen die de euthanasie niet gemeld hadden, gaven vaker aan dat de consulent met hen had overlegd dan artsen die wel gemeld hadden (97 versus 86 procent; $p=0,027$), terwijl de consulent dan minder vaak het dossier inzag (20 versus 44 procent; $p=0,003$). Tenslotte bleek dat huisartsen de patiënt vaker gezien hadden dan specialisten (59 versus 35 procent; $p=0,042$).

Oordeel consulent

Uit tabel 3 blijkt dat volgens de huisartsen bijna alle consulenten vonden dat het verzoek van de patiënt weloverwogen en duurzaam was, dat er geen alternatieve behandelingsmogelijkheden meer waren, en dat bijna allen instemden met het voornemen om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen. Voorts blijkt dat

het oordeel van de consulent wisselende invloed had op het besluit van de behandelend arts: grote invloed 17 procent, enige invloed 31 procent, geringe invloed 29 procent en geen invloed 23 procent.

Voor de oordelen van de consulent en de invloed daarvan op het besluit van de arts zijn geen verschillen tussen de subgroepen gevonden.

Consultatie volgens nieuwe meldingsprocedure

Over de meeste vereisten van consultatie die in de nieuwe meldingsprocedure worden genoemd, waren gegevens voorhanden. In tabel 4 staat hoe vaak Nederlandse huisartsen in de periode 1986-1990 aan deze vereisten voldeden. Uit tabel 5 blijkt dat slechts in 3 procent van de gevallen

Tabel 3 Het oordeel van de consulent over verschillende aspecten van de consultatie volgens de respondent-huisartsen. Afgeronde percentages (gewogen $n=132$)

	ja	eerst niet later wel	eerst wel later niet	nee
• Was de consulent overtuigd van de weloverwogenheid en duurzaamheid van het verzoek?	97	2	1	—
• Waren er volgens de consulent geen alternatieve behandelingen meer mogelijk?	96	3	—	1
• Stemde de consulent in met het voornemen tot euthanasie of hulp bij zelfdoding?	96	2	1	1

Tabel 4 Het percentage huisartsen dat voldeed aan elk van de huidige vereisten van consultatie. Afgeronde percentages (gewogen $n=132$)

1 De consulent is geen:	
a praktijkgenoot	72
b medebehandelaar	81
c arts-assistent	97
d geen van deze drie	54
2 De consulent heeft de patiënt gezien*	54
3 Aspecten van de consultatie:	
a mogelijke alternatieve behandelingen zijn besproken	35
b weloverwogenheid en duurzaamheid van het verzoek zijn aan bod gekomen	58
4 De consulent heeft zijn oordeel schriftelijk vastgelegd	31

* De consulent heeft met de patiënt gesproken en/of een lichamelijk onderzoek gedaan.

Tabel 5 De mate waarin de huisartsen voldeden aan alle aspecten van de huidige vereisten van consultatie. Afgeronde percentages (gewogen $n=176$)

1 De huisarts heeft geconsulteerd	76
2 én de huisarts heeft de juiste arts geconsulteerd	41
3 én de consulent heeft de patiënt gezien	25
4 én alternatieve behandelingsmogelijkheden zijn aan de orde geweest	4
5 én de weloverwogenheid en duurzaamheid van het verzoek is aan de orde geweest	4
6 én de consulent heeft zijn oordeel schriftelijk vastgelegd	3

werd voldaan aan alle huidige consultatievereisten. Gecorrigeerd voor de huisartsen die niemand hadden geconsulteerd, zou dat 12 procent zijn.

Beschouwing

De respons op de enquête was hoog en uit het non-responsonderzoek blijkt dat er geen aanwijzingen zijn voor een selectieve non-respons. Hoewel de data betrekking hebben op de periode 1986-1990, zijn ze nog interessant, zeker in het licht van de toenemende aandacht voor de consultatievereisten in de nieuwe meldingsprocedure, de literatuur en de media.⁷⁻⁹

De vier aspecten die het meest aan bod kwamen bij de consultatie, waren: de ernst van het lijden, de weloverwogenheid en duurzaamheid van het verzoek, het al dan niet verantwoord zijn van euthanasie en alternatieve palliatieve behandelingsmogelijkheden. Opvallend hierbij is dat de ernst van het lijden en het al dan niet verantwoord zijn nooit genoemd zijn in de zorgvuldigheidseisen. Kennelijk vinden artsen deze aspecten toch erg belangrijk en/of ervaren zij er problemen mee.

De meest voorkomende werkzaamheden van de consulent waren overleg met de consulterend huisarts en het zien van de patiënt. Dit is conform de nieuwe meldingsprocedure.

Bijna alle consulenten waren overtuigd van de weloverwogenheid en duurzaamheid van het verzoek, en het ontbreken van alternatieve behandelingen. Zij stemden op enkele uitzonderingen na ook allen in met het voornemen tot euthanasie of hulp bij zelfdoding. Waarschijnlijk vraagt een huisarts pas consultatie aan als hij zelf zeker van zijn zaak is; consultatie wordt kennelijk niet gebruikt voor het bespreken van problemen. Vermoedelijk maken huisartsen daarvoor gebruik van informeel overleg met collega's.

Dat de consultatie toch niet slechts routine is, blijkt uit de bevinding dat 2-3 procent van de consulenten in eerste instantie tot een ander oordeel kwam dan de behandelend huisarts. Waarschijnlijk was de

grote overeenstemming tussen huisarts en consulent ook de reden waarom het oordeel van de consulent niet zoveel invloed had op de huisarts: over het algemeen behoefden de huisartsen hun inzichten en plannen niet te veranderen na de consultatie.

In veel gevallen werd in de periode 1986-1990 al voldaan aan de afzonderlijke vereisten van consultatie in de nieuwe meldingsprocedure; alleen het bespreken van mogelijke alternatieve behandelingen en het schriftelijk vastleggen van het oordeel door de consulent gebeurden slechts in een derde van de gevallen. Een minder gunstig beeld ontstaat als we nagaan hoeveel huisartsen destijds aan alle huidige vereisten voldeden. Aangezien er in de onderzoeksperiode nog weinig duidelijkheid was over de noodzaak van consultatie en over de kenmerken waaraan consultatie moest voldoen, is het niet redelijk huisartsen deze uitkomst aan te rekenen. Bovendien zijn de vereisten in de nieuwe meldingsprocedure slechts procedureel van aard en hebben zij geen materiële betekenis zoals de zorgvuldigheidseisen die in de jurisprudentie zijn ontwikkeld. Vermoedelijk zullen de procedurele vereisten voor het Openbaar Ministerie echter wel als uitgangspunt fungeren.

Overigens mag verwacht worden dat het Openbaar Ministerie daarbij rekening houdt met de stand van zaken betreffende de medische wetenschap en ethiek en wat in dat verband van een arts mag worden verwacht. Aanwijzing voor het terughoudende en redelijke beleid van het Openbaar Ministerie, afgezien van een tijdelijke verscherping eind 1993, begin 1994, is het lage aantal vervolgingen. Terwijl, ook in de gevallen waarin gemeld werd, lang niet altijd 'goed' geconsulteerd werd, werd in de onderzoeksperiode bij slechts 1 procent van de gemelde gevallen overgegaan tot vervolging.¹²

Of de consultatie door huisartsen nu op dezelfde manier gebeurt als in de periode 1986-1990, is zonder nader onderzoek moeilijk te zeggen. Aannemelijk is dat het percentage artsen dat consultatie vraagt,

verder is gestegen, omdat deze trend reeds in de periode 1986-1990 zichtbaar was.¹⁰ Wel kan gesteld worden dat verbeteringen alleen maar verwacht kunnen worden in een open klimaat, waarin duidelijk is wat van de artsen wordt verwacht.

Literatuur

- 1 Van der Maas PJ, Van Delden JJM, Pijnenborg L, Looman CWN. Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levens-einde in Nederland. I. Frequenties, en opvattingen van artsen. Ned Tijdschr Geneesk 1991; 135: 2073-81.
- 2 Van der Wal G. Euthanasie en hulp bij zelfdoding door huisartsen. Rotterdam: WYT, 1992.
- 3 Hoofdbestuur Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Standpunt inzake euthanasie. Med Contact 1984; 39: 990-7.
- 4 Leenen HJJ. Handboek gezondheidsrecht. 2e dr. Alphen aan den Rijn: Samsom, 1988.
- 5 Gezondheidsraad. Advies inzake zorgvuldigheidseisen euthanasie. 's-Gravenhage, 1987.
- 6 Roscam Abbing HDC. Advies inzake zorgvuldigheidseisen euthanasie. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 28: 1207-9.
- 7 Geneeskundige Hoofdingspectie van de Volksgezondheid. Brief aan alle artsen in Nederland inzake de meldingsprocedure. 25-6-1994.
- 8 Dillmann RJM. Ethiek in de medische praktijk. Adviezen KNMG-secretariaat inzake medische beslissingen rond het levenseinde. Med Contact 1994; 49: 581-3.
- 9 Anoniem. Uitspraak Hoge Raad 21 juni 1994. Med Contact 1994; 49: 917-8.
- 10 Van der Wal G. Toetsing in geval van euthanasie of hulp bij zelfdoding, procedurele zorgvuldigheidseisen. Med Contact 1991; 46: 237-41.
- 11 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.
- 12 Van der Wal G. Euthanasie uit strafrecht, maar sterven niet bureaucratiseren. Ned Juristen Blad 1993; 13: 444-9. ■

Abstract on page 496.

METOH Adviezen

De Stichting Medisch-Ethische Toetsing Onderzoek Huisartspraktijken heeft tot doel het laten verrichten van beoordelingen – waaronder medisch-ethische toetsing – van derde- en vierde-fase patiëntgebonden onderzoek in huisartspraktijken. In deze stichting participeren het NHG, de LHV en de KNMP. In opdracht van de Stichting METOH worden onderzoeksprotocollen door de Medisch Ethische Toetsingscommissie van het Nationaal Ziekenhuisinstituut getoetst op de wetenschappelijke deugdelijkheid en de ethische aanvaardbaarheid. De volgende protocollen ontvingen op genoemde data van Stichting METOH het predikaat 'geen bezwaar'.

- Op 12 augustus 1994 is onvoorwaardelijke goedkeuring verleend aan het protocol Felodipine F-40, getiteld: 'Antihypertensive therapy and quality of life: felodipine 2.5 mg as alternative treatment for nifedipine Oros in hypertensive patients with complaints about nifedipine Oros', versie dd. 19 mei 1994, waaraan toegevoegd de Patiënteninformatie dd. 1 augustus 1994, auteur drs. L. Meems, verbonden aan Astra Pharmaceutica B.V. Nederland.

- Op 6 september 1994 is onvoorwaardelijke goedkeuring verleend aan het onderzoeksvoorstel #9301 NPRC# CAP/45-93.010 getiteld: 'Cardiovascular Risk Management', versie dd. 29 augustus 1994, hoofdonderzoeker, mevrouw I. Hoogendam, arts, verbonden aan Bristol Myers Squibb B.V. te Woerden.

- Op 8 september 1994 is onvoorwaardelijke goedkeuring verleend aan het protocol EMD 61409-005, getiteld: 'Clinical study to investigate the efficacy, tolerability and acceptance of Estradiol Mono TTS (EMD 61409) in the treatment of women with post-menopausal complaints in comparison to @Estraderm TTS (CIBA)', versie 9 dd. 1 augustus 1994 inclusief herziene versie van de Patiënteninformatie dd. 5 september 1994, auteur Dr. P. Stasiecki, verbonden aan E. Merck, Clinical Research & Development, Darmstadt te Duitsland, in samenwerking met Medical Information & Research Assistance Institute (MIRAI) te Amsterdam.

- Op 5 september 1994 is onvoorwaardelijke goedkeuring verleend aan de door de firma Sanofi aangebrachte amendementen nrs. 3 en 4 dd. 1 juli 1994 op het protocol Tiludronate P1829, getiteld: 'A phase III study of intermittent cyclical tiludronate in the treatment of established post-menopausal osteoporosis', auteur B. Bonvoisin verbonden aan Sanofi Recherche te Montpellier Frankrijk.

Abstract

Philipens BD, Van der Wal G, Van Eijk JThM. Consultation concerning euthanasia and physician-assisted suicide by general practitioners. Huisarts Wet 1994; 37(11): 478-81.

By means of an anonymous questionnaire sent to 1042 Dutch GPs we examined in which way consultation concerning euthanasia and physician-assisted suicide had taken place in the period 1986-1989. In most cases the GP and the consultant discussed whether the patient was suffering unbearably and whether his wish to die was persistent and well considered. The consultant almost always agreed with the GP. The GPs seemed to have complied reasonably with the separate demands which are stated in the new procedure for reporting euthanasia and physician-assisted suicide; however, only 12 percent of the doctors who had consulted another physician complied with all demands.

Key words Euthanasia; Family practice; Physician-assisted suicide.

Correspondence Ms B.D. Philipens MA, Free University, Department of General Practice and Nursing Home Medicine, Van der Boechorststraat 7, 1018 BT Amsterdam, The Netherlands.

KENNISTOETS

Antwoorden

1 juist; 2 onjuist; 3 juist; 4 onjuist; 5 juist; 6 juist; 7 juist; 8 juist; 9 onjuist; 10 juist; 11 onjuist; 12 juist; 13 onjuist; 14 juist; 15 onjuist; 16 juist; 17 onjuist; 18 onjuist.

Mededelingen voor de Agenda in nummer 13 (december 1994) moeten op uiterlijk 10 november in het bezit zijn van het redactie-secretariaat.

November

■ **Meer inzicht door coderen** (*Utrecht, 9 november, 14.00-21.00 uur*). Training in coderen met de ICP. Inlichtingen: LHV, Afdeling Kwaliteit en Deskundigheidbevordering, Postbus 20056, 3502 LB Utrecht; telefoon 030-823.735.

■ **'De huisarts en zinvol handelen': tussen teveel en tekort doen** (*Amsterdam, 25 november*). NHG-congres. Inlichtingen: NHG-bureau, telefoon 030-881.700.

■ **Seksuologisch hulpverleners: alleen multidisciplinair?** (*Breda, 26 november*). Studiedag Society for Psychosomatic Medicine, Ziekenhuis de Baronie. Inlichtingen: Dr. J.P.C. Moors, Debussylaan 3, 5242 HH Rosmalen; telefoon 04192-13456.

December

■ **Kwaliteit van zorg onderzoek** (*Leiden, 2 december*). Inlichtingen: Bureau Boerhaave Commissie, Postbus 2084, 2301 CB Leiden; telefoon 071-275.290.

■ **Nijmeegse cursus wetenschappelijk onderzoek** (*Nijmegen, 12-16 december*). Inlichtingen: mw. R. Mokkink, Begijnenhof 8, 6584 CW Molenhoek (Lb); telefoon 080-583.633.

■ **3e Anglo-Dutch Wellcome symposium on the history of medicine** (*Groningen, 16 december*). Inlichtingen: mw. R. Molanus, Vakgroep gezondheidswetenschappen RUG, Antonius Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen; telefoon 050-632860; fax 050-633082.

1995

■ **Effectiviteit van Zorg en Preventie** (*Rotterdam, 23 februari 1995*). 3e NVAG/V&W Congres.

■ **12e Gezondheidszorg Onderzoekdag** (*Rotterdam, 24 februari 1995*). Inlichtingen: Mw. C. Bun, GGD Rotterdam e.o., Postbus 70032, 3000 LP Rotterdam; telefoon 010-433.9254.

■ **Family medicine – meeting new challenges** (*Hong Kong, 9-14 juni 1995*). 14th WONCA World Conference on Family Medicine. Inlichtingen: Dr. John Chung, 8/F Duke of Windsor Building, 15 Hennessy Road, Hong Kong; fax 00-852-866.0616.

■ betekent: eerste vermelding.