

Welke artsen gaan in op een euthanasievraag?

Een explorerend onderzoek naar de opvattingen en de praktijk van huisartsen

B Witsenburg, H van Weert, G ter Riet

Samenvatting

Witsenburg B, Van Weert H, Ter Riet G. Welke artsen gaan in op een euthanasievraag? Een explorerend onderzoek naar de opvattingen en de praktijk van huisartsen. *Huisarts Wet* 2003;46(8):427-31.

Inleiding Huisartsen zijn in zeer verschillende mate betrokken bij euthanasieprocedures. De grote verschillen worden niet verklaard door patiëntgebonden karakteristieken. De vraag dient zich aan in hoeverre de huisarts zelf een belangrijke rol speelt bij het al dan niet honoreren van een verzoek om euthanasie.

Methode Bij drie groepen huisartsen met naar verwachting contrasterende opvattingen (antroposofen, deelnemers aan de kadercursus palliatieve zorg en een regionale huisartsengroep) werd met behulp van een vragenlijst geïnterviewd hoe de huisartsen dachten over leven, sterven en euthanasie en hoe zij feitelijk handelden bij euthanasieverzoeken. Met behulp van lineaire regressieanalyse werd gezocht naar de samenhang tussen opvattingen en het feitelijk handelen, onafhankelijk van de groep waartoe de respondenten behoorden.

Resultaten Tussen de drie groepen huisartsen bestaat een opmerkelijke overeenkomst. Opvattingen van de artsen zelf speelden een rol bij het al dan niet honoreren van een verzoek om euthanasie. Er bestonden echter ook duidelijke verschillen. De regionale huisartsen ontvingen meer verzoeken en honoreerden deze verzoeken ook vaker. Onafhankelijk van de signatuur van de huisartsen waren met name een principiële stellingname, de ervaring in het verleden en het standpunt dat eigen opvattingen over ondraaglijkheid en uitzichtloosheid geen rol mogen spelen, bepalend voor het al dan niet inwilligen van een verzoek.

Conclusie Hoewel dit onderzoek niet representatief is voor alle artsen in Nederland, blijken persoonlijke opvattingen van artsen van grote invloed bij hun beslissing een euthanasieverzoek al dan niet in te willigen. Deze opvattingen verdienen dan ook een grotere rol in het publieke debat.

Divisie Klinische Methoden & Public Health, afdeling huisartsgeneeskunde, AMC/Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1115 AZ Amsterdam; dr. H.C.P.M. van Weert, huisarts; dr. G. ter Riet, epidemioloog. B.C. Witsenburg, huisarts te Haarlem.
Correspondentie: h.c.vanweert@amc.uva.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Inleiding

In 1995 kregen Nederlandse artsen naar schatting 9700 maal een expliciet euthanasieverzoek, waarvan 37% ook daadwerkelijk werd uitgevoerd en ongeveer de helft geweigerd.¹ Ook al beschouwen sommige patiënten euthanasie als een verworven recht, huisartsen zijn het daar niet mee eens.² Huisartsen stellen met name de geldigheid van een verzoek op termijn en de eigen rol daarbij ter discussie; de situatie van de patiënt op het moment van het uiteindelijke verzoek blijkt de doorslag te geven.³

De euthanasiediscussie heeft in Nederland na zo'n 30 jaar tot een wetgeving geleid waarbij artsen niet strafbaar zijn als zij euthanasie toepassen onder strikte voorwaarden en op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt bij uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Deze criteria zijn patiëntgebonden en patiëntgericht.

Intussen zijn er artsen die (vrijwel) nooit euthanasie verrichten, anderen die het slechts een enkele keer doen en sommigen die het frequenter uitvoeren. Deze verschillen kunnen niet verklaard worden door een verschil in praktijkpopulatie. Opvattingen van artsen blijken (in vooral Amerikaans onderzoek) samen te hangen met de geneigdheid tot het inwilligen van een euthanasieverzoek: principiële opvattingen, al dan niet religieus van aard, staan inwilliging soms in de weg, veel ervaring met de begeleiding van ernstig zieke patiënten doet de bereidheid dalen en met het stijgen van de leeftijd neemt de bereidheid af.⁴⁻⁷ Naarmate men denkt beter opgeleid te zijn in terminale zorg neemt de bereidheid tot het verrichten van euthanasie af.⁸ Mogelijk daarmee samenhangend blijken artsen – in tegenstelling tot de algemene bevolking – in de loop der tijd terughoudender te worden in hun visie op euthanasie.⁹ Bij buitenlands onderzoek gaat het om hypothetische patiënten, omdat euthanasie daar strafbaar is en dus moeilijk te onderzoeken. Nederlands onderzoek maakte duidelijk dat de bereidheid om euthanasie te verrichten en ervaring daarmee met elkaar samenhangen.¹⁰ Opmerkelijk is dat in empirisch onderzoek naar het weigeren van een euthanasieverzoek vrijwel uitsluitend patiëntgebonden redenen worden aangevoerd.¹¹ Onlangs meldde een drietal Amsterdamse huisartsen dat hun visie op euthanasie zodanig was veranderd, dat zij in een aantal gevallen tot een andere conclusie zouden zijn gekomen dan in het verleden.¹² Wij onderzochten de samenhang tussen de persoonlijke opvattingen over leven en dood, de ervaring met het verrichten van euthanasie en de bereidheid van een huisarts om in te gaan op een euthanasieverzoek.

Methode

Wij hielden een enquête onder 3 groepen van 40 artsen. De groepen bestonden uit 40 huisartsen uit een Noord-Hollandse regio (groep 1), 40 huisartsen die de kaderopleiding palliatieve zorg van het NHG volgden (groep 2) en 40 antroposofische huisartsen (groep 3). De samenstelling van de groepen draagt zorg voor contrasterende opvattingen. De regionale huisartsen verlenen de gebruikelijke zorg. Antroposofen geloven dat er op dit leven nog een vervolg komt en dat het sterven slechts een afscheid van het stoffelijk bestaan is. Deelnemers aan de kaderopleiding palliatieve zorg nemen een middenpositie in. Zij hebben extra aandacht voor en ontvangen extra scholing in palliatieve zorg en willen – naar verwachting van de onderzoekers – tot het uiterste van de mogelijkheden van palliatie gaan, maar denken niet principieel anders over euthanasie dan een ‘gewone’ huisarts.

In dit onderzoek hebben wij niet gepoogd de mening en praktijk van de gemiddelde huisarts weer te geven. De steekproefrekking was zodanig dat in groep 2 en 3 bijna de gehele (sub)populatie van artsen die in 2001-2002 de kaderopleiding volgden, respectievelijk de helft van de in Nederland praktiserende antroposofische huisartsen gerepresenteerd zijn. Hoe representatief de artsen in groep 1 zijn voor alle Nederlandse huisartsen wat betreft hun opvattingen over leven en dood, weten we niet. Onze onderzoeksopzet is echter wel geschikt om de invloed van een verschil in opvatting en de invloed daarvan op de praktijkvoering duidelijk te maken; representativiteit streefden wij niet na.

Alle betrokken huisartsen hebben wij in de zomer van 2001 schriftelijk benaderd met een vragenlijst. De vragen hadden betrekking op achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht en het jaar van vestiging), opvattingen over euthanasie, leven, sterven en dood zoals gedestilleerd uit de literatuur (eerste kolom van *tabel 3*) en feitelijk handelen gedurende de laatste drie jaar (aantal terminale patiënten, concrete euthanasieverzoeken en hoe vaak het tot euthanasie kwam). Alle opvattingen werden gemeten op een vijfpuntsschaal en in de analyses werden de categorieën tot een driepuntsschaal herleid.

Analyse

In de analyses berekenden wij als afhankelijke variabele per arts het percentage ingewilligde verzoeken van het totale gerapporteerde aantal verzoeken om euthanasie. Dit percentage is minder afhankelijk van de opbouw van de praktijkpopulatie van de huisarts dan het nominale aantal verrichte euthanasiegevallen en geeft de achteraf bepaalde kans op inwilliging, gegeven dat er een verzoek ligt. Verschillen tussen de drie groepen in basiskkenmerken en opvattingen werden getoetst met de Kruskal-Wallis-toets. Alle antwoorden werden in een stepwise-backward-procedure tegelijk ingevoerd in een lineair regressiemodel. Daaruit werden alle variabelen verwijderd die in samenhang met de andere variabelen een p-waarde hadden $>0,15$ (het zogenaamde removal-criterium in een stepwise-procedure). Op deze wijze probeerden we de belangrijkste associaties te behouden zonder een significantieniveau van 0,05 te eisen. Alle berekeningen werden uitgevoerd met Stata software, versie 7.0.

Wat is bekend?

- ▶ Euthanasie is niet strafbaar, mits verricht volgens strikt omschreven patiëntgebonden criteria.
- ▶ Er bestaan grote verschillen tussen Nederlandse huisartsen in de frequentie waarin zij euthanasie toepassen.
- ▶ Over de afwegingen om euthanasie al dan niet uit te voeren, is weinig bekend.

Wat is nieuw?

- ▶ De kans op inwilliging van een euthanasieverzoek lijkt mede te worden bepaald door de persoonlijke opvattingen van de betreffende huisarts.
- ▶ Omdat deze opvattingen van artsen medebepalend zijn voor de kans op honorering van een euthanasieverzoek dienen deze aandacht te krijgen in het publieke debat.
- ▶ Volgens huisartsen is euthanasie geen recht dat op een goed moment kan worden opgeëist.

Resultaten

De respons was 91% ($n=109$). In verband met inconsistenties in de antwoorden (een groter aantal verrichte euthanasieën dan verzoeken) zijn 107 (89%) vragenlijsten bij de analyse betrokken. De achtergrondkenmerken en het feitelijk handelen van de huisartsen zijn weergegeven in *tabel 1*. De groepen bleken duidelijk van elkaar te verschillen, zowel in demografische kenmerken als in de euthanasiepraktijk. De regionale huisartsen waren gemiddeld ouder, hadden meer terminale patiënten en kregen vaker een verzoek om euthanasie, zowel in absolute zin als wat betreft het percentage terminale patiënten dat een verzoek deed (*tabel 1*) en honoreerden ook een groter percentage (*tabel 2*).

De vraag wanneer artsen menen dat euthanasie acceptabel is, leverde grote absolute verschillen op, maar de tendensen in alle drie de groepen waren vergelijkbaar (*tabel 3*). De regionale huisartsen en de kadergroep vonden euthanasie vooral acceptabel bij lichamelijk lijden (97 en 82%), minder bij psychisch en psychiatrisch lijden (28 en 25%) en vrijwel niet bij het gevoel klaar te zijn met het leven (14 en 12%). De antroposofische artsen vonden bij lichamelijk lijden euthanasie nog enigszins acceptabel (28%), tegen nog maar 5% bij klaar-met-leven-problematiek. Er werden geen grote verschillen gevonden tussen de groepen in de voorkeur voor een natuurlijke dood (items 16, 17, 18); de wenselijkheid van toetsing vooraf (item 9) en het belang dat men hecht aan de eigen visie op leven en dood en de invloed daarvan op het verloop van de stervensbegeleiding (items 19 en 20).

De kans op inwilliging van een verzoek bleek te verschillen tussen de drie groepen (*tabel 2*). In de regressieanalyse is steeds het meerderheidsstandpunt als referentie gebruikt (*tabel 4*). Daaruit blijkt dat, onafhankelijk van de signatuur van de arts een grotere patiëntgerichtheid – twijfel of lijden een subjectieve beleving is, het standpunt dat de wens van de patiënt een voldoende motief is en dat het eigen standpunt over ondraaglijk en uitzichtloos lijden voor de patiënt van geen belang is – samenhangt met een

grotere bereidheid om een verzoek in te willigen. Ook ervaring – euthanasie wordt in de loop van de tijd makkelijker – doet de kans op inwilliging toenemen. Een principieel standpunt – oneens met het niet principieel afwijzen – en negatieve ervaringen – oneens met de stelling dat een correct verlopen euthanasie voldoening kan schenken – doen de kans op inwilliging dalen.

Beschouwing

In beginsel is euthanasie bij uitzichtloos en ondraaglijk lijden toelaatbaar. Dit zijn in principe patiëntgebonden criteria. In de praktijk lijkt de emotionele en existentiële instelling ten opzichte van het leven, lijden, sterven en dood van de betrokken huisarts eveneens van belang. De signatuur van de arts bepaalt mede de kans om te maken te krijgen met een verzoek om euthanasie en hangt vervolgens ook samen met de kans op daadwerkelijke inwilliging van zo'n verzoek. Van belang is dat de huisartsen in grote meerderheid bevestigden dat hun eigen opvattingen over leven, dood en sterven een rol speelden bij hun afwegingen. Behalve de patiënt (en eventueel zijn of haar naasten) is ook de huisarts blijkbaar partij in het afwegingsproces. Dat is een bevestiging van een allang bestaand vermoeden en nuttig om te weten voor de patiënt die een verzoek indient.

Alle huisartsen hadden de ervaring dat een goed en natuurlijk verlopen stervensproces voldoening kan schenken en dat de duurzame wens van de patiënt niet het enige is wat telt. Gegeven dat standpunt bestaan er echter verschillen tussen de huisartsen, die van belang blijken voor het al dan niet uitvoeren van een euthanasieverzoek. Met name het principieel afwijzen van euthanasie,

de mate waarin men van mening is dat het eigen standpunt een rol mag spelen en positieve ervaringen in het verleden zijn daarvoor bepalend. Dit bevestigt grotendeels uitkomsten van eerder onderzoek. Kanttekening bij de ervaringsvariabelen is dat een groot aantal huisartsen geen euthanasie heeft gedaan in de afgelopen drie jaar. Dat is weliswaar in overeenstemming met de praktijk, maar leidt er mogelijk toe dat de vragen over de ervaring zijn opgevat als een gedachte-experiment.

De relatief afwijzende houding van de antroposofische huisartsen hangt samen met hun opvattingen over het stervensproces. Eenzelfde soort opvattingen zal men aantreffen onder een aantal religieuze groeperingen.

Tabel 1 laat zien dat het percentage verzoeken op het totale aantal terminale patiënten onder de huisartsen in de kadergroep (groep 2) en de antroposofische huisartsen (groep 3) lager is dan in groep 1. Dit kan erop wijzen dat de patiënten in groep 2 en 3 zelf een hogere verzoekdrempel hanteren, dat de interactie met hun huisarts ertoe leidt dat de kans op een verzoek in een terminaal stadium kleiner is of dat de artsen in groep 2 en 3 het begrip 'verzoek' strenger hanteren. In praktische zin doet dat niets af aan de uitkomsten omdat wij de kans op inwilliging na een verzoek hebben geanalyseerd. Antroposofische huisartsen zullen ongetwijfeld een andere patiëntenpopulatie hebben dan 'gewone' huisartsen. Dat lijkt minder waarschijnlijk voor huisartsen die de kaderopleiding palliatieve zorg van het NHG volgen. We beschikten niet over informatie over praktijksamenstelling en patiëntkarakteristieken. Door het gebruik van het percentage ingewilligde verzoeken van

Tabel 1 Achtergrondkenmerken en feitelijk handelen van 107 huisartsen

	Een regio in Noord-Holland (n=34)	Kaderopleiding (n=33)	Antroposofen (n=40)	Totaal (n=107)
Leeftijd ^{*,†}	46/53/57	43/48/54	36/45/55	41/48/56
Man (%) [‡]	88	48	82	74
Aantal jaren gevestigd ^{*,†}	14/23/28	10/17/24	6/11/26	8/18/27
Aantal terminale patiënten in laatste 3 jaar ^{*,‡}	6/12/30	3/8/20	4/13/30	3/10/30
Aantal verzoeken om euthanasie in laatste 3 jaar ^{†,‡}	0/1/3/5/9	0/0/1/1/3	0/0/2/2/5	0/0/1/3/6
Percentage terminale patiënten, dat een verzoek deed ^{*,‡}	0/26/40	0/10/26	0/12/33	0/13/38
Aantal keren dat euthanasie werd uitgevoerd in laatste 3 jaar ^{†,‡}	0/1/2/3/5	0/0/0/1/2	0/0/1/2/4	0/0/1/2/4
Aantal keren dat euthanasie zelf werd uitgevoerd in laatste 3 jaar [†]	0/0/1,5/3/5	0/0/0/0/1,5	0/0/0/1/3	0/0/0/1/3

* $P_{10}/P_{50}/P_{90}$, waarbij p percentiel aanduidt.

† $p < 0,001$

‡ $p < 0,005$

$P_5/P_{25}/P_{50}/P_{75}/P_{95}$, waarbij p percentiel aanduidt.

Tabel 2 De kans op inwilliging van een verzoek om euthanasie, opgesplitst naar signatuur van de huisarts (% en 95%-BI)

Groep	Kans	Verschil	Gecorrigeerd*
1 Noord-Hollandse artsen (n=28)	71,9 (58,2 - 85,7)		
2 Kaderopleiding (n=27)	54,3 (34,1 - 62,3)		
3 Antroposofen (n=24)	33,8 (14,1 - 53,5)		
Contrast			
1 versus 2		17,7 (2,6 - 37,9)	17,0 (6,7 - 40,7)
1 versus 3		38,2 (18,5 - 57,8)	41,8 (19,3 - 64,3)
2 versus 3		20,5 (0,05 - 40,1)	24,8 (1,6 - 44,1)

* Gecorrigeerd voor vestigingsduur, leeftijd, geslacht en geneigdheid van de praktijkpopulatie tot het indienen van een verzoek, hetgeen geoperationaliseerd werd door het aantal verzoeken te delen op het aantal terminale patiënten.

Tabel 3 Opvattingen van 107 huisartsen over euthanasie en sterven, opgesplitst naar signatuur*

	Regiogroep (n=34)	Kadergroep (n=33)	Antroposofische artsen (n=40)	p- waarde†
1 Ik vind euthanasie acceptabel bij:				
a lichamelijk lijden;	97	82	28	0,0001
b psychisch lijden (angst, eenzaamheid, ontluistering);	27	27	13	0,5912
c psychiatrisch lijden	29	18	8	0,3566
d klaar-met-leven	15	12	5	0,8627
2 Ik wijs euthanasie in principe niet af.	97	82	30	0,0001
3 Ik breng zelf euthanasie ter sprake.	59	52	35	0,1910
4 De duurzame wens van de patiënt om euthanasie is voor mij een voldoende motief.	29	15	5	0,1956
5 Als aan alle voorwaarden is voldaan, moet de euthanasie eigenlijk wel volgen.	50	36	3	0,0102
6 Naast een scen-arts moet ook een palliatieve consultant worden geraadpleegd.	21	33	67	0,0014
7 Euthanasie wordt in de loop van de tijd voor mij moeilijker.	38	45	58	0,3506
8 Wie zelf geen euthanasie uitvoert, moet helpen een collega te zoeken.	85	73	50	0,0288
9 Toetsing vooraf geeft minder willekeur en doet een patiënt meer recht.	74	76	68	0,7170
10 Euthanasie wordt in de loop van de tijd voor mij makkelijker.	30	3	8	0,1316
11 Euthanasie moet niet door de behandelend (huis)arts worden uitgevoerd.	0	9	38	0,0141
12 Euthanasie is het sluitstuk van palliatieve zorg.	44	15	13	0,0404
13 Een correct verlopen euthanasie kan mij voldoening geven.	74	48	10	0,0001
14 Euthanasie is het mislukken van palliatieve zorg	18	3	45	0,0069
15 Ik ben voldoende op de hoogte van de palliatieve zorg.	65	73	58	0,5361
16 Een natuurlijke dood maakt de verwerking voor de familie minder moeilijk.	32	27	68	0,0048
17 Terminale zorg met een natuurlijk sterven kan mij voldoening geven.	97	100	98	0,9750
18 Ik acht het van groot belang dat iemand het leven afmaakt, inclusief het stervensproces.	68	70	98	0,0447
19 Mijn eigen visie op leven en dood is voor de begeleiding van de patiënt van belang.	93	73	93	0,3480
20 Mijn eigen visie heeft geen invloed op het verloop van de stervensbegeleiding.	18	6	0	0,4211
21 Ondraaglijk en uitzichtloos lijden is een subjectieve ervaring van de patiënt.	79	48	63	0,0916
22 Echt ondraaglijk lijden komt zelden voor.	24	18	55	0,0123
23 Mijn eigen standpunt over ondraaglijk en uitzichtloos lijden is voor de patiënt van geen belang.	35	15	27	0,3582
24 Na de dood is er niets meer.	56	24	0	0,0002

* Weergegeven is het percentage respondenten dat het eens is met de beweringen.

† Kruskal-Wallis-toets

Tabel 4 De associaties tussen opvattingen over euthanasie en sterven en de verandering van de kans op inwilliging van een verzoek om euthanasie van 107 huisartsen*

Opvatting	Antwoord- categorie	Verandering van de kans op inwilliging (%)	95%-BI
Mijn eigen visie op leven en dood is voor de begeleiding van de patiënt van belang (item 19).	twijfel	58	19 – 97
Euthanasie wordt in de loop van de tijd voor mij makkelijker (item 10).	eens	51	19 – 84
	twijfel	34	1 – 67
De duurzame wens van de patiënt om euthanasie is voor mij een voldoende motief (item 4).	eens	47	15 – 80
Toetsing vooraf geeft minder willekeur en doet de patiënt meer recht.	afwijzend	42	10 – 74
Eigen standpunt over ondraaglijk en uitzichtloos lijden is voor de patiënt van geen belang (item 23).	eens	39	14 – 63
Ondraaglijk en uitzichtloos lijden is een subjectieve ervaring van de patiënt (item 21).	oneens	24	2 – 45
Ik vind euthanasie acceptabel bij psychisch lijden (item 1b).	oneens	24	46 – -1
Euthanasie is het sluitstuk van palliatieve zorg (item 12).	eens	27	50 – -4
Na de dood is er niets meer (item 24).	oneens	31	-61 – -2
Ik wijs euthanasie in principe niet af (item 2).	oneens	35	-70 – -1
Euthanasie wordt in de loop van de tijd moeilijker (item 7).	eens	39	-64 – -14
Eigen visie heeft geen invloed op verloop stervensbegeleiding (item 20).	twijfel	47	-85 – -9
Een correct verlopen euthanasie kan mij voldoening geven (item 13).	oneens	54	-89 – -20
	twijfel	38	-69 – -8

* Het meerderheidsstandpunt is steeds de referentie. Berekeningen zijn gemaakt met stepwise lineaire regressie met backward selectie van variabelen met $p < 0,15$ (zie tekst voor meer uitleg).

het totale aantal euthanasieverzoeken als uitkomst wordt enigszins gecorrigeerd voor de signatuur van de patiënten. Hoewel niet kan worden uitgesloten dat gevonden verschillen in euthanasiepraktijk zijn gebaseerd op verschillen in de situatie waarin de patiënten zich bevonden, lijkt dat niet erg aannemelijk. Er bestaat grote congruentie tussen de meningen en opvattingen van de artsen en het aantal euthanasiegevallen dat zij rapporteren. Dit onderzoek verschaft geen inzicht in patiëntgebonden factoren die een rol kunnen spelen bij de beslissing om al of niet over te gaan tot euthanasie. We zijn dan ook niet in staat om het gewicht van factoren en opvattingen van patiënten enerzijds en artsen anderzijds te vergelijken.

Ten slotte gaat het hier om een retrospectief onderzoek, waarbij een beroep op het geheugen van de huisartsen werd gedaan. Maar het is wel een onderwerp dat huisartsen in hoge mate bezighoudt en waarschijnlijk – ook achteraf – nog goed kan worden herinnerd. Toch moet dit onderzoek wat betreft de feitelijke aantallen verzoeken en het feitelijke aantal terminale patiënten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Onderrapportage zal met name plaatsvinden bij de huisartsen, die vaak betrokken zijn bij actieve euthanasie. Gezien de uitkomsten zal dat echter niet leiden tot andere resultaten. Mogelijk kan het lopende evaluatieonderzoek van de nieuwe toetsingsprocedure voor euthanasie een verdere empirische onderbouwing leveren voor de rol die per-

Abstract

Witsenburg B, Van Weert H, Ter Riet G. Who are the doctors who honour a request for euthanasia? An exploratory study into the beliefs and practice of general practitioners. *Huisarts Wet* 2003;46(8):427-31.

Introduction There is wide variety in the frequency with which general practitioners (GPs) are involved in euthanasia procedures, a fact that cannot be accounted for by differences in their practice populations. Possibly it is not only patient characteristics but also the doctors themselves that play an important part in the decision to honour a request for euthanasia.

Methods Three groups of GPs were formed (anthroposophist doctors, participants in a terminal care course and a group of local GPs). These three groups were expected to hold differing opinions on questions of life, death and euthanasia. We made an inventory of the practice regarding euthanasia and the opinions of the GPs involved. A linear regression technique was used to analyse correlations between the opinions and the practice of the doctors, irrespective of their membership of one of the three groups.

Results The GPs in the three groups resembled each other. All GPs agreed that their own opinion was important in the decision to honour a request for euthanasia. There were also differences. The local GPs received and honoured more requests for euthanasia. Points of view based on principle, on previous experience and on the notion that their own view on unbearable and hopeless suffering should not play an important role were important modifiers of the possibility that a patient's request for euthanasia would be honoured.

Conclusion Dutch law only specifies patient-linked criteria. Since it would seem that viewpoints held by GPs (and probably by all doctors) play an important role in the decision to honour or deny a request for euthanasia, these viewpoints merit a more prominent role in the public debate on the subject.

soonlijke opvattingen van artsen spelen bij de afweging van een verzoek om euthanasie.¹³

Dat bij een voortijdig levenseinde existentiële en zingelevingsvragen aan de orde zijn, behoeft geen betoog. In het publieke debat spelen deze vragen echter nauwelijks een rol. Zij lijken te zijn verbannen naar het privé-domein van de levensovertuiging van arts en patiënt, maar of zij daar expliciet aan de orde komen, kan men zich afvragen. In een onderzoek naar de redenen waarom artsen euthanasieverzoeken afwezen, bleken patiëntgebonden redenen veruit het meest te worden genoemd.¹¹ Als de antwoorden op existentiële vragen bij de arts echter zo'n grote rol spelen, dan verdienen deze ook in het publieke debat een grotere en meer expliciete rol te krijgen dan nu het geval is. Zowel artsen als patiënten hebben baat bij duidelijkheid daarover. Onze samenleving zou wellicht een nieuw antwoord moeten vinden op existentiële en

zingevingsvragen, los van traditionele religieuze opvattingen.

De grote meerderheid van huisartsen in alle drie de groepen in ons onderzoek vindt dat euthanasie geen recht is dat op een bepaald moment opeisbaar is. De eigen visie speelt een belangrijke rol in de begeleiding van terminale patiënten. Ondraaglijkheid en uitzichtloosheid worden weliswaar beschouwd als subjectieve ervaringen van de patiënt, maar het eigen standpunt daarover wordt wel belangrijk gevonden. Behalve de opvatting dat het eigen standpunt geen rol mag spelen – een patiëntgeoriënteerde mening – blijken met name ook opvattingen van huisartsen van belang bij de kans dat zij een vraag om euthanasie inwilligen.

Literatuur

- 1 Van der Maas PJ, Van der Wal G, Haverkate I, De Graaff CLM, Kester JGC, Onwuteaka-Philipsen BD, et al. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. *N Engl J Med* 1996;335:1699-1705.
- 2 Stam JJ, Weisz FH. Wilsverklaringen over euthanasie. Overleg tussen patiënt en huisarts – ook schriftelijk. *Huisarts Wet* 1999;42:220-1.
- 3 Boorsma M. Wilsverklaringen in de huisartspraktijk: een voorschot op de toekomst? *Huisarts Wet* 2002;45:245-7.
- 4 Hoogerwerf A. Denken over sterven en dood in de geneeskunde. Utrecht: Van der Wees, 1999.
- 5 Van Kleffens T, Vellinga A. Weigering van verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding meestal gebaseerd op ingeschatte niet-ondraaglijkheid van het lijden, de beschikbaarheid van behandelalternatieven en de aanwezigheid van depressieve klachten. [Brief]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:757-8.
- 6 Bachman JG, Alcsér KH, Doukas DJ, Lichtenstein RL, Corning AD, Brody H. Attitudes of Michigan physicians and the public toward legalizing physician-assisted suicide and voluntary euthanasia. *N Engl J Med* 1996;334:303-9.
- 7 Lee MA, Nelson HD, Tilden VP, Ganzini L, Schmidt TA, Toll SW. Legalizing assisted suicide – views of physicians in Oregon. *New Engl J Med* 1996;334:310-5.
- 8 Emanuel EJ, Fairclough D, Clarridge BC, Blum D, Bruera E, Penley WC, et al. Attitudes and practices of U.S. oncologists regarding euthanasia and physician-assisted suicide. *Ann Intern Med* 2000;133:527-32.
- 9 Wolfe J, Fairclough DL, Clarridge BR, Daniels ER, Emanuel E. Stability of attitudes regarding physician-assisted suicide and euthanasia among oncology patients, physicians and the general public. *J Clin Oncol* 1999;17:1274-9.
- 10 Verhoef MJ, Van der Wal G. Euthanasia in family practice in the Netherlands. Toward a better understanding. *Can Fam Physician* 1997;43:231-7.
- 11 Haverkate I, Onwuteaka-Philipsen BD, Van der Heide A, Kostense PJ, Van der Wal G, Van der Maas PJ. Weigering van verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding meestal gebaseerd op ingeschatte niet-ondraaglijkheid van het lijden, de beschikbaarheid van behandelalternatieven en de aanwezigheid van depressieve klachten. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:80-4.
- 12 Oostveen M. Spijt. *NRC Handelsblad* 10-11-2001:25-6.
- 13 Van der Wal G, Van der Maas PJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Van der Heide A. Nieuw onderzoek naar de praktijk, de melding en de toetsing van euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde, 2001/02. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1802-5.