Euthanasia in unbearable mental suffering: attitude, knowledge and role of the general practitioner in Flanders

Van Ballart Liselotte Universiteit Antwerpen

De Rop Maxime Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Schoenmakers Birgitte Katholieke Universiteit Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2020 – 2023]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract (English)

Introduction: Since 2002 is it legal to conduct euthanasia in Belgium. It is one of the few countries where it is possible to conduct euthanasia in case of unbearable mental suffering (UMS). The opinion of psychiatrist, psychiatric wards is already thoroughly investigated. But little is known of the opinion of the general practitioner (GP).

Methods: In this study we aim to investigate the knowledge, opinion and role of the GP through a survey. Only registered Dutch speaking GP's were included in the study.

Results: 123 GP's participated. 73 (59.4%) were willing to participate in the euthanasia process in UMS. Type of practice of the GP was a significant factor herein. There was more willingness to participate in physical suffering cases compared to UMS ($p<0.001$). Most GP's (72, 58.5%) stated that they didn't have sufficient knowledge regarding the subject. The main reasons given for this were insufficient offer in basic medical education and insufficient autodidactism.

Discussion: Most GP's are prepared to participate in the euthanasia process. However when regarding a younger patient or only psychological suffering, less GP's remained to maintain their participation. Especially when there is no support of the patient's family. Most GP's stated to be insecure to participate in the euthanasia process because of the insufficient knowledge. This can be improved by increasing the amount of time spent on this subject during college education and by organizing advanced trainings for the GP's.

Abstract (Nederlands)

Introductie: Sinds 2002 is euthanasie legaal in België. Het is een van de weinige landen waar euthanasie bij psychisch ondraaglijk lijden is toegestaan. De opinie van de psychiaters, psychiatrisch verpleegkundige is al ruimschoots onderzocht, maar over de opinie van de huisarts is nog weinig geweten.

Methode: In deze studie trachten we de kennis, opinie en de rol van de huisarts te achterhalen door middel van een vragenlijst. Enkel geregistreerde Nederlands sprekende huisartsen werden in de studie opgenomen.

Resultaten: 123 huisartsen namen deel. 73 (59.4%) waren bereid om deel te nemen bij euthanasie bij psychisch ondraaglijk lijden. Hierbij was werken in een groepspraktijk statistisch significant ($p<0.001$). Het merendeel van de huisartsen (72, 58.5%) gaf aan onvoldoende kennis te hebben omtrent het onderwerp. De meest voorkomende redenen hiervoor waren onvoldoende aandacht tijdens de educatie en onvoldoende autodidactisme.

Discussie: Het merendeel van de huisartsen zijn bereid deel te nemen in het euthanasie proces. Echter wanneer het ging over een jongere patiënt of enkel psychisch lijden, waren minder huisartsen bereid om nog deel te nemen. De bereidheid was zeer beperkt wanneer de steun van de familie wegviel. Vele huisartsen geven aan nog onzeker te zijn om te kunnen deelnemen omwille van onvoldoende kennis. Meer aandacht tijdens de opleiding of meer bijscholing zou hiervoor een oplossing kunnen bieden.

Index

Abstract (English) 3
Abstract (Nederlands) 3
Introduction 5
Study objectives 5
Materials and methods (4, 14) 5
Results 7
  Literature 7
  Survey 7
Discussion 8
Conclusions 9
Acknowledgements 9
Abbreviations 9
Tables 10
References 13
Appendices 15
  Appendix 1: The Survey 15
  Appendix 2: Approved protocol 22
  Appendix 3: Approval of the Ethical Committee 35
Persoonlijke reflecties 36
  Maxime 36
  Liselotte 38

Introduction

Since 2002, active euthanasia is allowed in Belgium under certain conditions. According to Pallialine, euthanasia is the act of deliberately and actively ending the life of a patient by a physician on the request of the patient (1). In 2019, euthanasia was performed 2656 times in Belgium. This covers 2.5% of the total deaths that year. In 31.7% of those procedures, a general practitioner (GP) was involved (2). Belgium is one of few countries to legalize euthanasia in unbearable mental suffering (UMS) (3-6). This is still outlawed in many other progressive (and of course not so progressive) countries. Because of this complex situation, advanced guidelines in clinical and ethical decision making were made to support professionals, patients and relatives (7). Normally it is sufficient to have the approval of one additional independent physician to start with the euthanasia process. However, in case of conducting euthanasia at a person with UMS, an approval from an independent psychiatrist or specialist is also required (1).

In the majority of cases, there is a combination of mental and physical suffering (80.9%). Mental or psychological suffering, not to be mistaken with psychiatric suffering, can express itself in many different ways. A person can suffer from its life now and the prospect of the future (deterioration, not getting better), the loss of independence, the loss of social interaction (for example due to loss of mobility, hearing or vision), the feeling of discomfort, the loss of sense of purpose, the loss of meaning of life,… Taking this into account, it is not surprising that it is incredibly difficult to objectify this amount of suffering, primarily because it is mostly subjective, depending on the personality, views and values of the patient (8). Likewise, assessing the degree of this type of suffering is more difficult because pain assessment has a much longer tradition in psychical suffering (4). When it comes to psychiatric disorders, wanting to die can be a symptom. Therefore, it is challenging to determine the value of the euthanasia request. This also creates a dilemma between the patients autonomy and suicide prevention and harm reduction (9). All these concerns can affect the propensity of the physician.

Attitudes towards euthanasia in general are already thoroughly investigated, mainly in other disciplines (e.g. psychiatrists, psychiatric wards, students… (3, 4, 6, 14, 19)). But, what is the opinion of the GP, specifically euthanasia requested for UMS. Second, what does the GP knows about euthanasia in UMS?

Study objectives

A few studies researched the attitudes of psychiatrics in euthanasia in unbearable mental suffering. The attitudes of the GP are less studied. In this study we aim to investigate the opinion and knowledge of the general practitioner concerning euthanasia in unbearable mental suffering (UMS).

Our primary research questions address the opinion of the GP concerning euthanasia in UMS and their knowledge about euthanasia in UMS. These questions will be objectified in primary outcome measures through an especially composed survey, containing casuistry to assess the willingness to conduct euthanasia as well as 15 knowledge questions. Sociodemographic and context specific characteristics of the GP's will be evaluated as background variables.

Materials and methods (4, 14)

Literature

In preparation for this study, we reviewed the pre-existing literature and comparable studies. For our search method we used the PubMed and Cochrane library database. Only articles starting from 2010 were included in the search method. In PubMed we used the mesh terms euthanasia AND

unbearable suffering or unbearable mental suffering or unbearable psychological suffering. We gained 76 results of which 31 selected based on title. Of those 31 articles, 14 articles were selected based on the abstract. The Cochrane search method only included the mesh term euthanasia, from which five systematic reviews were found. Of those five reviews, two were considered valid based on title and abstract. Two additional articles were included based on the title and abstract in the reference list.

Articles based on palliative care, not universal or European, only physical suffering, point of view from the patient, dementia and children were excluded.

Study design

We conducted a cross sectional survey, performed in the network of Belgian general practitioners. Data were collected between December 2021 and August 2022, using a self-administered questionnaire. The questionnaire is based on existing and validated surveys and adjusted to the context of general practitioners (3, 6, 14, 17, 19, 23, 24).

Study population

The survey was sent out by e-mail or link with the aid of the local GP-networks to a random sample of currently active GP's and those who are still in training in Flanders. The target was based upon a pragmatic convenience sample with 100 – 150 completed questionnaires returned. The survey was drafted in Dutch. All participants had to be active and registered Dutch speaking GP's in Flanders.

Data collection and data processing

The survey consists of four parts: (i) a sociodemographic questionnaire, (ii) a context specific questionnaire, (iii) a questionnaire about the knowledge of the physician on euthanasia in unbearable mental suffering and (iv) a questionnaire about the willingness to take part in euthanasia in a few specific cases (Appendix 1). The questionnaire was send out in Dutch. In appendix 1 there is a translated version to English. Several experts in the euthanasia process, among which a physician associated with LEIF (Life Ending Information Forum) and a physician from the Belgian euthanasia commission, helped developing this survey. The survey was designed on the program Qualtrics, provided and supported by KU Leuven. It was sent out an electronic by link.

Ethical considerations

The ethical committee of KU Leuven approved this study on November 9th 2021 (see Appendix 2: Approval of the Ethical Committee). No IP-addresses were saved to protect the participants' personal information. Before accessing the questionnaire, each participant got to read an informative letter in which clearly will be stated the goal, the methods and the implications of the investigation. By agreeing to these terms, access was granted for starting the survey. Both the informative letter and the survey stated that the person in question was not obligated to participate. Both the participant as the non-participant experienced no negative consequences. Furthermore, the survey could be stopped at any moment by the participant. Uncomplete surveys were removed.

Statistical analysis

First a descriptive analysis was made to investigate the characteristics of our study population. Then a univariable logistic regression analysis was used to pinpoint which sociodemographic and context specific factors were associated with the attitude of the GP towards UMS. We granted a score on the part of the survey where we tested the GP's knowledge of UMS, which was also related to the attitude of the GP by univariable logistic regression analysis. Next, all demographic and context specific factors were included in a multivariable analysis. By doing this, the risk of biases was minimized.

Only the fully completed surveys were analyzed. The data was imported into IBM SPSS Statistics. Chi square, independent T-test and ANOVA analysis were performed to examine the presence of a link towards their willingness to conduct euthanasia with respectively the sociodemographic data and their knowledge. The chi square test was used to compare the willingness of the GP with the cases. Data with a p-value < 0.05 were considered statistically significant.

Results

Literature

There has been a significant increase in euthanasia cases over the years in Belgium (both in physical suffering and in psychological suffering) (4, 7)(10). This is possibly due to some societal factors such as awareness, education of professionals and greater acceptance among the public (11). Comparing the results of studies in other disciplines and the general public, it seems that the general opinion is highly dependent on certain influencing factors. There are more positive attitudes towards euthanasia when the patient is physically ill as opposed to mentally ill (3, 6, 12-17). People's perception that physical illness is more likely to be terminal and untreatable, is also a reason why people are more likely to approve euthanasia in the physically ill rather than the mentally ill. The type of mental illness is also a factor whether or not a person is acceptable towards euthanasia or not. For example people are more favorable towards euthanasia at a patient with schizophrenia than with a severe depression (6). Other patient dependent factors are patient autonomy (6, 18), illness controllability (6, 18, 19), a complex family situation (19), young age (19), life expectancy (17),… Medic dependent factors could be fundamental personal objections (19), religious beliefs (3, 20-22), lack of knowledge or experience (17, 19, 22), geographic region (22)… People with a higher educational level and higher urbanization level are generally more accepting towards euthanasia, while females were less conceivable to the idea (14).

Survey

123 GP's completed the survey by the end of August 2022. 73 participants (59.4%) were willing to take part in a general euthanasia process in UMS.

Demographics

Table 1 shows the demographics and professional characteristics of the GP's. 85 participants (69.1%) were female. The average age was 39.76 years old. Most GP's worked in a group practice. The majority was not religious and 69 participants (56.1%) found that religion is of no influence on their opinion regarding their vision of life. 107 GP's (87%) had a previous euthanasia request, and14 participants (11.4%) had specialized knowledge about euthanasia by palliative training or by being a LEIF-doctor. Most participants (72, 58.5%) felt to have insufficient knowledge towards euthanasia. This is mainly because of four reasons: an insufficient offer in basic medical education (30, 41.7%), insufficient autodidactism (25, 34.7%), the unwillingness to include it in one's duties (9, 12.5%) and the rarity of requests (in UMS) in practice (in other, <8, 11.1%). The ones that do consider themselves to have sufficient knowledge mainly claim it's due to autodidactism (37, 72.5%). 4 (7.8%) of those GP's think it's due to the basic medical education, and 10 (19.6%) of that group find their knowledge in experience.

Attitude

Table 2 shows the willingness of the GP to conduct euthanasia in the specific cases we presented. Each case had different patient characteristics. GP's are less likely to perform euthanasia in only mental suffering compared to only physical suffering (110 GP's (89.4%) in case 1 and 78 (63.4%) in case 2, with p < 0.001). In combined suffering, the willingness of participation is the highest (with 111

GP's (90.2%) in case 3 and 92 (74.8%) in case 6). There is a significant decrease in willingness to perform euthanasia in UMS if the patient is younger (78 GP's (63.4%) in case 2 and 56 (45.5%) in case 5, with $p < 0.001$). Without support of the patient's family, only 25 GP's (20.3%) were prepared to conduct euthanasia (case 7 compared to 92 (74.8%) in case 6, with p 0.001).

All cases show a significant p-value for the willingness to participate in that specific euthanasia process in relation to the predisposition of willingness to conduct euthanasia in UMS, except for case 7, which presents a younger patient with whereby the request for euthanasia is not supported by the family (table 3).

When looking at the GP's characteristics that influence the predisposition of willingness to conduct euthanasia in UMS, only the GP's type of practice is a significant characteristic (p 0.040). Gender, age, religion, the personal influence of religion, the experience with euthanasia requests and the personal estimation of knowledge could not be proven to be significant (table 4).

Knowledge

The mean score of the knowledge questionnaire was 9.39/15 (SD 1.78) and the median was 9/15. The lowest score was 4 and the highest score 13. Table 5 shows the results of each question. Questions 5, 9, 10 and 15 all had overall more incorrect answers. Only 11 participants (8.9%) knew that being a burden for somebody else (psychological suffering) is a valid reason to conduct euthanasia.

The participants who had a higher score on the knowledge questionnaire had indeed rated their knowledge as more sufficient (p 0.003) and were more willing to conduct euthanasia in UMS (p 0.018) (table 6). Age seems to be of no influence to the individual scoring on the knowledge questionnaire (p 0.205).

Discussion

The majority of participants were willing to take part in a general euthanasia process in UMS. The attitude of GP's towards euthanasia in UMS is subjective to physician dependent as well as patient dependent factors. The results show that a GP working in a solo practice is less likely to perform euthanasia in UMS than others. The literature states that religion (22) as well as gender (14) has also an influence on the willingness, but we couldn't conclude this from this study. The patient dependent factors are the most significant. In this study, type of suffering (mental suffering), younger age and the lack of the support of the family are all significant influences found in as well literature study (3, 19) as our survey study. In general the participants who claimed to be willing to conduct euthanasia in UMS were indeed more willing to conduct euthanasia in each case, except in case 7. Without the support of the patient's family, even the GP's who said they were likely to perform euthanasia in UMS opted out in doing so (p 0.058). We believe that this may be possible due to the fear of repercussions since the GP claims to be too insecure to perform euthanasia in UMS, because of too little experience or knowledge. The GP as well as other (psychological) health professionals indicate to have an insufficient knowledge regarding the subject and that this is a reason not to participate in the euthanasia process in UMS. GP's who have more knowledge about the euthanasia process (shown by their score on the questionnaire) are more likely to perform euthanasia in UMS. However, the estimation of having a sufficient knowledge about euthanasia in UMS did not influence the consideration to participate in euthanasia in UMS.

Mistakes are easily made in difficult and subjective matter such as euthanasia in UMS. More directive education on this sensitive subject would be helpful to make a more considered decision when a patients request is presented. As the GP is often the first person a patient comes to with his

euthanasia request, it is therefore important that the correct information and guidance is given to these patients during this already tough process.

Strengths and weaknesses

This is the first study to investigate the opinion and knowledge of the GP regarding euthanasia UMS.

In total 123 GP's completed the survey. In 2020 in Flanders we had 10.339 active registered GP's according to the Flanders Doctors Syndicate. Hence, the study results can be an underestimation of the reality. However, they agree with what we have found in the literature.

The survey included many variables to minimize confounders, leading us to interesting results. But it is important to take into account that in the case of type of practice and religion, not every variable was equally presented. So the data can be biased due to a lack of homogeneity of the groups.

This study can serve as a basis for future studies to investigate how we can improve the knowledge of the GP's in a larger study population.

Conclusions

Most GP's are willing to take on a role in the euthanasia process for UMS in a general case.

The GP's opinion on euthanasia in UMS is influenced by numerous patient dependent factors such as age, type of suffering (only mental suffering or combined suffering) and presence of family support. As physician dependent factor, only the type of practice was significant which means GPs in a solo practice are less likely to perform euthanasia in UMS.

Most GPs feel like they have insufficient knowledge about euthanasia in UMS because of lack of education and experience. We recommend expanding basic education on euthanasia in UMS hands-on so that the GP can make a more informed decision about participation in the process. This can be improved by increasing the amount of time spent on this subject during college education and by organizing advanced trainings for the GP's.

This study can serve as a guide for the future to investigate how to improve the knowledge and how to guide GPs in the process of making a considered opinion while dealing with a request regarding euthanasia in UMS.

Acknowledgements

We would like to extend a special thanks to Prof. Wim Distelmans and Dr. Patrick Wyffels for their help in compiling the survey. Also a special thanks to Bart Spiessens with his aid in the statistical analysis. Last but not least our gratitude to Prof. Schoenmakers with her confidence and guidance throughout our thesis process.

Abbreviations

GP: general practitioner; UMS: unbearable mental suffering; LEIF: Life Ending Information Forum; SD: standard deviation

Tables

Table 1: Participants' sociodemographic data

	N	%
Gender		
- Male	38	30.9
- Female	85	69.1
Age		
- 24 - 34	67	54.5
- 35 - 44	13	10.5
- 45 - 54	14	11.4
- 55 - 64	21	17.1
- 65 - 75	8	6.5
Type of practice		
- Solo	18	14.6
- Duo	18	14.6
- Group	75	61.0
- Other	12	9.8
Type of doctor		
- General practitioner	81	65.9
- Doctor with palliative training	8	6.5
- LEIF-doctor	6	4.9
- General practitioner in training	40	32.5
- Other	11	8.9
Religion		
- Christianity	46	37.4
- Islam	1	0.8
- Judaism	1	0.8
- Atheist	30	24.4
- Other	7	5.7
- No interest	38	30.9
Religion influence		
- Yes	54	43.9
- No	69	56.1
Previous euthanasia request		
- Yes	107	87.0
- No	16	13.0
Estimation of knowledge		
- Sufficient	51	41.5
- Insufficient	72	58.5

Table 2: Casuistry (willingness to conduct euthanasia)

	Willing		Not willing	
	N	%	N	%
Case 1	110	89.4	13	10.6
Case 2	78	63.4	45	36.6
Case 3	111	90.2	12	9.8
Case 4	85	69.1	38	30.9
Case 5	56	45.5	67	54.5
Case 6	92	74.8	31	25.2
Case 7	25	20.3	98	79.7

Table 3: Influence of the patient's characteristics on the predisposition of willingness to conduct euthanasia in UMS (chi-square test)

	Willing to conduct euthanasia in UMS	Not willing to conduct euthanasia in UMS	P-value
Case 1			0.005
– Yes	70 (63.6%)	40 (36.4%)	
– No	3 (23.1%)	10 (76.9%)	
Case 2			< 0.001
– Yes	60 (76.9%)	18 (23.1%)	
– No	13 (28.9%)	32 (71.1%)	
Case 3			0.002
– Yes	71 (64%)	40 (36%)	
– No	2 (16.7%)	10 (83.3%)	
Case 4			< 0.001
– Yes	59 (69.4%)	26 (30.6%)	
– No	14 (36.8%)	24 (63.2%)	
Case 5			< 0.001
– Yes	45 (80.4%)	11 (19.6%)	
– No	28 (41.8%)	39 (58.2%)	
Case 6			< 0.001
– Yes	66 (71.7%)	26 (28.3%)	
– No	7 (22.6%)	24 (77.4%)	
Case 7			0.058
– Yes	19 (76%)	6 (24%)	
– No	54 (55.1%)	44 (44.9%)	

Table 4: Influence of the participant's characteristics on the predisposition of willingness to conduct euthanasia in UMS

Sociodemographic data	Willing to conduct euthanasia in UMS	Not willing to conduct euthanasia in UMS	P-value	Statistical analysis
Gender			0.537	chi^2
– Male	21 (55.3%)	17 (44.7%)		
– Female	52 (61.2%)	33 (38.8%)		
Age			0.376	iT-test
– 24 - 34	44 (65.7%)	23 (34.3%)		
– 35 - 44	5 (38.5%)	8 (61.5%)		
– 45 - 54	8 (57.1%)	6 (42.9%)		
– 55 - 64	11 (52.4%)	10 (47.6%)		
– 65 - 75	5 (62.5%)	50 (40.7%)		
Type of practice			0.040	chi^2
– Solo	6 (33.3%)	12 (66.7%)		
– Duo	12 (66.7%)	6 (33.3%)		
– Group	45 (60%)	30 (40%)		
– Other	10 (83.3%)	2 (16.7%)		
Religion			0.057	chi^2
– Christianity	19 (41.3%)	27 (58.7%)		
– Islam	1 (100%)	0 (0%)		
– Judaism	1 (100%)	0 (0%)		
– Atheist	21 (70%)	9 (30%)		
– Other	5 (71.4%)	2 (28.6%)		
– No interest	26 (68.4%)	12 (31.6%)		

Religion influence – Yes – No	 34 (63%) 39 (56.5%)	 20 (37%) 30 (43.5%)	0.470	chi^2
Previous euthanasia request – Yes – No	 60 (56.1%) 13 (81.3%)	 47 (43.9%) 3 (18.8%)	0.056	chi^2
Estimation of knowledge – Sufficient – Insufficient	 31 (60.8%) 42 (58.3%)	 20 (39.2%) 30 (41.7%)	0.785	chi^2

Table 5: Results knowledge questionnaire

	Correct Answers		Wrong Answers	
	N	**%**	**N**	**%**
Question 1	116	94.3	7	5.7
Question 2	118	95.9	5	4.1
Question 3	115	93.5	8	6.5
Question 4	75	61	48	39
Question 5	48	39	75	61
Question 6	91	74	32	26
Question 7	101	82.1	22	17.9
Question 8	77	62.6	46	37.4
Question 9	43	35	80	65
Question 10	11	8.9	112	91.1
Question 11	81	65.9	42	34.1
Question 12	80	65	43	35
Question 13	76	61.8	47	38.2
Question 14	83	67.5	40	32.5
Question 15	40	32.5	83	67.5

Table 6: influence of the participant's characteristics on the scoring on the knowledge questionnaire

	Mean score	**P-value**	**Statistical analysis**
Age – 24 - 34 – 35 - 44 – 45 - 54 – 55 - 64 – 65 - 75	 9.13 10.23 9.21 9.52 10.12	0.205	ANOVA
Predisposition of willingness – Willing – Not willing	 9.71 8.92	0.018	iT-test
Estimation of knowledge – Sufficient – Insufficient	 9.94 9	0.003	iT-test

References

1. De Laat M, De Coninck C, Derycke N, Huysmans G, Coupez V. Richtlijn Uitvoering Euthanasie. Oktober 2018. Toegankelijk via www.pallialine.be.
2. Federal Control and Evaluation Committee for Euthanasia. Report Nine to the Legislative Chambers. Belgium; 2020.
3. Moshe S, Gershfeld-Litvin A. Old and Depressed? What We Think About Ending Their Suffering-Attitudes Toward Euthanasia for Elderly Suffering From Physical Versus Mental Illness. Omega. 2020:30222820961241.
4. Demedts D, Roelands M, Libbrecht J, Bilsen J. The attitudes, role & knowledge of mental health nurses towards euthanasia because of unbearable mental suffering in Belgium: A pilot study. Journal of psychiatric and mental health nursing. 2018;25(7):400-10.
5. Thienpont L, Verhofstadt M, Van Loon T, Distelmans W, Audenaert K, De Deyn PP. Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. BMJ open. 2015;5(7):e007454.
6. Levin K, Bradley GL, Duffy A. Attitudes Toward Euthanasia for Patients Who Suffer From Physical or Mental Illness. Omega. 2020;80(4):592-614.
7. Verhofstadt M, Van Assche K, Sterckx S, Audenaert K, Chambaere K. Psychiatric patients requesting euthanasia: Guidelines for sound clinical and ethical decision making. International journal of law and psychiatry. 2019;64:150-61.
8. Federal Control and Evaluation Committee for Euthanasia. Report Nine to the Legislative Chambers. Belgium; 2018-2019.
9. Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases. BMC psychiatry. 2017;17(1):203.
10. Federal Control and Evaluation Committee for Euthanasia. Reports to the Legislative Chambers. Belgium; 2004, 2006, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2018, 2020.
11. Cohen J, Van Landeghem P, Carpentier N, Deliens L. Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries. International journal of public health. 2014;59(1):143-56.
12. Rae N, Johnson MH, Malpas PJ. New Zealanders' attitudes toward physician-assisted dying. Journal of palliative medicine. 2015;18(3):259-65.
13. Davidson D, Lymburner J. Furthering the Discussion on a Physician-Assisted Dying Right for the Mentally Ill: Commentary on Karesa and McBride (2016). Canadian Psychology. 2017;58:292-304.
14. Evenblij K, Pasman HRW, van der Heide A, van Delden JJM, Onwuteaka-Philipsen BD. Public and physicians' support for euthanasia in people suffering from psychiatric disorders: a cross-sectional survey study. BMC medical ethics. 2019;20(1):62.
15. van Tol D, Rietjens J, van der Heide A. Judgment of unbearable suffering and willingness to grant a euthanasia request by Dutch general practitioners. Health policy (Amsterdam, Netherlands). 2010;97(2-3):166-72.
16. Bolt EE, Snijdewind MC, Willems DL, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD. Can physicians conceive of performing euthanasia in case of psychiatric disease, dementia or being tired of living? Journal of medical ethics. 2015;41(8):592-8.
17. Vézina-Im LA, Lavoie M, Krol P, Olivier-D'Avignon M. Motivations of physicians and nurses to practice voluntary euthanasia: a systematic review. BMC palliative care. 2014;13(1):20.
18. Evenblij K, Pasman HRW, van der Heide A, Hoekstra T, Onwuteaka-Philipsen BD. Factors associated with requesting and receiving euthanasia: a nationwide mortality follow-back study with a focus on patients with psychiatric disorders, dementia, or an accumulation of health problems related to old age. BMC medicine. 2019;17(1):39.
19. Verhofstadt M, Audenaert K, Van den Broeck K, Deliens L, Mortier F, Titeca K, et al. The engagement of psychiatrists in the assessment of euthanasia requests from psychiatric patients in Belgium: a survey study. BMC psychiatry. 2020;20(1):400.
20. Aghababaei N, Farahani H, Hatami J. Euthanasia attitude; A comparison of two scales. Journal of medical ethics and history of medicine. 2011;4:9.

21. Caddell DP, Newton RR. Euthanasia: American attitudes toward the physician's role. Social science & medicine (1982). 1995;40(12):1671-81.
22. 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. Journal of pain and symptom management. 2011;41(3):580-93.
23. Verhofstadt M, Audenaert K, Van den Broeck K, Deliens L, Mortier F, Titeca K, et al. Belgian psychiatrists' attitudes towards, and readiness to engage in, euthanasia assessment procedures with adults with psychiatric conditions: a survey. BMC psychiatry. 2020;20(1):374.
24. Anneser J, Jox RJ, Thurn T, Borasio GD. Physician-assisted suicide, euthanasia and palliative sedation: attitudes and knowledge of medical students. GMS journal for medical education. 2016;33(1):Doc11.

Appendices

Appendix 1: The Survey

Dutch version (original)

i. Sociodemografische vragenlijst

1. Hoe oud bent u? (in jaren)
    a. *Open box*
2. Geslacht
    a. Man
    b. Vrouw
    c. Ander
3. In wat voor type praktijk werkt u?
    a. Solopraktijk
    b. Duopraktijk
    c. Groepspraktijk
    d. Andere *(open box)*
4. In welke functie(s) bent u werkzaam? (meerdere antwoorden mogelijk)
    a. Huisarts
    b. HAIO
    c. Arts met palliatieve zorgopleiding
    d. LEIF-arts
    e. Andere *(open box)*

ii. Context specifieke vragenlijst

1. Wat is uw geloofsovertuiging?
    a. Christendom
    b. Islam
    c. Jodendom
    d. Hindoeïsme
    e. Boeddhisme
    f. Atheïst
    g. Andere *(open box)*
    h. Ik hecht hier geen belang aan
2. Vindt u dat uw geloofsovertuiging uw levensvisie beïnvloedt?
    a. Ja
    b. Nee
3. Bent u geboren in België?
    a. Ja
    b. Nee
4. Heeft u ooit al een verzoek gekregen tot euthanasie of palliatieve sedatie? (Euthanasie is de opzettelijke levensbeëindiging op verzoek van de patiënt door een arts. Palliatieve sedatie is bewustzijnsverlaging die proportioneel is aan refractaire klachten. Dit is niet met de intentie tot levensbeëindiging.)
    a. Ja
        i. Hoe stond u tegenover de euthanasievragen die u tot nu toe kreeg?
            1. Zeer negatief
            2. Eerder negatief
            3. Eerder positief
            4. Zeer positief
            5. Neutraal
    b. Nee
5. Hoe schat u uw eigen kennis omtrent het euthanasieproces bij psychisch ondraaglijk lijden in?
    a. Ik vind dat ik voldoende kennis heb omtrent dit onderwerp.
        i. Wat is de hoofreden hiervan volgens u?
            1. Omdat ik mezelf heb bijgeschoold.
            2. Omdat dit voldoende is aangeboden vanuit de universitaire opleiding tot huisarts.
            3. Andere *(open box)*
    b. Ik vind dat ik onvoldoende kennis heb omtrent dit onderwerp.
        i. Wat is de hoofdreden hiervan volgens u?

1. Omdat dit te weinig aangeboden is vanuit de standaard opleiding tot huisarts.
2. Omdat ik dit niet tot mijn takenpakket wil nemen.
3. Omdat ik (nog geen) bijscholingen heb gevolgd hierover.
4. Andere *(open box)*

iii. Kennisvragen

1. Een patiënt met een ongeneeslijke psychiatrische aandoening kan euthanasie verkrijgen indien deze in aanmerking komt.
    - **a. JUIST**
    - b. fout
2. Als huisarts ben je verplicht actief deel te nemen in het euthanasieproces indien uw patiënt dit vraagt.
    - a. juist
    - **b. FOUT**
3. Als huisarts ben je verplicht door te sturen of de patiënt te informeren over een andere instantie als je zelf niet wil meewerken.
    - **a. JUIST**
    - b. fout
4. De uitvoerende arts in een euthanasieproces moet de adviserende artsen aanduiden om een advies te geven. De keuze van deze artsen is geen beslissing van de patiënt.
    - **a. JUIST**
    - b. fout
5. Elk herhaald verzoek tot euthanasie moet schriftelijk worden vastgelegd door de patiënt.
    - a. juist
    - **b. FOUT**
6. Het consult met de tweede, geraadpleegde arts moet plaatsvinden voor er afspraken zijn gemaakt tussen de patiënt en de eerste arts over de uitvoering van de levensbeëindiging.
    - **a. JUIST**
    - b. fout
7. Hoeveel artsen moeten minstens betrokken zijn in het euthanasieproces van iemand met psychisch ondraaglijk lijden? Welke specialisatie moeten deze artsen hebben?
    - a. 2 artsen: behandelende arts en consulterende arts
    - b. 2 artsen: behandelende arts en psychiater
    - **c. 3 artsen: behandelende arts, consulterend psychiater en consulterende arts**
    - d. 3 artsen: behandelende arts, behandelend psychiater en consulterende arts
8. De huisarts mag de optie van euthanasie niet ter sprake brengen bij psychisch ondraaglijk lijden, omdat het verzoek van de patiënt dat hieruit kan volgen dan niet vrijwillig is.
    - a. juist
    - **b. FOUT**
9. Indien er tussen herhaalde verzoeken een periode is dat de patiënt toch geen euthanasie meer wil, tellen alle voorgaande verzoeken niet meer.
    - **a. JUIST**
    - b. fout
10. Een last zijn voor anderen is een valide reden voor euthanasie aan te vragen bij psychisch ondraaglijk lijden.
    - **a. JUIST**
    - b. fout
11. Na euthanasie bij psychisch ondraaglijk lijden moet er ‘natuurlijke dood’ worden aangeduid op de overlijdensakte.
    - **a. JUIST**
    - b. fout
12. Hoeveel herhaalde verzoeken tot euthanasie bij psychisch ondraaglijk lijden moeten er minstens zijn vooraleer het euthanasieproces kan worden gestart?
    - a. Minstens 3 consulten
    - b. Minstens 5 consulten
    - **c. Aantal maakt niet uit**
13. Bij een psychiatrische patiënt die iedere vorm van verdere potentieel curatieve behandeling weigert, mag de facto geen euthanasie worden toegediend, omdat hij in principe niet is uitbehandeld.
    - **a. JUIST**
    - b. fout
14. Als een van de onafhankelijke geraadpleegde artsen een negatief advies geeft, is dit bindend en kan de euthanasie niet doorgaan.

a. juist
b. FOUT

15. Twee artsen uit dezelfde praktijk mogen actief deelnemen aan hetzelfde euthanasieproces.
a. JUIST
b. fout

iv. Vragen over bereidheid in specifieke casussen

1. Bent u bereid om deel te nemen aan een euthanasieproces bij psychisch ondraaglijk lijden?
    a. Ja
        i. Ik vind het een taak van een huisarts om hieraan deel te nemen
        ii. Het is de beslissing van de patiënt en als arts moet je die keuze respecteren
        iii. Andere *(open box)*
    b. Nee
        i. Enkel psychisch lijden vind ik niet voldoende om iemands leven te beëindigen
        ii. Het druist in tegen mijn geloofsovertuigingen / geweten
        iii. Psychisch ondragelijk lijden is een subjectief gegeven en daarom moeilijk te beoordelen
        iv. Ik sta wel achter de euthanasiewet maar om persoonlijke redenen zou ik geen actieve rol in het proces willen bijdragen.
        v. Andere *(open box)*
2. Wenst u enkel euthanasie uit te voeren bij iemand met fysiek lijden of enkel bij psychisch lijden of beschouwt u alle lijden als gelijkwaardig?
    a. Enkel fysiek lijden
    b. Enkel psychisch lijden
    c. Beide (alle lijden is gelijkwaardig)
        i. Indien u bereid zou zijn om deel te nemen aan een euthanasieproces bij psychisch ondraaglijk lijden, als welke rol(-len) zou u dan willen vervullen?
            1. aanwezige arts
            2. adviserende arts
            3. uitvoerende arts
            4. Andere *(open box)*
            5. Ik wens niet te antwoorden
    d. Ik wens nooit euthanasie uit te voeren

Uw patiënt heeft eindstadium longkanker die niet operabel is.

1. Deze patiënt is 65 jaar en heeft ernstige kortademigheidsklachten die niet te verlichten zijn met medicatie.
    a. Ik zou in deze situatie deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.
    b. Ik zou in deze situatie geen deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.
2. Deze patiënt is 65 jaar en heeft relatief weinig fysieke klachten, maar heeft een enorme psychische lijdensdruk omdat hij de wil om te leven kwijt is. Weten dat hij zal aftakelen is ondraagbaar voor hem en hij wil zelf het moment en de manier van zijn sterven kiezen. Hij is psychisch uitbehandeld.
    a. Ik zou in deze situatie deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.
    b. Ik zou in deze situatie geen deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.
3. Deze patiënt is 65 jaar en heeft zowel ernstige klachten van kortademigheid als een grote psychische lijdensdruk. Voor beide condities is hij uitbehandeld.
    a. Ik zou in deze situatie deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.
    b. Ik zou in deze situatie geen deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.
4. Deze patiënt is 25 jaar en heeft ernstige kortademigheidsklachten die niet te verlichten zijn met medicatie.
    a. Ik zou in deze situatie deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.
    b. Ik zou in deze situatie geen deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.
5. Deze patiënt is 25 jaar en heeft relatief weinig fysieke klachten, maar heeft een enorme psychische lijdensdruk omdat hij de wil om te leven kwijt is. Weten dat hij zal aftakelen is ondraagbaar voor hem en hij wil zelf het moment en de manier van zijn sterven kiezen. Hij is psychiatrisch uitbehandeld.
    a. Ik zou in deze situatie deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.
    b. Ik zou in deze situatie geen deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.
6. Deze patiënt is 25 jaar en heeft zowel ernstige klachten van kortademigheid als een grote psychische lijdensdruk. Voor beide is hij uitbehandeld.
    a. Ik zou in deze situatie deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.
    b. Ik zou in deze situatie geen deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.

7. Deze patiënt is 25 jaar en heeft zowel ernstige klachten van kortademigheid als een grote psychische lijdensdruk. Voor beide is hij uitbehandeld. Zijn familie staat niet achter de euthanasieprocedure, de patiënt wenst dit dan ook voor hen te verzwijgen.
    a. Ik zou in deze situatie deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.
    b. Ik zou in deze situatie geen deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.

English version

i. Sociodemographic questionnaire

1. How old are you? (in years)
    a. *Open box*
2. Sex
    a. Male
    b. Female
    c. Other
3. In what type of practice do you work?
    a. Solo practice
    b. Duo practice
    c. Group practice
    d. Other *(open box)*
4. What is your function? (multiple answers possible)
    a. General practitioner
    b. General practitioner in training
    c. Doctor with palliative care training
    d. LEIF-doctor
    e. Other *(open box)*

ii. Context specific questionnaire

1. What is your religious belief?
    a. Christianity
    b. Islam
    c. Judaism
    d. Hinduism
    e. Buddhism
    f. Atheism
    g. Other *(open box)*
    h. I attach no importance to this
2. Do you think your religious belief influences your vision of life?
    a. Yes
    b. No
3. Are you born in Belgium?
    a. Yes
    b. No
4. Have you ever received a request for euthanasia or palliative sedation? (Euthanasia is the intentional termination of life at the request of the patient by a physician. Palliative sedation is a lowering of consciousness proportional to refractory complaints. This is not with the intention of terminating life.)
    a. Yes
        i. How did you feel about the euthanasia requests you received so far?
            1. Very negative
            2. Rather negative
            3. Rather positive
            4. Very positive
            5. Neutral
    b. No
5. How would you rate your own knowledge of the euthanasia process in case of unbearable mental suffering?
    a. I think I have sufficient knowledge about this subject.
        i. What do you think is the main reason for this?
            1. Because I educated myself.
            2. Because this subject is sufficiently offered by the university training.
            3. Other *(open box)*
    b. I think I have insufficient knowledge about this subject.
        i. What do you think is the main reason for this?
            1. Because this subject is insufficiently offered by the university training.
            2. Because I don't want to include this in my duties.
            3. Because I have not (yet) followed further training on this subject.

4. Other *(open box)*

iii. Knowledge questionnaire

1. A patient with an incurable psychiatric disorder can obtain euthanasia if they qualify.
    - **a. CORRECT**
    - b. Incorrect
2. As a general practitioner you are obliged to actively participate in the euthanasia process if your patient requests this.
    - a. Correct
    - **b. INCORECT**
3. As a GP, you are obliged to forward or inform the patient about another agency if you do not want to cooperate yourself.
    - **a. CORRECT**
    - b. Incorrect
4. The executing physician in a euthanasia process must designate the advising physicians. The choice of these doctors is not a patient decision.
    - **a. CORRECT**
    - b. Incorrect
5. Any repeated request for euthanasia must be recorded in writing by the patient.
    - a. Correct
    - **b. INCORRECT**
6. The consultation with the second doctor consulted must take place before agreements have been made between the patient and the first doctor about the termination of life.
    - **a. CORRECT**
    - b. Incorrect
7. How many doctors should be involved in the euthanasia process of someone with unbearable mental suffering? What specialization should these doctors have?
    - a. 2 doctors: treating doctor and consulting doctor
    - b. 2 doctors: treating doctor and psychiatrist
    - **c. 3 doctors: attending doctor, consulting psychiatrist and consulting doctor**
    - d. 3 doctors: treating doctor, treating psychiatrist and consulting doctor
8. The GP may not raise the option of euthanasia in the case of unbearable mental suffering, because the patient's request that may follow from this is then not voluntary.
    - a. Correct
    - **b. INCORRECT**
9. If there is a period between repeated requests when the patient no longer wants euthanasia, all previous requests no longer count.
    - **a. CORRECT**
    - b. Incorrect
10. Being a burden to others is a valid reason to request euthanasia in case of psychologically unbearable suffering.
    - **a. CORRECT**
    - b. Incorrect
11. 11. After euthanasia in unbearable mental suffering, 'natural death' must be indicated on the death certificate.
    - **a. CORRECT**
    - b. Incorrect
12. How many repeated requests for euthanasia in unbearable mental suffering must there be at least before the euthanasia process can be started?
    - a. At least 3 consults
    - b. At least 5 consults
    - **c. It doesn’t matter**
13. In the case of a psychiatric patient who refuses any form of further potentially curative treatment, euthanasia may not be administered de facto, because in principle he has not been fully treated.
    - **a. CORRECT**
    - b. Incorrect
14. If one of the independent doctors consulted gives a negative advice, this is binding and the euthanasia cannot proceed.
    - a. Correct
    - **b. INCORRECT**
15. 15. Two doctors from the same practice may actively participate in the same euthanasia process.

a. **CORRECT**
b. Incorrect

iv. Questionnaire about the willingness to take part in euthanasia in a few specific cases

1. Are you willing to participate in a euthanasia process unbearable mental suffering?
    a. Yes
        i. I think it is a doctor's job to participate in this
        ii. It is the patient's decision and as a doctor you have to respect that choice
        iii. Other *(open box)*
    b. No
        i. Psychological suffering alone is not enough to end someone's life
        ii. It goes against my beliefs/conscience
        iii. Unbearable mental suffering is a subjective fact and therefore difficult to assess
        iv. I do support the euthanasia law, but for personal reasons I would not want to contribute an active role in the process.
        v. Other *(open box)*
2. Do you only want to perform euthanasia on someone with physical suffering or only with psychological suffering or do you regard all suffering as equal?
    a. Only psychical suffering
    b. Only psychological suffering
    c. Both (all suffering is equal)
        i. i. If you would be willing to participate in a euthanasia process in case of psychologically unbearable suffering, what role(s) would you like to play?
            1. Attending doctor
            2. advising doctor
            3. Executing doctor
            4. Other *(open box)*
            5. I prefer not to answer
    e. I wish never to perform euthanasia

Your patient has end-stage lung cancer that is inoperable.

1. This patient is 65 years old and has severe shortness of breath that cannot be alleviated with medication.
    a. I would like to be part of the euthanasia procedure in this situation if requested.
    b. I would not want to be part of the euthanasia procedure in this situation if requested.
2. This patient is 65 years old and has relatively few physical complaints, but has enormous psychological suffering because he has lost the will to live. Knowing that he will deteriorate is unbearable for him and he wants to choose the moment and the way of his death. He has undergone psychiatric treatment.
    a. I would like to be part of the euthanasia procedure in this situation if requested.
    b. I would not want to be part of the euthanasia procedure in this situation if requested.
3. This patient is 65 years old and has both serious complaints of shortness of breath and great psychological distress. He has been treated for both conditions.
    a. I would like to be part of the euthanasia procedure in this situation if requested.
    b. I would not want to be part of the euthanasia procedure in this situation if requested.
4. This patient is 25 years old and has severe shortness of breath that cannot be alleviated with medication.
    a. I would like to be part of the euthanasia procedure in this situation if requested.
    b. I would not want to be part of the euthanasia procedure in this situation if requested.
5. 5. This patient is 25 years old and has relatively few physical complaints, but has enormous psychological suffering because he has lost the will to live. Knowing that he will deteriorate is unbearable for him and he wants to choose the moment and the way of his death. He has undergone psychiatric treatment.
    a. I would like to be part of the euthanasia procedure in this situation if requested.
    b. I would not want to be part of the euthanasia procedure in this situation if requested.
6. This patient is 65 years old and has both serious complaints of shortness of breath and great psychological distress. He has been treated for both conditions.
    a. I would like to be part of the euthanasia procedure in this situation if requested.
    b. I would not want to be part of the euthanasia procedure in this situation if requested.
7. This patient is 25 years old and has both serious complaints of shortness of breath and great psychological distress. He has been treated for both. His family does not support the euthanasia procedure, so the patient wishes to conceal this from them.
    a. I would like to be part of the euthanasia procedure in this situation if requested.
    b. I would not want to be part of the euthanasia procedure in this situation if requested.

Appendix 2: Approved protocol

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY USING AN ANONYMOUS SURVEY

1. APPLICANTS

Protocol - full title	Euthanasia in unbearable mental suffering: attitude, knowledge and role of the general practitioner in Flanders
Version 1: Date submission	Date:Click here to enter a date.
Principal Investigator – Promotor	**Name: Birgitte Schoenmakers**
	Telephone: ##
	E-mail: birgitte.schoenmakers@kuleuven.be
Following both questions should be answered:	
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. **YES** □	
The supervisor has read and approved the submission for ethics approval. **YES** □	
Sub-investigator – Student(s)	**Name: Liselotte Van Ballart**
	Student number: r0887288
	Telephone: 0476874435
	E-mail: liselottevanballart@gmail.com
	Name: Maxime De Rop
	Student number: r0580674
	Telephone: 0470847527
	E-mail: maxime.derop@gmail.com

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Since 2001, active euthanasia is allowed in Belgium under certain conditions. According to the Euthanasia Law, euthanasia is the act of deliberately and actively ending the life of a patient by a physician on the request of the patient (1). In 2019, euthanasia was performed 2656 times in Belgium. This covers 2.5% of the total deaths that year. In 31.7% of those procedures, a general practitioner (GP) was involved (2). Belgium is one of the few countries that legalizes euthanasia in the case of unbearable mental suffering (UMS) (3-6). This is still outlawed in many other countries. There have been some guidelines in clinical and ethical decision making supporting professionals, patients and relatives (7). In the majority of cases, there is a combination of mental and physical suffering (80.9%). Mental or psychological suffering can express itself in many different ways. A person can suffer from its life now and the prospect of the future (deterioration, negative prognosis), the loss of independence, the loss of

social interaction (for example due to loss of mobility, hearing or vision), the feeling of discomfort, the loss of sense of purpose, the loss of meaning of life, etc. Considering the above, it is incredibly difficult to objectify this level of suffering. This suffering is mostly subjective, depending on the personality, views and values of the patient (8). Likewise, assessing the degree of this suffering is difficult and pain assessment has a much longer tradition in psychical suffering (4). When it comes to psychiatric disorders, wanting to die can be a symptom; therefore it is challenging to determine the value of the euthanasia request in unbearable mental suffering. This also creates a dilemma between the patients autonomy and suicide prevention and harm reduction (9). All these concerns can affect the propensity of the physician.
There has been a significant increase in euthanasia cases over the years in Belgium (in general and in psychological suffering) (4, 7)(10). This is possibly due to societal factors such as awareness, education of professionals and greater acceptance among the public (11). Comparing the results of studies in other disciplines and in public, it seems that the general opinion is highly dependent on certain influencing factors. There are more positive attitudes towards euthanasia when the patient is physically ill as compared to mentally ill (3, 6, 12-17). Other patient dependent factors are patient autonomy (6, 18), illness controllability (6, 18, 19), a complex family situation (19), young age (19), life expectancy (17),… Doctors' dependent factors could be fundamental personal objections (19), religious beliefs (3, 20-22), lack of knowledge or experience (17, 19, 22), geographic region (22),… People with a higher educational level and higher urbanization level are generally more accepting towards euthanasia, while females were less conceivable to the idea (14).
Clearly, attitudes towards euthanasia in general are already thoroughly investigated, mainly in other disciplines (e.g. psychiatrists, psychiatric wards, students,… (3, 4, 6, 14, 19)). But, what is the opinion of the GP about euthanasia requested for UMS? What does the GP knows about euthanasia in UMS?

3. STUDY OBJECTIVES

A few studies researched the attitudes of psychiatrics in euthanasia in unbearable mental suffering. The attitudes of the general practitioner are less studied. In this study we aim to investigate the opinion and knowledge of the general practitioner concerning euthanasia in unbearable mental suffering (UMS).
Our primary research questions address the opinion of the GP concerning euthanasia in UMS and their knowledge about euthanasia in UMS. These questions will be objectified in primary outcome measures through a specially composed questionnaire.
As secondary outcome we will look for independent variables, such as the sociodemographic and context specific characteristics of the GP's. Do these variables influence the attitude of the GP towards euthanasia in UMS?

4. RESEARCH METHOD

We will conduct a cross sectional survey, performed in the network of Belgian general practitioners. The questionnaires are based on existing and validated surveys and adjusted to the context of general practitioners (3, 6, 14, 17, 19, 23, 24).

Design of the study
The survey consists of four parts: (i) a sociodemographic questionnaire, (ii) a context specific questionnaire, (iii) a questionnaire about the knowledge of the physician on euthanasia in unbearable mental suffering and (iv) a questionnaire about the willingness to take part in euthanasia in a few specific cases. As read above, the questionnaires are based on previously used surveys in other studies, but multiple experts helped shape this survey, among which a physician associated with LEIF (LevensEinde InformatieForum) and a physician from the Belgian euthanasia commission. The survey is sent out online. If the questionnaire is not responded within 4 weeks a first reminder will be sent out. A second reminder will be sent after another 4 weeks.

Statistical analysis
We aim a response rate of 40%. Results will be descriptively presented including 95% confidence interval. To assess whether the sociodemographic factors, context specific factors and knowledge of the

procedure of euthanasia in unbearable mental suffering have any influence on the choice to participate in a euthanasia process, this study uses a univariable logistic regression analysis, followed by a multivariable analyses using a manual stepwise backward selection.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

To be included, the participant must be an active and registered Dutch speaking GP in Flanders.

5.2 Sample size and population

The survey will be sent out with the aid of the local GP-networks to a random sample of 1500 currently active GP's and those who are still in training in Flanders. The target is to have 500 – 600 completed questionnaires returned. The survey is drafted in Dutch.

5.3 Recruitment

The GP's will receive an personal invite for the participation for the study by e-mail or offered a link by social media. Before accessing the questionnaire, each participant has to sign an informed consent in which clearly will be stated the goal, the methods and the implications of the investigation; the possible advantages, risks and disadvantages linked to the study; the possible external financing of the study, the processing of the personal data and the retention period of this data. Only when agreeing to this terms and after the ICF is accepted, access will be granted for completing the survey. Both the ICF as the survey will state that the person in question is not obligated to participate. Both the participant as the non-participant will experience no negative consequences. Furthermore the survey can be stopped at any moment on request of the participant. The already filled in data will not be implemented in the data-analysis but will be destroyed.

5.4 Expected duration

We hope to send out the questionnaires in the course of October. Data will be collected between October 2021 and March 2022, using a self-administered questionnaire. We aim to finish the data processing by February 2023.
We estimate that the total completion of the survey will take 15 minutes of the participant's time.

6. ANALYSIS

First, an univariable logistic regression analysis will be used to pinpoint which sociodemographic and context specific factors are associated with the attitude of the GP towards UMS. We will grant a score on the part of the survey where we will test the GP's knowledge of UMS, which will also be related to the attitude of the GP by univariable logistic regression analysis. Next, all demographic and context specific factors will be included in a multivariable analysis. By doing this, the risk of biases will be minimized. By manual stepwise backward selection (removal at $p > 0.05$), the variables that are most associated with a positive attitude of the GP towards UMS will be identified.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

All data will be stored confidentially and with the necessary care during the course of the investigation. Only the information necessary to investigate the endpoints obtained by the questionnaire will be collected. The information gathered will be stored in a structural manner in a secured computer document. If possible the file will be stored in a project or team-bound storage on a server of the KU Leuven or UZ Leuven, in OneDrive for Business, provided by KU Leuven, or in REDCap. If not, a personal computer of one of the principal investigators will be used and will be secured with a password, two-step verification or a specialised program like 7-ZIP or AEScrypt.
Data that make it possible for the identification of the participants will be pseudonymized. This implies that all personal data will be processed in such a matter that these no longer can be linked to a specific person without the use of additional information. The direct link between the participant and the dataset will not be broken, but coded. This code will not contain the name, nor the initials, nor elements that could lead to the identification (for example: date of birth or birth place). The codes will be stored in a separate and keyed file, which can only be accessed by the promoter and the concerned students. The file will not be stored on the same computer as the data files. Whenever a copy of the confidential information or documents is sent out, this will always be encrypted with a password or unique code.
For transmission of bigger files, Belnet Filesender will be used. Applications like Google Drive, a personal OneDrive (with the exception of One Drive for Business, provided by KU Leuven) or WeTransfer will be avoided at any cost. At the end of the project, the files will be delivered to the promoter, who will assure a safekeeping. In accordance with the policy of the KU Leuven, the files will be stored for another ten years after which it will be revaluated if it is useful to store the data for a longer time.

7.2 Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

In the framework of her Master's thesis, the students will have access to all kinds of data, information, results and documents. In order to ensure the confidentiality of this Information and the privacy of those involved, within the framework of her Master's thesis the students should always deal with the Information with the greatest care and discretion.

Data collected in the framework of a Master's thesis requires the utmost of care and discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information she has collected during the course of her Master's thesis.

In performing this research, the students commit herself to the following confidentiality obligations:

- She accepts, during and after the completion of the Master's thesis, **the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information she has collected** and the activities to which she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom she comes into contact;
- She will only process and collect data that is **relevant** and **necessary** for her Master's thesis;
- She will **not share information** with persons not directly involved within the framework of her research; only the **investigator, possible group members** and her **supervisor** will have access to the data
- She will take **all necessary steps** to protect the confidentiality of Information and the privacy of

those involved;

- She will handle with **care and responsibility** the Information and the access granted to her to information systems and digital media.
- She will discuss the **confidentiality**, **storage** and **sharing** of files with her supervisor.
- She will take all necessary steps to **prevent (re-)identification of participants**. Even when working with anonymous data, precautions will be taken in order to minimize the risk of re-identification.
- Wherever possible, she will use a **project based or team based storage location** for storing and exchanging data. She will contact her supervisor to discuss the possibility of using an internal or external service of KU Leuven or UZ Leuven to save data. If not possible, she will use OneDrive for Business, provided by KU Leuven, REDCap,provided by KU Leuven and UZ Leuven, or a password protected device for storing collected data. Applications such as **Google Drive, a personal OneDrive (except OneDrive for Business, provided by KU Leuven) or WeTransfer will be avoided at all times**.
- She will always encrypt confidential information and files with a **password**, **two-step verification** or **specialized program** such as 7-Zip or AEScrypt.
- When sharing a copy of strictly confidential data, she will always **encrypt** the data with a secure password or unique code. For sharing large files, a **secure application** such as Belnet Filesender will be used.
- In the event of a **data breach** she will immediately contact her supervisor

All investigators shall treat all information and data relating to the study as confidential and shall not disclose such information to third parties or use such information for any purpose other than the performance of the study

Since this study will not collect any personal data and the GDPR does not apply to anonymous data, **no separate privacy application should be submitted for this type of studies.** When approval is given by the Ethics Committee, this application can be considered as in accordance with the GDPR. There is no objection to start the processing operations.

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

There will be no direct risk to the participant for filling in the questionnaire. As point of contact the name of the principal investigator and the students will be mentioned in the informed consent, as well as an e-mail address.
Because of the sensitive subject, information of the Euthanasie Commissie will be also mentioned in the informed consent.

9. APPROVAL

Since the data will not be collected at an institution or department, this section is not applicable to this study.

10. PUBLICATION POLICY

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the KU Leuven policy on authorship.

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

12. REFERENCES

1. De Laat M, De Coninck C, Derycke N, Huysmans G, Coupez V. Richtlijn Uitvoering Euthanasie. Oktober 2018. Toegankelijk via www.pallialine.be.
2. Federal Control and Evaluation Committee for Euthanasia. Report Nine to the Legislative Chambers. Belgium; 2020.
3. Moshe S, Gershfeld-Litvin A. Old and Depressed? What We Think About Ending Their Suffering-Attitudes Toward Euthanasia for Elderly Suffering From Physical Versus Mental Illness. Omega. 2020:30222820961241.
4. Demedts D, Roelands M, Libbrecht J, Bilsen J. The attitudes, role & knowledge of mental health nurses towards euthanasia because of unbearable mental suffering in Belgium: A pilot study. Journal of psychiatric and mental health nursing. 2018;25(7):400-10.
5. Thienpont L, Verhofstadt M, Van Loon T, Distelmans W, Audenaert K, De Deyn PP. Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. BMJ open. 2015;5(7):e007454.
6. Levin K, Bradley GL, Duffy A. Attitudes Toward Euthanasia for Patients Who Suffer From Physical or Mental Illness. Omega. 2020;80(4):592-614.
7. Verhofstadt M, Van Assche K, Sterckx S, Audenaert K, Chambaere K. Psychiatric patients requesting euthanasia: Guidelines for sound clinical and ethical decision making. International journal of law and psychiatry. 2019;64:150-61.
8. Federal Control and Evaluation Committee for Euthanasia. Report Nine to the Legislative Chambers. Belgium; 2018-2019.
9. Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases. BMC psychiatry. 2017;17(1):203.
10. Federal Control and Evaluation Committee for Euthanasia. Reports to the Legislative Chambers. Belgium; 2004, 2006, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2018, 2020.
11. Cohen J, Van Landeghem P, Carpentier N, Deliens L. Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries. International journal of public health. 2014;59(1):143-56.
12. Rae N, Johnson MH, Malpas PJ. New Zealanders' attitudes toward physician-assisted dying. Journal of palliative medicine. 2015;18(3):259-65.
13. Davidson D, Lymburner J. Furthering the Discussion on a Physician-Assisted Dying Right for the Mentally Ill: Commentary on Karesa and McBride (2016). Canadian Psychology. 2017;58:292-304.
14. Evenblij K, Pasman HRW, van der Heide A, van Delden JJM, Onwuteaka-Philipsen BD. Public and physicians' support for euthanasia in people suffering from psychiatric disorders: a cross-sectional survey study. BMC medical ethics. 2019;20(1):62.
15. van Tol D, Rietjens J, van der Heide A. Judgment of unbearable suffering and willingness to grant a euthanasia request by Dutch general practitioners. Health policy (Amsterdam, Netherlands). 2010;97(2-3):166-72.
16. Bolt EE, Snijdewind MC, Willems DL, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD. Can physicians conceive of performing euthanasia in case of psychiatric disease, dementia or being tired of living? Journal of medical ethics. 2015;41(8):592-8.
17. Vézina-Im LA, Lavoie M, Krol P, Olivier-D'Avignon M. Motivations of physicians and nurses to practice voluntary euthanasia: a systematic review. BMC palliative care. 2014;13(1):20.
18. Evenblij K, Pasman HRW, van der Heide A, Hoekstra T, Onwuteaka-Philipsen BD. Factors associated with requesting and receiving euthanasia: a nationwide mortality follow-back study with a focus on patients with psychiatric disorders, dementia, or an accumulation of health problems related to old age. BMC medicine. 2019;17(1):39.

19. Verhofstadt M, Audenaert K, Van den Broeck K, Deliens L, Mortier F, Titeca K, et al. The engagement of psychiatrists in the assessment of euthanasia requests from psychiatric patients in Belgium: a survey study. BMC psychiatry. 2020;20(1):400.
20. Aghababaei N, Farahani H, Hatami J. Euthanasia attitude; A comparison of two scales. Journal of medical ethics and history of medicine. 2011;4:9.
21. Caddell DP, Newton RR. Euthanasia: American attitudes toward the physician's role. Social science & medicine (1982). 1995;40(12):1671-81.
22. 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. Journal of pain and symptom management. 2011;41(3):580-93.
23. Verhofstadt M, Audenaert K, Van den Broeck K, Deliens L, Mortier F, Titeca K, et al. Belgian psychiatrists' attitudes towards, and readiness to engage in, euthanasia assessment procedures with adults with psychiatric conditions: a survey. BMC psychiatry. 2020;20(1):374.
24. Anneser J, Jox RJ, Thurn T, Borasio GD. Physician-assisted suicide, euthanasia and palliative sedation: attitudes and knowledge of medical students. GMS journal for medical education. 2016;33(1):Doc11.

13. ANNEXES

A. Informatie brief: **Participatie vragenlijststudie omtrent euthanasie bij psychisch ondragelijk lijden**

Beste,

U ontvangt deze brief omdat u in aanmerking komt om deel te nemen aan onze studie die toetst naar de kennis van de huisarts in kader van euthanasie bij psychisch ondragelijk lijden. Verder zullen we onderzoeken of dit (samen met enkele sociodemografische factoren) invloed heeft op de bereidheid van de huisarts om deel te nemen aan een proces van euthanasie bij psychisch ondragelijk lijden. Informatie over deze studie vindt u in bijlage in het informed consent. Deze studie is reeds goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven.

Het invullen van deze vragenlijst neemt ongeveer 15 minuten in beslag.

Voor deelname aan deze studie vragen wij u akkoord te gaan met de geïnformeerde toestemming (u vindt hierover meer informatie in de bijlage).

Indien u wenst deel te nemen aan deze studie kan u deze link volgen: …

Voor eventuele vragen omtrent de studie kan u steeds terecht bij Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers op het e-mailadres birgitte.schoenmakers@kuleuven.be of Liselotte Van Ballart (liselottevanballart@gmail.com) of Maxime De Rop (maxime.derop@student.kuleuven.be). Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur)).

Alvast bedankt en we hopen op snelle berichtgeving van u.

Met vriendelijke groeten,

Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers

Liselotte Van Ballart, huisarts in opleiding

Maxime De Rop, huisarts in opleiding

B. Questionnaire

v. Sociodemografische vragenlijst

5. Hoe oud bent u? (in jaren)
    a. *Open box*
6. Geslacht
    a. Man
    b. Vrouw
    c. Ander

7. In wat voor type praktijk werkt u?
    a. Solopraktijk
    b. Duopraktijk
    c. Groepspraktijk
    d. Andere *(open box)*
8. In welke functie(s) bent u werkzaam? (meerdere antwoorden mogelijk)
    a. Huisarts
    b. HAIO
    c. Arts met palliatieve zorgopleiding
    d. LEIF-arts
    e. Andere *(open box)*

vi. Context specifieke vragenlijst

6. Wat is uw geloofsovertuiging?
    a. Christendom
    b. Islam
    c. Jodendom
    d. Hindoeïsme
    e. Boeddhisme
    f. Atheïst
    g. Andere *(open box)*
    h. Ik hecht hier geen belang aan
7. Vindt u dat uw geloofsovertuiging uw levensvisie beïnvloedt?
    a. Ja
    b. Nee
8. Bent u geboren in België?
    a. Ja
    b. Nee
9. Heeft u ooit al een verzoek gekregen tot euthanasie of palliatieve sedatie? (Euthanasie is de opzettelijke levensbeëindiging op verzoek van de patiënt door een arts. Palliatieve sedatie is bewustzijnsverlaging die proportioneel is aan refractaire klachten. Dit is niet met de intentie tot levensbeëindiging.)
    a. Ja
        i. Hoe stond u tegenover de euthanasievragen die u tot nu toe kreeg?
            1. Zeer negatief
            2. Eerder negatief
            3. Eerder positief
            4. Zeer positief
            5. Neutraal
    b. Nee
10. Hoe schat u uw eigen kennis omtrent het euthanasieproces bij psychisch ondraaglijk lijden in?
    a. Ik vind dat ik voldoende kennis heb omtrent dit onderwerp.
        i. Wat is de hoofreden hiervan volgens u?
            1. Omdat ik mezelf heb bijgeschoold.
            2. Omdat dit voldoende is aangeboden vanuit de universitaire opleiding tot huisarts.
            3. Andere *(open box)*
    b. Ik vind dat ik onvoldoende kennis heb omtrent dit onderwerp.
        i. Wat is de hoofdreden hiervan volgens u?
            1. Omdat dit te weinig aangeboden is vanuit de standaard opleiding tot huisarts.
            2. Omdat ik dit niet tot mijn takenpakket wil nemen.
            3. Omdat ik (nog geen) bijscholingen heb gevolgd hierover.
            4. Andere *(open box)*

vii. Kennisvragen

16. Een patiënt met een ongeneeslijke psychiatrische aandoening kan euthanasie verkrijgen indien deze in aanmerking komt.
    a. JUIST
    b. fout
17. Als huisarts ben je verplicht actief deel te nemen in het euthanasieproces indien uw patiënt dit vraagt.
    a. juist
    b. FOUT
18. Als huisarts ben je verplicht door te sturen of de patiënt te informeren over een andere instantie als je zelf niet wil meewerken.
    a. JUIST

b. fout

19. De uitvoerende arts in een euthanasieproces moet de adviserende artsen aanduiden om een advies te geven. De keuze van deze artsen is geen beslissing van de patiënt.
    a. JUIST
    b. fout
20. Elk herhaald verzoek tot euthanasie moet schriftelijk worden vastgelegd door de patiënt.
    a. juist
    b. FOUT
21. Het consult met de tweede, geraadpleegde arts moet plaatsvinden voor er afspraken zijn gemaakt tussen de patiënt en de eerste arts over de uitvoering van de levensbeëindiging.
    a. JUIST
    b. fout
22. Hoeveel artsen moeten minstens betrokken zijn in het euthanasieproces van iemand met psychisch ondraaglijk lijden? Welke specialisatie moeten deze artsen hebben?
    a. 2 artsen: behandelende arts en consulterende arts
    b. 2 artsen: behandelende arts en psychiater
    c. 3 artsen: behandelende arts, consulterend psychiater en consulterende arts
    d. 3 artsen: behandelende arts, behandelend psychiater en consulterende arts
23. De huisarts mag de optie van euthanasie niet ter sprake brengen bij psychisch ondraaglijk lijden, omdat het verzoek van de patiënt dat hieruit kan volgen dan niet vrijwillig is.
    a. juist
    b. FOUT
24. Indien er tussen herhaalde verzoeken een periode is dat de patiënt toch geen euthanasie meer wil, tellen alle voorgaande verzoeken niet meer.
    a. JUIST
    b. fout
25. Een last zijn voor anderen is een valide reden voor euthanasie aan te vragen bij psychisch ondraaglijk lijden.
    a. JUIST
    b. fout
26. Na euthanasie bij psychisch ondraaglijk lijden moet er 'natuurlijke dood' worden aangeduid op de overlijdensakte.
    a. JUIST
    b. fout
27. Hoeveel herhaalde verzoeken tot euthanasie bij psychisch ondraaglijk lijden moeten er minstens zijn vooraleer het euthanasieproces kan worden gestart?
    a. Minstens 3 consulten
    b. Minstens 5 consulten
    c. Aantal maakt niet uit
28. Bij een psychiatrische patiënt die iedere vorm van verdere potentieel curatieve behandeling weigert, mag de facto geen euthanasie worden toegediend, omdat hij in principe niet is uitbehandeld.
    a. JUIST
    b. fout
29. Als een van de onafhankelijke geraadpleegde artsen een negatief advies geeft, is dit bindend en kan de euthanasie niet doorgaan.
    a. juist
    b. FOUT
30. Twee artsen uit dezelfde praktijk mogen actief deelnemen aan hetzelfde euthanasieproces.
    a. JUIST
    b. fout

viii. Vragen over bereidheid in specifieke casussen

3. Bent u bereid om deel te nemen aan een euthanasieproces bij psychisch ondraaglijk lijden?
    a. Ja
        i. Ik vind het een taak van een huisarts om hieraan deel te nemen
        ii. Het is de beslissing van de patiënt en als arts moet je die keuze respecteren
        iii. Andere *(open box)*
    b. Nee
        i. Enkel psychisch lijden vind ik niet voldoende om iemands leven te beëindigen
        ii. Het druist in tegen mijn geloofsovertuigingen / geweten
        iii. Psychisch ondragelijk lijden is een subjectief gegeven en daarom moeilijk te beoordelen
        iv. Ik sta wel achter de euthanasiewet maar om persoonlijke redenen zou ik geen actieve rol in het proces willen bijdragen.
        v. Andere *(open box)*
4. Wenst u enkel euthanasie uit te voeren bij iemand met fysiek lijden of enkel bij psychisch lijden of beschouwt u alle

lijden als gelijkwaardig?

a. Enkel fysiek lijden
b. Enkel psychisch lijden
c. Beide (alle lijden is gelijkwaardig)
    i. Indien u bereid zou zijn om deel te nemen aan een euthanasieproces bij psychisch ondraaglijk lijden, als welke rol(-len) zou u dan willen vervullen?
        1. aanwezige arts
        2. adviserende arts
        3. uitvoerende arts
        4. Andere *(open box)*
        5. Ik wens niet te antwoorden
f. Ik wens nooit euthanasie uit te voeren

Uw patiënt heeft eindstadium longkanker die niet operabel is.

8. Deze patiënt is 65 jaar en heeft ernstige kortademigheidsklachten die niet te verlichten zijn met medicatie.
    a. Ik zou in deze situatie deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.
    b. Ik zou in deze situatie geen deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.
9. Deze patiënt is 65 jaar en heeft relatief weinig fysieke klachten, maar heeft een enorme psychische lijdensdruk omdat hij de wil om te leven kwijt is. Weten dat hij zal aftakelen is ondraagbaar voor hem en hij wil zelf het moment en de manier van zijn sterven kiezen. Hij is psychisch uitbehandeld.
    a. Ik zou in deze situatie deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.
    b. Ik zou in deze situatie geen deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.
10. Deze patiënt is 65 jaar en heeft zowel ernstige klachten van kortademigheid als een grote psychische lijdensdruk. Voor beide condities is hij uitbehandeld.
    a. Ik zou in deze situatie deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.
    b. Ik zou in deze situatie geen deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.
11. Deze patiënt is 25 jaar en heeft ernstige kortademigheidsklachten die niet te verlichten zijn met medicatie.
    a. Ik zou in deze situatie deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.
    b. Ik zou in deze situatie geen deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.
12. Deze patiënt is 25 jaar en heeft relatief weinig fysieke klachten, maar heeft een enorme psychische lijdensdruk omdat hij de wil om te leven kwijt is. Weten dat hij zal aftakelen is ondraagbaar voor hem en hij wil zelf het moment en de manier van zijn sterven kiezen. Hij is psychiatrisch uitbehandeld.
    a. Ik zou in deze situatie deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.
    b. Ik zou in deze situatie geen deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.
13. Deze patiënt is 25 jaar en heeft zowel ernstige klachten van kortademigheid als een grote psychische lijdensdruk. Voor beide is hij uitbehandeld.
    a. Ik zou in deze situatie deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.
    b. Ik zou in deze situatie geen deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.
14. Deze patiënt is 25 jaar en heeft zowel ernstige klachten van kortademigheid als een grote psychische lijdensdruk. Voor beide is hij uitbehandeld. Zijn familie staat niet achter de euthanasieprocedure, de patiënt wenst dit dan ook voor hen te verzwijgen.
    a. Ik zou in deze situatie deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.
    b. Ik zou in deze situatie geen deel willen uitmaken van de euthanasieprocedure indien gevraagd.

C. Informed consent (aan het begin van de questionnaire)

In kader van onze masterthesis wordt u uitgenodigd om deel te nemen aan een vragenlijststudie 'Euthanasie bij psychisch ondragelijk lijden: de kennis en attitude van de huisarts in Vlaanderen'. Deze klinische studie zal na gaan wat de kennis van de huisarts is in kader van euthanasie bij psychisch ondragelijk lijden en welke verbanden er bestaan tussen de kennis en de welwillendheid om al dan niet deel te nemen aan het proces. Buiten de vragenlijst in te vullen, zal u niets anders gevraagd worden.

Voordat u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, vragen wij u om kennis te nemen van wat deze studie zal inhouden op het gebied van organisatie, zodat u een welbewuste beslissing kunt nemen. Dit wordt een "geïnformeerde toestemming" genoemd. Wij vragen u de volgende informatie aandachtig te lezen. Voor meer uitleg omtrent Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoekers of zijn of haar vertegenwoordiger.

<u>Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:</u>

- Deze klinische studie opgesteld is na evaluatie door één of meerdere ethische comités.
- Uw deelname is vrijwillig. Ook tijdens uw deelname kan u op ieder ogenblik nog uit de survey stappen. Uw gegevens zullen dan niet bewaard worden en u zal geen gevolgen ondervinden.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Deze gegevens zullen vertrouwelijk verwerkt worden in de context van deze studie en in het kader van wetenschappelijke en medische

publicaties. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Deelname aan deze studie zal geen persoonlijk voordeel of nadeel voor u opleveren.
- Als u bijkomende informatie wenst of vragen hebt in verband met uw deelname, kan u contact opnemen met de promotor Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers (birgitte.schoenmakers@kuleuven.be), Liselotte Van Ballart (liselottevanballart@gmail.com) of Maxime De Rop (maxime.derop@student.kuleuven.be).

Indien u meer informatie wenst over het bovenstaande, verwijzen wij uw graag naar deze uitgebreide bijlage over geïnformeerde toestemming.

De vragenlijst zal uit 3 delen bestaan (sociodemografische gegevens, kennisvragen en bereidwilligheid aan de hand van casussen). Het invullen van deze vragenlijst zal ongeveer 15 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Als u verder gaat naar de survey, geeft u uw geïnformeerde toestemming. Hierbij bevestigt u dat u bovenstaande informatie hebt gelezen en deze accepteert bij deelname aan de studie.

D. Informed consent (uitgebreide bijlage)

Inleiding

In kader van onze masterthesis wordt u uitgenodigd om deel te nemen aan een vragenlijststudie 'Euthanasie bij psychisch ondragelijk lijden: de kennis en attitude van de huisarts in Vlaanderen'. Buiten de vragenlijst in te vullen, zal u niets anders gevraagd worden.

Voordat u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, vragen wij u om kennis te nemen van wat deze studie zal inhouden op het gebied van organisatie, zodat u een welbewuste beslissing kunt nemen. Dit wordt een "geïnformeerde toestemming" genoemd. Wij vragen u de volgende informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoekers of zijn of haar vertegenwoordiger.

Dit document bestaat uit drie delen: essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw toestemming en bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze klinische studie opgesteld is na evaluatie door één of meerdere ethische comités.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw toestemming nodig. Ook nadat u hebt toegestemd, kan u op ieder ogenblik nog uit de survey stappen. Uw gegevens zullen dan niet bewaard worden.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de arts of een medewerker van haar team.

Aanvullende informatie over uw "Rechten als deelnemer aan een klinische studie" vindt u in bijlage III.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze klinische studie zal na gaan wat de kennis van de huisarts is in kader van euthanasie bij psychisch ondragelijk lijden en welke verbanden er bestaan tussen de kennis en de welwillendheid om al dan niet deel te nemen aan het proces.
U komt in aanmerking voor deelname aan deze studie omdat u ingeschreven staat als een actieve huisarts werkende in Vlaanderen.
Wij vragen u een vragenlijst in te vullen die uit drie delen bestaat: een algemene vragenlijst, aantal kennisvragen en tot slot een aantal casussen.
Het invullen van deze vragenlijsten zal ongeveer 15 minuten van uw tijd in beslag nemen.
Enkel de volledig ingevulde vragenlijsten kunnen gebruikt worden voor data-analyse.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Het onderzoek houdt geen enkel risico in voor u persoonlijk. Alle gegevens die in de studie gebruikt worden, worden gecodeerd aan de hand van een unieke studiecode.
Deelname aan deze studie zal u geen persoonlijk voordelen opleveren. Wel zal uw deelname aan deze studie ervoor zorgen voor een beter beeld van de attitude van de huisarts ten opzichte van euthanasie en of er noodzaak is tot een verbetering van de kennis van de huisarts omtrent dit onderwerp.

Intrekking van uw toestemming

U neemt vrijwillig deel aan deze studie en u hebt het recht om uw toestemming voor gelijk welke reden in te trekken. U hoeft hiervoor geen reden op te geven.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst of vragen hebt in verband met uw deelname, kan u contact opnemen met de promotor Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers (birgitte.schoenmakers@kuleuven.be), Liselotte Van Ballart (liselottevanballart@gmail.com) of Maxime De Rop (maxime.derop@student.kuleuven.be).

Indien u na het invullen van de vragenlijst nog met vragen zit omtrent euthanasie in het algemeen, verwijzen wij u graag door naar de euthanasiecommissie (www.euthanasiecommissie.be).

II Geïnformeerde toestemming

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.
Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en er eventueel met iemand over te praten.
Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.
Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten zonder negatieve gevolgen.
Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de arts-onderzoeker en de opdrachtgever de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.
Ik stem in met de verwerking van mijn persoonlijke gegevens volgens de modaliteiten die zijn beschreven in de rubriek over het verzekeren van de vertrouwelijkheid (bijlage III). Ik geef ook toestemming voor de overdracht naar en verwerking van mijn gecodeerde gegevens in andere landen dan België.
Ik ga ermee akkoord dat de studiegegevens die voor de hier vermelde studie worden verzameld, later zullen worden verwerkt, op voorwaarde dat deze verwerking beperkt blijft tot de context van de hier vermelde studie.

III Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer aan een klinische studie

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door een onafhankelijk ethisch comité (EC Onderzoek van UZ/KU Leuven) dat een gunstig advies heeft uitgebracht. De ethische comités hebben als taak de personen die aan klinische studies deelnemen te beschermen. Ze controleren of uw rechten als patiënt en als deelnemer aan een studie gerespecteerd worden, of de studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.
Hierover brengen de ethische comités een advies uit in overeenstemming met de Belgische wet van 7 mei 2004.
U dient het positief advies van de EC Onderzoek in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u toestemt. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.
U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval negatieve gevolgen hebben.

Kosten in verband met uw deelname

De opdrachtgever heeft geen vergoeding voorzien voor de tijd die de arts-onderzoeker en zijn team aan deze studie besteden. U zult tevens geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat u ermee akkoord gaat dat de arts-onderzoeker gegevens over u verzamelt en dat de opdrachtgever van de studie die gebruikt voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.
Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU of UZ Leuven is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.
De arts-onderzoeker is verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen. Dit betekent dat hij zich ertoe verbindt om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat hij uw gegevens zal coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie) voordat hij ze doorgeeft aan de beheerder van de databank (KU Leuven).
De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren.
De door de opdrachtgever aangestelde beheerder van de onderzoeksgegevens kan u enkel identificeren op basis van de overgedragen gegevens. Deze persoon is verantwoordelijk voor het verzamelen van de gegevens die door alle artsen-onderzoekers die deelnemen aan de studie zijn verzameld en voor de verwerking en de bescherming van die gegevens in overeenstemming met de Belgische wet betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.
De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de

ethische comités, aan andere artsen en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever.
Ze kunnen niet doorgegeven worden aan andere sites van de opdrachtgever in België en in andere landen waar de normen inzake de bescherming van persoonsgegevens verschillend of minder strikt kunnen zijn. Als er gegevens zouden doorgegeven worden, gebeurt dit dan steeds in gecodeerde vorm zoals hierboven uitgelegd [1].
Uw toestemming om aan deze studie deel te nemen betekent dus ook dat u akkoord gaat dat uw gecodeerde gegevens gebruikt worden voor doeleinden die in dit informatieformulier staan beschreven en dat ze worden overgedragen aan bovenvermelde personen en/of instellingen.
De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken.
Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, niet bewaard worden. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd.
Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken, dan kan u hiervoor steeds terecht bij de onderzoekers.
Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:
Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35,
1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact(at)apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

1 De opdrachtgever verbindt er zich toe om de voorwaarden in de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens.

Appendix 3: Approval of the Ethical Committee

Our reference: MP018373
Your reference: Master's thesis study: Euthanasie bij psychisch ondraaglijk lijden: attitude, kennis en rol van de huisarts
Leuven, 09-11-2021

DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE

Dear Birgitte Schoenmakers
Dear Liselotte Van Ballart, Maxime De Rop

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven hereby grants favourable advice to the proposed study, as it was described in the protocol. The Commission is of the opinion that from an ethical standpoint there are no objections to the proposed study. The study was approved on 09-11-2021

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

(Goedkeuring) Het betreft een anonieme surveystudie die de k

Given that the study takes the form of a Master's thesis within the Group Biomedical Science, the application to the Research Ethics Committee UZ/KU Leuven was submitted to the Educational-Support Committee.

The Committee has no objection to the project on the basis of confidential treatment of the data and compliance with the Belgian legislation concerning privacy. The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsibilities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students.

This favorable advice concerns the submission of 19-10-2021 and is given for the duration of the Master's thesis of the student(s) concerned. Any amendment to the protocol will invalidate this favorable advice. In that case, you must submit an amendment for advice to the committee that previously approved your file.

The Committee confirms that they work in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonisation Guidelines on Good Clinical Practice), with the most recent verison of the Helsinki Declaration, and with applicable laws and regulations.

The Committee confirms that in case of a conflict of interest, the members concerned have not participated in decision regarding the study.

Kind regards,

Prof. dr. Minne Casteels
President / Chairperson
Research Ethics Committee UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
President / Chairperson
Education-Support Committee for Medical Ethics KU Leuven

Persoonlijke reflecties

Maxime

De afgelopen drie jaar heb ik mijn masterthesis uitgewerkt samen met Liselotte Van Ballart. Naar mijn mening liep deze samenwerking zeer vlekkeloos. We hadden op voorhand reeds afgesproken om samen onze thesis te maken en bij het kiezen van de mogelijke onderwerpen lag ons interessegebied zeer dicht bij elkaar. Om ons onderwerp te kiezen hadden we onafhankelijk van elkaar onze voorkeuren aangeduid, de overlappende keuzes samengebundeld en die promotoren vervolgens gecontacteerd. Bij de volgende individuele gesprekken met de mogelijke promotoren viel ons oog snel op ons uiteindelijk gekozen masteronderwerp. In het begin bij het uitschrijven van onze onderzoeksvraag was het af en toe wat zoeken om te kijken welke richting we uit wouden gaan, maar eigenlijk verliep ook dit probleemloos.

Het opzoeken van de artikels voor onze literatuurstudie hebben we voornamelijk gezamenlijk gedaan. We hielden een draaiboek bij om onze zoekopdrachten terug te kunnen vinden, onszelf deadlines te geven en ons proces tijdens het maken van deze thesis verder op te volgen. De finale artikels, die we hebben geselecteerd, verdeelden we onder ons twee, werd door die persoon vervolgens volledig gelezen en kort samengevat. Artikels die de andere persoon zeer nuttig vond, werden door ons beiden volledig gelezen. Tijdens het schrijven van de literatuurstudie stuurden we onze versies naar elkaar om deze aan te vullen en te corrigeren waar nodig.

Bij het samenstellen van de enquête heeft Liselotte voornamelijk contact opgenomen met de mogelijke experten die ons konden helpen bij het maken van de kennistoets. Op het moment dat onze vragenlijst finaal was opgesteld, heb ik mij meer beziggehouden met het uittypen van de verschillende onderdelen in de Qualtrics tool als digitale vragenlijst om deze dan naar de respectievelijke huisartsenkringen op te sturen. Het contacteren van de verschillende huisartsenkringen werd goed gelijk verdeeld. Een lijst werd opgesteld met de mogelijke kringen die er in Vlaanderen waren. Dit werd in een google document gepost en de verschillende kringen werden dan tussen Liselotte en mij verdeeld om de contactgegevens op te zoeken van de respectievelijke kring. Van zodra alle informatie was verzameld zijn we samengekomen en hebben een gemeenschappelijke mail opgesteld om naar alle kringen uit te sturen. We kwamen op geregelde basis bij elkaar om te bespreken hoe het proces aan het verlopen was, voor onszelf nieuwe deadlines op te stellen en verder afspraken te maken wie wat voor haar rekening nam. De deadlines die werden vooropgesteld, werden quasi altijd gerespecteerd door zowel haar als mij.

Zoals zowel bij de literatuurverwerking als het contacteren van de huisartsenkringen hebben we getracht bij het verwerken van de resultaten het werk eerlijk te verdelen tussen ons beiden. Liselotte nam de verwerking van de kennisvragenlijst voor haar rekening en ik hield me bezig met het verwerken van de socio-demografische en context specifieke gegevens en de bereidheid van de huisarts bij de verschillende casussen. We hielden elkaar op regelmatige basis op de hoogte van de vorderingen en kwamen geregeld samen om onze resultaten te bekijken, deze te bespreken en te zien of we de juiste statistische analyses aan het gebruiken waren. Met de statistische analyse hebben we in het begin wat moeilijkheden gehad, maar na het contacteren van een expert en persoonlijk opzoekwerk zijn we hier samen uitgekomen. Toen we alle tabellen verzameld hadden en met goedkeuring van onze promotor zijn we begonnen met het verder verwerken van onze thesis. De verschillende onderdelen, zoals hierboven vermeld, werden dan ofwel door haar ofwel door mezelf geschreven. We legden wel aan elkaar uit hoe we juist aan die resultaten waren gekomen zodat we beiden wisten hoe onze analyse tot stand was gekomen. Ook nu stuurden we op

regelmatige basis verder verwerkte versies door naar elkaar om deze aan te passen en elkaar feedback te geven. Naar mijn mening antwoordden Liselotte en ikzelf snel op elkaars e-mails.

Algemeen heb ik weinig tot geen opmerkingen hoe de samenwerking met Liselotte is verlopen. Elk van ons stond open voor feedback en waren het altijd eens met wat de andere persoon van suggesties had. We waren enorm goed op elkaar afgestemd. Langs beiden kanten kwam initiatief en het was nooit een probleem om eraan te werken. Qua persoonlijk aandeel bemerk ik dat de rolverdeling 50-50 verdeeld was.

Persoonlijk vind ik onze masterthesis een pionierswerk voor verder onderzoek naar de rol die de huisarts kan spelen bij euthanasie (al dan niet) bij psychisch ondraaglijk lijden. Studies hebben al onderzoek gedaan naar de mening van hulpverleners die ofwel in de psychiatrie werken ofwel vaak in contact komen met euthanasieverzoeken. De specifieke mening van de huisarts is nog niet concreet onderzocht geweest. In onze studie hebben we de mening, kennis en de bereidheid van de huisarts onderzocht omtrent dit onderwerp. Wat eruit springt, is dat vele huisartsen vinden dat hun kennis nog onvoldoende is hieromtrent. We suggereren dan ook dat er verdere studies dienen te gebeuren om te exploreren hoe we de kennis kunnen verbeteren. Wij huisartsen zijn vaak de eerste personen bij wie de patiënt terecht komt met zijn/haar vraag omtrent euthanasie. Zeer vaak is er tevens een huisarts mee betrokken in het euthanasie proces. Het is dan ook belangrijk dat de huisarts, ongeacht hun standpunt, de juiste informatie kan verschaffen aan de patiënt om deze zo goed mogelijk te kunnen helpen.

Liselotte

De samenwerking aan de thesis liep uitermate vlot. Maxime en ik hebben voor de keuze van het onderwerp al besproken hoe we het best zouden kunnen samenwerken en of dit wel een goed idee was, gezien we al zeer lang vrienden zijn. We hebben alles goed doorsproken en kwamen toch tot de conclusie dat onze interesses op vlak van onderwerpkeuze en onze manier van werken in groep zeer goed over een kwam, dus besloten we toch het engagement aan te gaan. Hier heb ik geen moment spijt van gehad; Maxime is een goede teamplayer. Aan de uiteindelijke keuze van het onderwerp hebben we niet lang moeten twijfelen en ook de klik met de promotor zat meteen goed.

We hebben doorheen heel het proces een draaiboek bijgehouden van onze activiteiten en duidelijke deadlines afgesproken. We hadden besloten dat we voor ons zelf ruim wilden voorlopen op de officiële deadlines zodat we zeker nooit in de problemen zouden komen, en zodat we uiteindelijk meer tijd zouden hebben voor het uitschrijven van het uiteindelijke artikel. We zijn eerst begonnen in een Google Docs zodat we simultaan konden werken. Naarmate het belangrijker werd om de opmaak en structuur van de thesis te bewaren zijn we overgeschakeld naar een gewoon document, dat we steeds over en weer stuurden naar mate iemand er iets aan had toegevoegd. We spraken altijd samen af wanneer we onze promotor zouden contacteren en wat we wilden vragen of zeggen. Alle mails die soms uit snelheid maar ondertekend werden door één teamlid, werden steeds met goedkeuring van de andere verstuurd.

Per onderdeel van de constructie van de thesis hebben we steeds eerst samen gezeten om te kijken hoe we het gingen aanpakken. Bij de literatuurstudie hebben we samen eerst de selectiecriteria besproken, en ook de eerste selectie op titel hebben we samen gedaan. Dan hebben we de overgebleven artikels eerlijk verdeeld en bestudeerd, om nadien weer samen te komen en kort te beargumenteren waarom we dat artikel wel of niet wouden includeren. Het schrijven van de literatuurstudie zelf is dus ook samen tot stand gekomen (zowel fysiek als online).

Het protocol hebben we grotendeels apart uitgewerkt omdat we toen weer in een COVID-golf zaten. We hebben onze versies steeds online naar elkaar heen en weer gestuurd en zo ongeveer wel evenveel onderdelen uitgewerkt. We hebben onze aanvraag naar de ethische commissie enkele maanden voor de officiële deadline al kunnen insturen.

De vragen van de enquête hebben we volledig samen opgesteld. Dit ging zeer vlot gezien we enthousiast waren over het onderwerp en voelden dat we veel interessante informatie konden ophalen. De kennisvragen hebben we opgesteld via Zoom samen met 2 experts die ik had gecontacteerd. Maxime heeft alle vragen in Qualtrics gegoten (een programma waar ik minder in thuis ben). Ondertussen had Maxime ook een lijst gevonden van alle huisartsenkringen in Vlaanderen, waar we dan samen de e-mail adressen van hebben opgezocht om zo onze survey uit te sturen. We hebben samen de inhoud van de e-mail opgesteld die we uiteindelijk hebben uitgestuurd.

We hebben de survey afgesloten op een vooraf afgesproken datum. Bij het verwerken van de inzendingen zijn we structureel te werk gegaan. We zijn eerst weer samengekomen om af te spreken welke gegevens we optimaal wilden verwerken en welke tabellen we hieruit zouden maken. We hebben de tabellen nadien verdeeld en zijn ieder apart aan de slag gegaan met SPSS. Aangezien we beiden niet gekend waren met het programma hebben we veel tussentijds afgesproken om elkaar tips te geven en samen de gepaste manier uit te zoeken om tot onze resultaten te komen. Uiteindelijk heeft Maxime in haar kennissenkring een expert kunnen contacteren die ons met de moeilijkste verwerkingen heeft kunnen helpen. Maxime en ik hebben eerst ieder apart een bespreking over onze eigen gemaakte tabellen uitgetypt, waarna we deze hebben samengevoegd en elkaars werk kritisch hebben nagekeken (met zeer veel heen en weer gestuur van de tussentijdse

thesisversies tot gevolg). Deze tussentijdse versies kregen steeds gestructureerde namen met de datum erbij, zodat we ons zelf niet konden vergissen. Uiteindelijk hebben we zo samengewerkt tot we een vloeiende tekst hadden, zonder herhalingen of overbodigheden.

Uiteindelijk zijn we zo tot een resultaat gekomen dat voor iedereen zeer bevredigend was. Maxime en ik zijn beiden zeer tevreden over ons eindwerk, en het was fijn om te horen dat onze promotor ook heel enthousiast was. We hebben interessante conclusies kunnen trekken over een gevoelig onderwerp dat voordien nog niet was bestudeerd vanuit het opzicht van de huisarts. Door de goede inzet van ons beiden als team hebben we ook veel huisartsen kunnen bereiken en zo onze conclusies ook kracht kunnen geven. De samenwerking is zeer vlot verlopen en ik zou Maxime meteen weer als partner kiezen voor eventuele volgende onderzoeken. Doordat we elkaars sterktes kennen, hebben we deze optimaal kunnen uitspelen. Dit heeft ertoe geleid dat we niet bij iedere tussenstap exact evenveel werk hebben geleverd, maar als ik uiteindelijk terugkijk naar de volledige samenwerking van de voorbije drie jaar is dit in het totaal wel volledig gelijk verdeeld geweest. Veel onderdelen hebben we helemaal niet verdeeld en gewoon gezellig samen gedaan, wat het een hele fijne ervaring maakte.