KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

De medicotechnische uitvoering van euthanasie in de huisartsenpraktijk

Huisarts-in-opleiding: dr. Leentje Moons

Promotor: prof. dr. Jo Goedhuys

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Context
Uit epidemiologisch onderzoek in België blijkt dat euthanasie een steeds frequenter medisch handelen wordt. Maar ondanks de hoge prevalentie van euthanasie is er nog steeds veel onduidelijkheid over de correcte uitvoering hiervan.
Deze thesis tracht puur te handelen over het medicotechnische aspect van euthanasie, hoewel het moeilijk is om andere thema's rond euthanasie hiervan los te koppelen.

Onderzoeksvraag
Welke richtlijnen zijn up-tot-date en beschikbaar? Wat is de kennis en de ervaring van huisartsen omtrent de uitvoering van euthanasie? Waar zoeken zij informatie als dat nodig is? Vinden huisartsen van zichzelf dat zij opleiding nodig hebben?

Methode
Na een oriënterende literatuurstudie, werd een veldonderzoek bij huisartsen opgericht. Dit was een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek bij huisartsen en gebeurde door een retrospectieve bevraging via een enquête die in de wachtpost ter beschikking van de artsen werd gesteld. Vijftig enquêtes werden geanalyseerd. Om wat meer diepgaande informatie te bekomen, werden daarnaast zes semigestructureerde interviews afgenomen.

Resultaten
De zoektocht naar richtlijnen leidde naar één oerbron, namelijk de KNMG/KNMP richtlijn "Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding 2012". In België biedt LEIF een goede richtlijn aan: de LEIF(d)raad. De richtlijnen kunnen beschouwd worden als gebaseerd op evidentie. Niet omdat ze stoelen op resultaten van gerandomiseerde klinische studies, wel omdat de beschikbare ervaring systematisch is ingezameld en beoordeeld.
De Federale Controle- Evaluatiecommissie Euthanasie vermeld dat het nog steeds nodig is om toekomstige huisartsen een goede opleiding te geven over palliatieve zorg en het correct toepassen van euthanasie en dat bijscholingsactiviteiten aangemoedigd moeten worden om een dergelijke opleiding in hun programma op te nemen.
Ook uit het onderzoek bij de huisartsen kwam deze nood aan opleiding tot uiting. Bijna drie kwart van de ondervraagde huisartsen vond dat er nood is aan opleiding rond de uitvoering van euthanasie. Verschillende suggesties kwamen naar voren.

Conclusies
We kunnen besluiten dat heel het euthanasiegebeuren, maar meer bepaald de medicotechnische uitvoering en de opleiding hierin, nog steeds niet op punt staat. Indien de stijgende trend in de prevalentie van euthanasie blijft aanhouden, gaan artsen nog vaker hiermee geconfronteerd worden en dienen zij dus meer voorbereid te worden om zorgvuldig om te gaan met dit delicaat onderwerp. Richtlijnen voor het uitvoeren van euthanasie kunnen een houvast betekenen, maar het kan niet de bedoeling zijn om de zorg in de laatste levensfase op een formalistische manier in rigide regels vast te leggen. Het is aan te raden om beroep te doen op de instanties die huisartsen kunnen begeleiden tijdens het euthanasieproces. Elk euthanasiegeval is immers uniek.

Inhoudstafel

Abstract 1
Inhoudstafel 2
Inleiding 3
Methode literatuurstudie 3
Methode veldonderzoek 5
Resultaten literatuurstudie 6
Resultaten veldonderzoek 9
Bespreking en besluit 14
Referenties 17
Bijlage

Inleiding

In 2002 werd de Belgische euthanasiewet van kracht. Hoewel daardoor het in de media veelbesproken onderwerp uit de schemerzone van illegaliteit werd gehaald, bleven artsen met veel vragen zitten.[1]
Uit epidemiologisch onderzoek in België blijkt ondertussen dat euthanasie een steeds frequenter medisch handelen wordt. In 2012-2013 vond bij 1,5% van alle overlijdens in België euthanasie plaats. Maandelijks betekenen dit zo'n 135 aangiften.[2] In Vlaanderen zou het procentuele getal nog veel hoger liggen, 4,6%.[3] Maar ondanks de hoge prevalentie van euthanasie is er nog steeds veel onduidelijkheid over de correcte uitvoering hiervan.

In dit artikel laten we het wettelijke kader en de ethische discussies over euthanasie even ter zijde. Ook de thema's "bespreekbaarheid van euthanasie", "waardig levenseinde" en "voor wie is euthanasie?" kregen in het verleden al veel aandacht. Hierover vinden we massa's publicaties, van wetenschappelijke scripties tot artikels in magazines.
Daarnaast lijken richtlijnen over palliatieve zorgen relatief gemakkelijk toegankelijk te zijn.
Deze thesis tracht puur te handelen over het medicotechnische aspect van euthanasie, hoewel het moeilijk is de bovenstaande thema's hiervan los te koppelen.
Door een beeld te scheppen over de kennis en ervaringen van huisartsen met betrekking tot de uitvoering van euthanasie, kan worden afgeleid of er nood is aan opleiding en informatieverstrekking.

Binnen dit brede venster kunnen tal van onderzoeksvragen worden geformuleerd.
Welke richtlijnen zijn up-tot-date en beschikbaar? Waarom zijn studies schaars? Wat is de parate kennis van huisartsen omtrent de uitvoering van euthanasie? Wat zijn de ervaringen van de huisartsen? Hoe komen zij tot hun methode? Waar zoeken zij informatie als dat nodig is? Vinden huisartsen van zichzelf dat zij opleiding nodig hebben? Speelt het profiel van de arts een rol bij de uitvoering van euthanasie of in de zoektocht naar informatie hierover?
Deze thesis omvat een literatuurstudie die zich vooral toespitst op de richtlijnen.
Daarnaast wordt een kleinschalig en discreet onderzoek opgezet dat peilt naar de kennis en ervaringen van huisartsen omtrent de uitvoering van euthanasie en hun zoektocht naar informatie.
Zoals hierboven vermeld, biedt dit brede venster zeker nog mogelijkheden voor ander onderzoek.

Methode literatuurstudie

Vooraleer het veldonderzoek werd opgezet, gebeurde een interessante literatuurstudie.
Niet enkel de richtlijnen over de uitvoering van euthanasie zelf, maar ook beschrijvingen van gelijkaardig onderzoek werden in kaart gebracht.

De zoektocht naar richtlijnen begon via de gebruikelijke bronnen die ons aangereikt werden in de opleiding huisartsengeneeskunde. In de databanken via Cebam Digital Library of Health vond ik niet de informatie die ik zocht. Klinische studies en richtlijnen via Pubmed , TRIP-database, Domus Medica, NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) en het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en

Invaliditeitsverzekering) over euthanasie ontbraken. Ook het BCFI (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie) liet me deze keer in de steek.
Het feit dat euthanasie slechts in bepaalde landen legaal is en het ethisch onverantwoord is om te experimenteren met euthanatica, heeft geleid tot het gebrek aan klinische studies. Ook in de gevonden literatuur wordt dit tekort aangehaald (zie resultaten literatuurstudie).
Een andere zoekstrategie werd toegepast. Door de zoekterm "euthanasie richtlijnen" op Google te gebruiken, stuitte ik op een eerste duidelijke richtlijn, met name de KNMG/KNMP richtlijn "Uitvoering euthanasie en hup bij zelfdoding 2012"[4]. KNMG en KNMP staan voor Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van Geneeskunst en respectievelijk Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie.
Met dezelfde zoekterm kwam ik ook snel terecht op de website van LEIF, het LevensEinde InformatieForum[5]. Er ging meteen een belletje rinkelen, want LEIF leerde ik kennen tijdens de netwerkstage in het 7de jaar geneeskunde. Ik had op die stage de LEIF(d)raad meegekregen, een Belgische richtlijn voor de praktische aspecten van de uitvoering van euthanasie.[6] Deze prachtige richtlijn kon ik maar niet online terugvinden. Voor de LEIF(d)raad te ontvangen moet een telefonische aanvraag gebeuren, waarna het boekje kan worden opgestuurd of doorgemaild. Op de website van LEIF werd wel verwezen naar de Nederlandse KNMG/KNMP richtlijn.[5]
Het derde zoekresultaat op deze zoekterm was de richtlijn over euthanasie op www.oncoline.nl.[7]
Om toch verder te zoeken naar Belgische richtlijnen veranderde ik de zoekterm naar "euthanasie richtlijn België" en zo kwam ik terecht bij www.pallialine.be, een initiatief van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw.[8] Daar vond ik dat de richtlijn over euthanasie in de toekomst online zal komen en ze verwezen me naar www.pallialine.nl waar de richtlijn wel reeds beschikbaar is.[9]
De richtlijn over de uitvoering van euthanasie die te vinden is op www.oncoline.nl en www.pallialine.nl blijken dezelfde, namelijk de IKNL richtlijn "Euthanasie en hulp bij zelfdoding".[10] IKNL staat voor Integraal Kankercentrum Nederland. Ook deze richtlijn is gebaseerd op de KNMG/KNMP richtlijn.
Het werd me al snel duidelijk. Alle wegen leiden naar Rome. Maar hoe is Rome tot stand gekomen? Via hetzelfde kanaal, namelijk Google, maar met de zoekterm "euthanasie uitvoering" vond ik enkele verwijzingen naar het boek "Zorgzaam thuis sterven – Een (Belgische) zorgleidraad voor huisartsen" door R. Deschepper, R. Vander Stichele, F. Mortier en L. Deliens. Deze bron zou ook elektronisch beschikbaar zijn via www.zorgleidraad.be. Daar dit niet te bereiken was, ben ik het boek gaan zoeken in de openbare bibliotheek. Dit boek beschrijft niet alleen hoe euthanasie moet worden uitgevoerd, maar gaat ook dieper in op het wettelijke en deontologische kader en enkele communicatieve principes. De methode van de totstandkoming van het boek wordt er ook uitvoering besproken.[1]

De zoektocht naar gelijkaardig onderzoek aan het veldonderzoek dat in deze thesis wordt besproken was ook niet klassiek. De informatie groeide naarmate ik van de ene bron in de andere rolde. Dit wordt ook wel snowballing genoemd.
Het boek "Zorgzaam thuis sterven" dat hierboven reeds werd aangehaald, is het resultaat van een indrukwekkend onderzoek. Een groot voorbeeld. Deze bron werd aanbevolen door mijn stagecoördinator die zelf equipe-arts is bij een palliatief netwerk.
Daarnaast bevat de KNMG/KNMP richtlijn enkele bijlagen waaronder een vragenformulier aan artsen over de toediening van euthanasie. Artsen worden verzocht het formulier (anoniem) bij een euthanasiegeval in te vullen zodat de richtlijn kan worden getoetst aan praktijkervaringen en zo nodig kan worden bijgesteld.[4]

Verder heb ik contact opgenomen met een LEIFarts voor het bespreken van het onderzoek dat ik wil lanceren. Deze arts verwees me naar twee sleutelfiguren in het Belgische euthanasieverhaal, met name prof. dr. Wim Distelmans en prof. dr. Luc Deliens.
Mijn promotor prof. dr. Jo Goedhuys spoorde me aan om contact op te nemen met dr. Marc Lemiengre en prof. dr. Samuel Coenen, redacteurs van Huisarts Nu en dr. Mieke Vermandere van de onderzoeksgroep RITUALL (verbonden met ACHG Leuven) om hen te vragen of er reeds onderzoek is gepubliceerd over de uitvoering van euthanasie.
Om antwoord te vinden op de vraag of er een module over euthanasie in het curriculum van de opleiding geneeskunde is geïntegreerd, verwees mijn promotor naar de opleidingshoofden van de vier Vlaamse universiteiten.
Het was prof. dr. Samuel Coenen, ook opleidingshoofd van de Universiteit Antwerpen, die me verwees naar doctoraatsstudent dr. Bert Leysen en zijn promotoren prof. dr. Johan Wens en prof. dr. Bart Van den Eynden van Onderzoeksgroep Palliatieve Zorg van de Universiteit Antwerpen.
Verder sprak hij over de zeer sterke onderzoeksgroep 'Zorg rond het Levenseinde' geleid door prof. dr. Luc Deliens aan de Vrije Universiteit Brussel en de Universiteit Gent. Deze onderzoeksgroep publiceerde in 2011 het boek "Palliatieve zorg en euthanasie in België – Evaluatie van de praktijk en de wetten". In dit boek worden resultaten van grootschalig onderzoek bij huisartsen besproken. Enkele van deze elementen lopen parallel met mijn onderzoeksvragen.[11]
Prof. dr. Johan Wens haalde vervolgens nog 2 masterstudenten verpleegkunde aan die hij begeleidde met hun thesis over een gelijkaardig onderwerp. Ook wees hij me op de jaarlijkse rapporten van de evaluatiecommissie die waakt over de correcte uitvoering van euthanasie. Deze rapporten zijn gebaseerd op de registratieformulieren die artsen moeten invullen na het uitvoeren van euthanasie.[12]

Methode veldonderzoek

De combinatie van een kwalitatief en kwantitatief onderzoek bij de huisartsen gebeurde door een retrospectieve bevraging via een enquête.
De enquête werd opgesteld op basis van de onderzoeksvragen die eerst via een literatuurstudie geëxploreerd werden. Daarna werd de enquête getoetst en aangepast door enkele proefpersonen, waaronder een LEIFarts.
Met betrekking tot de inhoud en de vraagformulering werd er zorgvuldig nagegaan of de enquête discreet en niet als een examen overkomt. De enquête wordt als bijlage toegevoegd aan deze scriptie.

Het onderwerp liet niet toe om artsen overdreven aan te sporen om de enquête in te vullen.
Om toch tot een aanvaardbare respons rate te komen, zijn de enquêtes op papier afgedrukt en ter beschikking gesteld van de huisartsen via de huisartsenwachtpost in Leuven. Dit kon mogelijks de drempel tot invullen verlagen. De onthaalmedewerkers van de wachtpost speelden hierin een belangrijke rol omdat zij de enquêtes uitdeelden en inzamelden.
Deze aanpak werd verkozen boven elektronische verspreiding van enquêtes omdat het persoonlijker overkomt. Daarenboven konden de artsen die de enquête invulden zich op deze manier niet eerst voorbereiden, zodat we een zuiverder beeld verkregen van hun parate kennis en methoden.

Een beknopte inleiding over onder andere het doel van het onderzoek werd aan de enquêtebundel bevestigd. De artsen werden hierin ook geïnformeerd over de anonimiteitsgarantie. Het vrijwillig invullen van de enquête wordt gezien als een stilzwijgende toestemming.

Het onderzoek liep gedurende vier weekends. Van de 56 huisartsen die van wacht waren, hebben 40 collega's de enquête ingevuld. Om de data op te drijven zijn er 18 bijkomende enquêtes verzameld via persoonlijke kringen.

Met de bedoeling om wat bredere en diepere achtergrondinformatie te bekomen, werden daarnaast zes semigestructureerde interviews afgenomen. De interviews waren gebaseerd op de enquête. Dit gaf de artsen wat meer vrijheid in hun antwoorden. Echter, interviews zijn vaak wat meer confronterend. Het kan moeilijk zijn om antwoorden te weigeren. De anonimiteit naar de onderzoeker/interviewer valt ook weg. Daarom gebeurde de interviews slechts bij enkele collega's waarmee reeds een vertrouwensband was gevormd.

De analyse van de data is gebeurd volgens een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve analysemethoden. Antwoorden op open vragen werden met codes geconceptualiseerd en gecategoriseerd. In Microsoft Excel werden de data samengebracht waarop beperkte statistische functies werden toegepast.

Resultaten literatuurstudie

Richtlijnen

Hieronder volgt een zeer beknopte samenvatting van de twee belangrijkste richtlijnen die uit het literatuuronderzoek naar voren kwamen.

In België wordt voor de uitvoering van een euthanasie een overdosis barbituraten intraveneus (meestal) of oraal (zeldzaam) toegediend. Concreet gaat het over 2 g Tiobarbital B. Braun® intraveneus in bolus via een waakinfuus of vlindernaald. Dit dient vooraf opgelost te worden met 20 ml fysiologisch water. Binnen enkele seconden na de injectie wordt de patiënt bewusteloos en hij overlijdt meestal binnen de 5 minuten. Indien dit langer duurt, kan 2 g reserve Tiobarbital B. Braun® bijgegeven worden.[6]

Ná het intreden van het barbituraat-coma kan (optioneel) een myoplegicum intraveneus of intramusculair worden toegediend (bv. Mivacron® 20 mg intraveneus in bolus of 40 mg intramusculair; Tracrium® 50 mg intraveneus in bolus of 100 mg intramusculair).[6]

Men kan vóór het toedienen van Tiobarbital B. Braun® nog optioneel een slaapinductie geven met Dormicum (bv. 1 ampulle van 15 mg subcutaan of traag intraveneus).[6]

De Nederlandse richtlijn komt overeen met de Belgische op enkele aspecten na. Zo is het mogelijk om 1 g propofol te gebruiken om een coma te indureren in plaats van 2 g thiopental. Omdat zowel thiopental als propofol bij intraveneuze injectie een pijnsensatie kunnen geven, dienen artsen in Nederland vooraf 2 ml lidocaïne 1% intraveneus te injecteren. Verder moet daar steeds het spierrelaxans toegediend worden, ook als de patiënt na toediening van het coma-inductiemiddel lijkt te zijn overleden.[4]

Er zijn heel wat middelen die in overdosering de dood als gevolg kunnen hebben, maar deze zijn zeker niet aan te raden om euthanasie mee uit te voeren.
Een hoge dosis morfine is geen goed euthanaticum wegens de onvoorspelbaarheid. Toevoegen van benzodiazepines is ook onvoldoende. Het gebruik van insuline is zeker af te raden. KCl en lidocaïne leiden tot een pijnlijke dood en zijn dus absoluut te vermijden bij een niet-comateuze patiënt.[4,6]

Er is nog een scala aan (belangrijke) details over de techniek van de uitvoering van euthanasie, maar hiervoor wordt verwezen naar de originele richtlijnen. Hierin wordt onder andere beschreven hoe het apotheekvoorschrift moet worden opgesteld, hoe de arts zich best op voorhand voorbereidt, hoe een euthanasie door orale inname van een barbituraatdrankje gebeurt, enzovoort.[4,6]

Hoe zijn de richtlijnen tot stand gekomen?
Het telefoongesprek met prof. dr. Wim Distelmans leverde interessante informatie op over hoe de huidige richtlijn LEIF(d)raad tot stand is gekomen. Deze is namelijk gebaseerd op de Nederlandse KNMG/KNMP richtlijn, zoals het concept LEIFartsen gebaseerd is op de Nederlandse SCEN-artsen (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland). De LEIF(d)raad, waar prof. dr. Wim Distelmans auteur van is, staat niet online, ter protectie van het publiek. Binnenkort zullen artsen kunnen inloggen op de nieuwe website van LEIF en zo toch de LEIF(d)raad kunnen raadplegen. Daarbij moet worden vermeld dat het niet de bedoeling zal zijn dat artsen hiermee hun plan moeten trekken. Het blijft belangrijk dat artsen persoonlijk worden gecoacht tijdens het euthanasieproces. Voor patiënten is er het LEIFblad. Dit is wel online beschikbaar of gratis te verkrijgen bij de apotheek, het gemeentehuis of de bibliotheek.[13]
De producten die in de richtlijnen beschreven staan zijn volgens prof. dr. Wim Distelmans niet evidence-based. Het feit dat in België vooral barbituraten worden aanbevolen steunt niet op vergelijkende studies. Uit ervaringen op het anesthesieterrein bleek dat barbituraten, gebruikt voor coma-inductie op de operatietafel, toegediend in overdosis een snelle en zachte dood veroorzaakte. Later werd dit (illegaal) als methode gebruikt door artsen op de intensieve zorgafdeling om patiënten uit hun lijden te verlossen. Sinds 2002 is dit het meest gebruikte euthanaticum bij huisartsen. Al spreekt prof. dr. Wim Distelmans niet graag over de term euthanatica, omdat deze producten niet enkel bedoeld zijn om euthanasie mee uit te voeren en omdat er veel andere producten in overdosering de dood tot gevolg kunnen hebben.[13]

Bij het opstellen van de Nederlandse KNMG/KNMP richtlijn is gebruikt gemaakt van de KNMP Standaard Euthanatica 2007, van de door de KNMP ontvangen evaluatieformulieren en van de KNMG onder SCEN-artsen geïnventariseerde problemen en suggesties. Verder is het commentaar verwerkt van de geraadpleegde instanties en wetenschappelijke verenigingen tijdens een ‘invitational conference’ en zijn de reacties van de toekomstige gebruikers van de richtlijn (artsen en apothekers) meegenomen in het eindresultaat. Er is in Nederlandse en internationale literatuur gezocht naar publicaties van relevant wetenschappelijk onderzoek, maar deze zijn niet aangetroffen.[4]
De KNMG/KNMP richtlijn kan beschouwd worden als gebaseerd op evidentie (evidence-based). Niet omdat ze stoelen op resultaten van gerandomiseerde klinische studies, wel omdat de beschikbare ervaring systematisch is ingezameld en beoordeeld.[1]

De ontwikkeling van de Belgische zorgleidraad “Zorgzaam thuis sterven” is opgebouwd op twee pijlers: enerzijds de wetenschappelijke literatuur, anderzijds onderzoek naar de behoeften en

wensen van de betrokkenen. Over de praktische uitvoering van medische euthanasie zijn er op wereldvlak weinig betrouwbare bronnen van informatie, en een zoektocht in de grote medische databanken levert een bedroevend mager resultaat op.[1]

Gebruikte euthanatica en problemen hieromtrent
Op basis van het registratieformulier dat dient te worden ingevuld bij elk euthanasiegevel, zijn ook de gebruikte middelen voor de uitvoering van euthanasie onderzocht. Het wijst erop dat de gebruikte technieken in bijna alle gevallen effectief deze zijn die in de medische literatuur beschreven worden als geschikt om een snelle dood zonder lijden te bewerkstellingen. Slechts zes euthanasiegevallen in 2013 werden uitgevoerd door andere producten.[2]
Geen enkele complicatie of ongewenst effect werd gerapporteerd via het registratieformulier.[2]

Nood aan opleiding?
De Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie (FCEEC) herinnert eraan dat het curriculum van de studierichting geneeskunde een programma zou moeten bevatten dat de toekomstige artsen voorbereid op de problemen waarmee zij geconfronteerd worden bij patiënten in hun laatste levensfase, en dus ook op het verlenen van palliatieve zorg en het correct toepassen van euthanasie.[2]
Ook de verschillende postuniversitaire opleidingen en bijscholingsactiviteiten zouden aangemoedigd moeten worden om een dergelijke opleiding in hun programma op te nemen.[2]

Vooral de oudere artsen hebben tijdens hun opleiding niet de kans gehad om hun communicatievaardigheden te oefenen en te verbeteren. Ook de niet-curatieve zorg kwam tot in 2003 nauwelijks aan bod. Daarom blijkt er nood aan een bijkomende opleiding over zorg voor het levenseinde. Deze opleidingen moeten niet enkel het verbeteren van de theoretische kennis beogen, maar dienen vooral gericht te zijn op de praktische vaardigheden en attitudes door middel van bijvoorbeeld rollenspel en bespreking van casussen.[1]

Tegenwoordig komt het thema euthanasie in de meeste Vlaamse universiteiten toch aan bod, vooral in het 7de jaar voor huisartsen. Het onderwerp maakt deel uit van de module over palliatieve zorg. Naast communicatie rond het levenseinde en de ethische en wettelijke aspecten, worden ook de praktische en administratieve aspecten van euthanasie aangehaald en er wordt verwezen naar de instanties en/of de websites waar men terecht kan voor meer informatie.[14]
Er wordt echter niet altijd expliciet stilgestaan bij hoe je euthanasie moet uitvoeren. Maar ook dan wordt er verwezen naar de richtlijnen die daarover bestaan.[15,16]

Verder bestaat er een gevarieerd aanbod van navormingen, georganiseerd door de wachtkringen en in samenwerking met instanties zoals LEIF en de regionale palliatieve netwerken. Er is ook een jaarlijkse interuniversitaire postgraduaatscursus palliatieve zorg voor artsen, georganiseerd door de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen.[17]
Natuurlijk kan ook de opleiding tot LEIFarts gevolgd worden.
Deelneming aan een bijscholing wordt meestal bepaald op basis van de persoonlijke leeragenda en de beschikbare tijd van de huisarts.

Resultaten veldonderzoek

Van de 50 huisartsen die de enquête hebben ingevuld, hebben 27 reeds één of meerdere keren euthanasie uitgevoerd. Eén huisarts daarvan is een LEIFarts en heeft dit zelfs al meer dan tien keer gedaan.

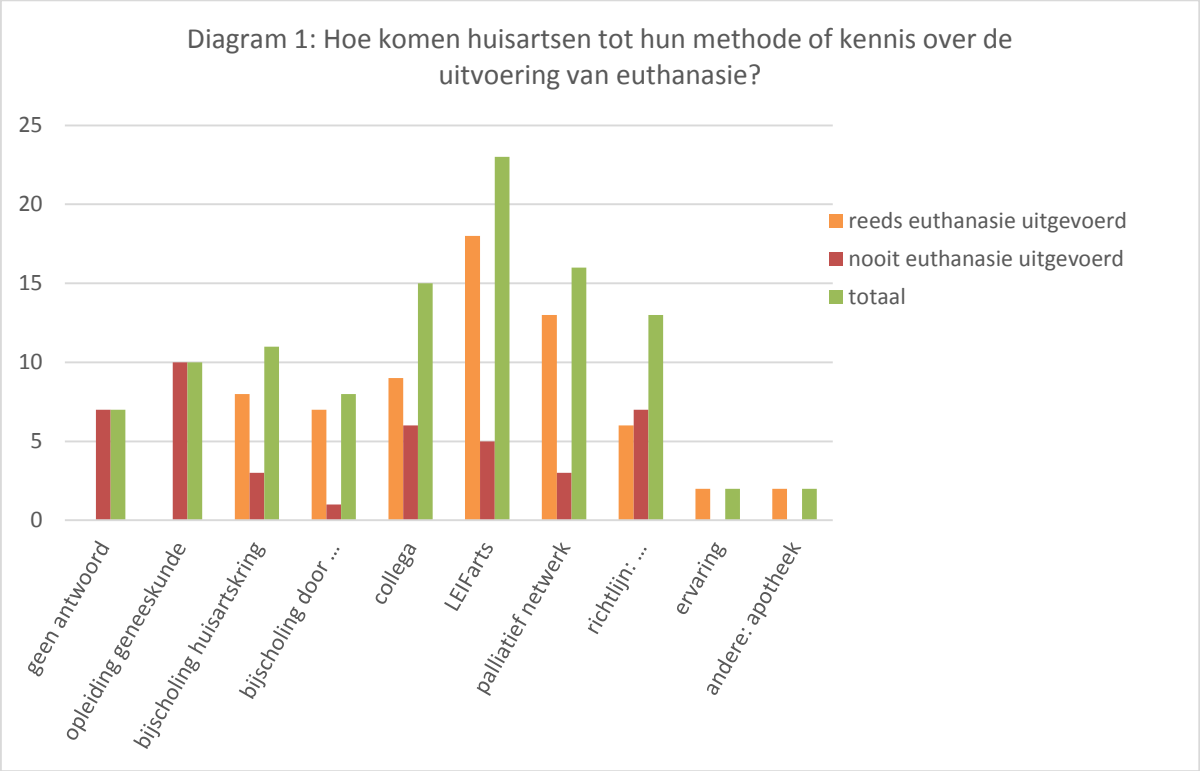
Aan de 23 artsen die nog nooit euthanasie hebben uitgevoerd werd gevraagd wat de reden hiervoor was.
15 onder hun verklaarde dat zij nooit een concreet euthanasieverzoek gekregen hebben onder andere omwille van hun eigen jonge leeftijd of het gebrek aan patiënten die hiervoor in aanmerking komen.
4 van de 23 artsen die nog nooit euthanasie hebben uitgevoerd wijten dit toe aan de voorkeur voor palliatieve sedatie. Van wie die voorkeur uit komt (van de arts zelf of van de patiënt) werd niet verder gespecifieerd.
Eén enkele arts deelde ook mee dat zijn onzekerheid bijdraagt aan het feit dat hij nog geen euthanasie heeft uitgevoerd.
Daarnaast waren religieuze overtuigingen en morele bezwaren bij 3 artsen doorslaggevende redenen.
Eén arts voerde geen euthanasie uit wegens het gebrek aan tijd en zin in de administratieve "rompslomp".
Bij 3 van de 23 artsen die nog nooit euthanasie hebben uitgevoerd, was de patiënt spontaan overleden voordat de euthanasie had plaatsgevonden. Of de plannen tot het uitvoeren van de euthanasie vastgelegd waren, werd niet beschreven.

De antwoorden op de vraag over de handelswijze van euthanasie op farmacologisch vlak werden gegroepeerd in vier categorieën.
Naast alle artsen die reeds euthanasie hadden uitgevoerd (=27), hebben ook 10 van de 23 artsen die nog nooit euthanasie hadden uitgevoerd toch ingevuld hoe zij dit zouden doen. In totaal waren er 37 artsen die de vraag hebben beantwoord.
9 van die 37 artsen lieten weten dat zij niet wisten hoe ze euthanasie moeten uitvoeren of zouden dit moeten opzoeken.
20 van de 37 artsen beschreven een methode die helemaal overeenkomt met de Belgische of Nederlandse richtlijnen.
De antwoorden van 8 van de 37 artsen voldeden niet aan de eisen om in bovenstaande categorie te worden gezet. Productnamen en/of dosissen werden bijvoorbeeld niet genoteerd, terwijl dit wel gevraagd was. Daarom vielen zij onder de categorie "volgens de richtlijnen, maar niet exact".
Twee artsen beschreven naast hun huidige of meest recente methode ook een andere methode die volledig buiten de richtlijnen viel. Dit had dan betrekking op casussen van vóór het jaar 2002. De middelen die toen door hun werden toegediend waren morfine, diazepam, insuline of een combinatie hiervan.

Bij de uitvoering van euthanasie werden heel wat moeilijkheden of problemen ervaren i.v.m. de producten en/of de toediening daarvan.
Slechts 14 van de 27 artsen die reeds euthanasie hebben uitgevoerd hadden hierbij helemaal geen moeilijkheden of problemen ervaren.

Vijf huisartsen hadden problemen met de beschikbaarheid of de aflevering van de euthanatica bij de apotheker.
Ook bij vijf artsen was de veneuze toegangsweg een struikelblok met onder andere aders die te dun waren om aan te prikken, een gesneuveld infuus, een grote weerstand bij het inspuiten of te grote volumes om te injecteren.
Daarnaast meldde nog twee andere artsen een klontervorming in de infuusleiding door de neerslagvorming tussen thiopental en de spierverslapper.
Verder bleef bij drie artsen het te verwachten effect van de toegediende euthanatica uit. Wat de precieze reden hiervoor was en hoe deze 3 casussen verder afliepen kon niet worden achterhaald.
Bij één arts was het effect van de euthanatica door de patiënt onderschat. De patiënt in dit geval viel plots in coma in het midden van het uitspreken van een zin (uiteraard nadat de patiënt groen licht gaf voor de toediening).

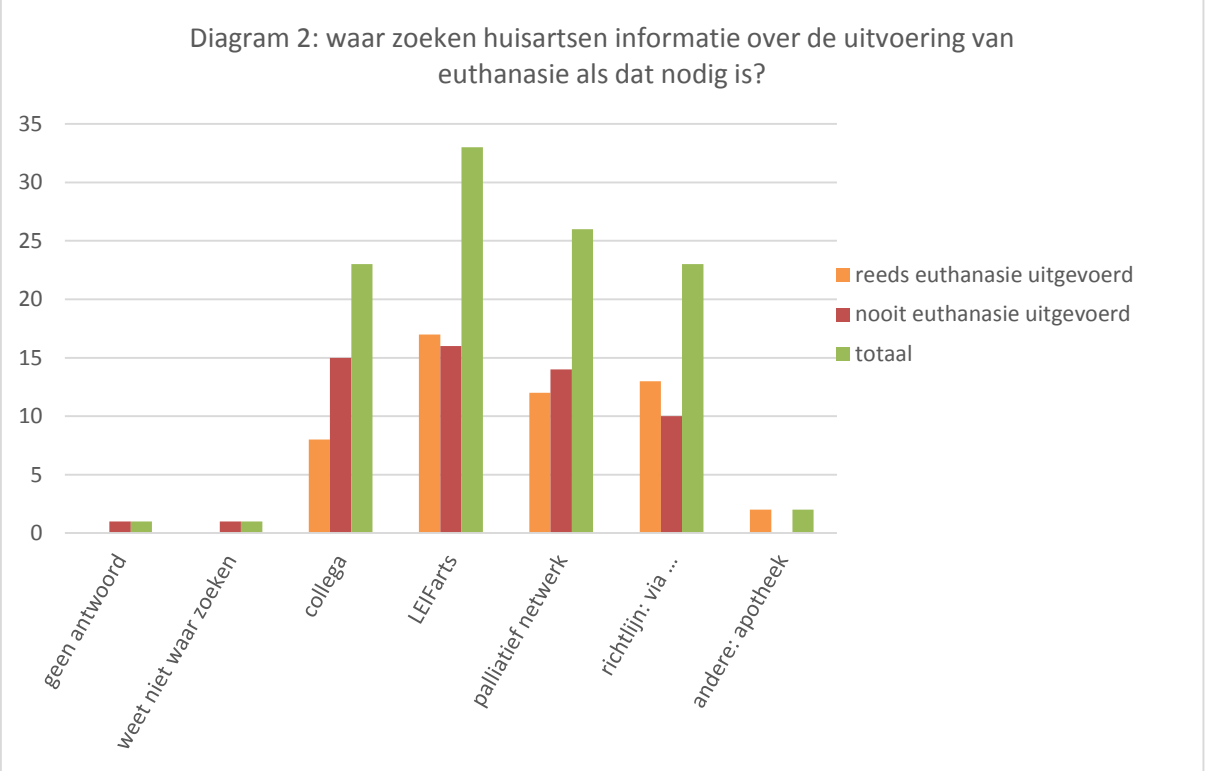
Aan alle artsen werd gevraagd hoe zij tot hun methode of hun kennis over de uitvoering van euthanasie waren gekomen.
In diagram 1 worden de resultaten visueel weergegeven.



Zeven artsen vulden de vraag niet in, vermoedelijk omdat ze deze vraag niet van toepassing vonden gezien zij nooit euthanasie hadden uitgevoerd. Eén onder deze zeven artsen schreef dat zijn kennis op dat moment onvoldoende was en kon daarom geen van de antwoordopties aanvinken.
Van de 43 artsen die de vraag wel beantwoordden, liepen de resultaten uiteen.
De 10 artsen die invulden dat zij kennis hadden opgedaan via de opleiding geneeskunde aan de universiteit, waren alle tien huisartsen die nog nooit euthanasie hadden uitgevoerd.

Het antwoord “bijscholing georganiseerd door …” kon door de huisartsen vrij worden aangevuld. Deze aanvullingen waren vooral “netwerk palliatieve zorgen” en “postuniversitaire opleiding palliatieve zorgen”.
Ook bij het antwoord “opzoeken van richtlijn: …” konden de artsen wat meer informatie geven. De richtlijnen die bijdroegen aan hun methode of kennis over de uitvoering van euthanasie waren “leidraad Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen”, “www.leif.be of LEIF(d)raad”, “KNMG/KNMP richtlijn”, “www.pallialine.be” en “zakboekje palliatieve zorgen van ACCO”.
Twee artsen vulde antwoordoptie “andere, namelijk …” in. Zo werden het antwoord “apotheek” gecreëerd.
In totaal werd het meest beroep gedaan op een LEIFarts, op een palliatief netwerk en op een collega, wat dan heeft geleid tot het bekomen van hun methode of kennis.

Een andere interessante onderzoeksvraag is waar de huisartsen informatie zouden zoeken indien dat nodig is. Deze resultaten worden in hieronder in diagram 2 weergegeven.



LEIFartsen zouden het vaakst worden opgebeld om aan informatie te komen. 33 van de 50 artsen die de enquête invulden zouden dit doen.
Daarnaast zou ook vaak het palliatief netwerk of een goede collega worden ingeschakeld.
Een richtlijn opzoeken blijkt ook een populaire methode te zijn om aan informatie te komen. De richtlijnen die de artsen zouden gebruiken zouden zij zoeken via www.leif.be, www.pallialine.be/nl, www.panal.be, KNMG, CEBAM, Pubmed, EBMpracticenet, Google, zakboekje palliatieve zorg, Domus Medica(?) en NHG(?).
Opnieuw waren er twee artsen die “apotheek” invulden onder “andere, namelijk …”.

Bij de laatste vraag in de enquête werd onderzocht of er volgens de huisartsen zelf nood is aan opleiding en of zij suggesties hebben. Onder de antwoorden konden duidelijk enkele categorieën gevormd worden.
Slechts 3 van de 50 artsen vonden dat er geen nood was aan opleiding.
Acht huisartsen vonden dat er wel nood was, maar gaven geen suggesties.
Volgens twee huisartsen was er nood aan de verspreiding van een richtlijn of een stappenplan bijvoorbeeld via Domus Medica.
8 van de 50 huisartsen vonden dat dit onderwerp beter aan bod moet komen tijdens de basisopleiding geneeskunde aan de universiteit of tijdens de huisartsenopleiding.
Het meest frequente antwoord was dat er nood is aan navormingsactiviteiten die over dit onderwerp handelen. Er waren 12 artsen die het interessant zouden vinden als er bijvoorbeeld bijscholingen binnen de huisartsenkring en LOK-vergaderingen zouden plaatsvinden. Verder stelde deze groep artsen voor dat de bijscholingen multidisciplinair of in samenwerking met een LEIFarts of het netwerk palliatieve zorgen moeten gebeuren.
Twee huisartsen vonden dat er nood was aan een aanspreekpunt of een netwerk waar ze met vragen terecht kunnen.
Van de 50 artsen die de enquête invulden, waren 6 artsen van mening dat er nood is aan opleidingen die het thema euthanasie wat algemener benaderen. Zo kunnen ook de topics “hoe omgaan met een euthanasievraag?”, “wat zijn de criteria om in aanmerking te komen voor euthanasie?” en “papierwerk” aan bod komen.
Daarnaast verklaarden vier artsen dat het nodig was om als huisarts hierin goed te worden opgeleid, maar dat er momenteel voldoende aanbod en bronnen beschikbaar zijn.
Elf artsen vulden de vraag niet in.
Drie artsen lieten hun gegevens achter en vroegen of ze informatie (bv. een concrete richtlijn) kregen toegestuurd.

Naast de enquêtes in de wachtpost, zijn er ook interviews afgenomen bij zes goede huisartsencollega’s. Dit gaf bijkomende informatie over de topics die ook in de enquête werden bevraagd.
Zo waren de huisartsen van mening dat het verschil in de prevalentie van euthanasie tussen de verschillende huisartsen(praktijken) niet enkel het gevolg is van de verschillen in patiëntenpopulatie (oudere artsen hebben gemiddeld meer oudere patiënten), maar ook van de manier van omgaan met een euthanasievraag (woorden introduceren praktijken). Enkele huisartsen vonden dat het de taak van de arts is om het onderwerp naar voren te brengen. Een citaat van een collega was: “Bij elke patiënt die terminaal is, moet over euthanasie gesproken worden, zodat hij zijn opties kent.” Daarentegen zeiden een paar andere collega’s dat het verzoek voor euthanasie volledig vanuit de patiënt zelf moet komen, want anders kan de euthanasie niet helemaal gezien worden als “uit vrij wil van de patiënt”.
Een andere reden voor de verschillen in prevalentie is volgens een ondervraagde huisarts het misbruik van palliatieve sedatie om euthanasie te omzeilen. Euthanasie wordt volgens deze huisarts nog vaak als taboe beschouwd of als te moeilijk voor het geweten.
De twee jongste collega’s die werden geïnterviewd waren van mening dat het gebrek aan kennis of ervaring de jonge huisartsen niet tegenhoudt om euthanasie uit te voeren. Jonge artsen zijn namelijk opgeleid in een tijdsgeest dat je toch niet alles kan weten en dat je het dan best opzoekt. Bij oudere collega’s is dit misschien wat moeilijker, maar zij hebben andere kapstokken.

Tijdens de interviews werd ook gevraagd naar de methode die de huisartsen hebben toegepast om euthanasie uit te voeren.
Bij één huisarts speelde de apotheek een zeer belangrijke rol omdat deze hem telkens hielp om de "euthanasiekit" samen te stellen.
De oudste van de geïnterviewde artsen was blij dat hij nu op richtlijnen kan terugvallen. Hij vertelde dat hij vroeger zijn plan moest trekken om de patiënten (die hun beslissing hadden genomen) te helpen. Hij gebruikte toen overdosissen morfine.
Een andere arts deelde ook mee dat zijn praktijkopleider vele jaren geleden wel eens insuline had gebruikt.

Er werd tijdens het interview heel openlijk gesproken over de moeilijkheden of problemen die de huisartsen ooit hadden meegemaakt op medicotechnisch vlak.
Een naaste collega vertelde bijvoorbeeld over zijn zenuwslopende ervaring enkele jaren geleden. De aders van zijn patiënt sprongen steeds kapot bij het aanprikken. Het dodelijk effect van de intramusculaire toediening van de euthanatica bleef uit, dus ging hij over op de intracardiale injectie van het middel dat hij gelukkig nog in reserve had. En dit allemaal terwijl de familie in de gang stond te wachten.

Alle ondervraagde collega's werkten in bepaalde maten samen met het palliatief netwerk in hun regio en ook allemaal hadden ze ooit een LEIFarts gecontacteerd. Ik vroeg hun waar ze LEIF hadden leren kennen. Bij de meesten was dit op een bijscholing of via de artsenkrant.

Het interview werd afgesloten met de vraag of er volgens hun nood is aan opleiding.
Alle collega's vonden dat opleiding over de toediening van euthanasie in een of andere vorm zeker welkom was.
Eén jonge arts vond dat de opleiding geneeskunde meer had kunnen bieden, maar hij nuanceerde zijn antwoord. "Wat onthoud je van deze lessen als student?" Filmpjes, rollenspel, of een LEIFarts laten spreken in de les zou wel interessant zijn geweest.
Een andere arts vond dat bijscholing over de precieze uitvoering van euthanasie een "te-ver-van-mijn-bed-show" is zolang je niet midden in een euthanasiecasus betrokken bent. Zij vond het interessanter om te leren hoe je informatie hieromtrent kan opzoeken om up-to-date te blijven.
De mening van nog een andere collega sloot hierbij aan. "Het is belangrijker te weten waar we terecht kunnen voor info en steun als dat nodig is."
Daarnaast werd ook belangstelling gehecht aan mogelijkheden om ervaringen uit te wisselen en om zo uit de taboesfeer te geraken.
Eén van de ondervraagde collega's benadrukte ook de verantwoordelijkheid van de arts om aan zelf-educatie te doen. Deze collega vulde dit verder aan met "Je leert natuurlijk ook uit kansen! En uit problemen!"
Verder gaf een collega de opmerking dat niet enkel artsen, maar ook patiënten "bijles" moeten krijgen. Patiënten zijn vaak fout geïnformeerd en doen uitspraken zoals: "Dokter, alles is in orde gebracht. Ik heb op papier gezet dat ik een spuitje wil als het mij later niet meer gaat." of "Dokter, je gaat me toch helpen als het leven geen zin meer heeft en als het voor mij goed geweest is?"

Bespreking en besluit

Als voornaamste besluit van het literatuuronderzoek kunnen we stellen dat de LEIF(d)raad, de Belgische richtlijn over de uitvoering van euthanasie, gebaseerd is op de KNMG/KNMP richtlijn van Nederland die op vlak van euthanasie koploper zijn.
Deze KNMG/KNMP richtlijn kan beschouwd worden als gebaseerd op evidentie omdat de beschikbare ervaring systematisch is ingezameld en beoordeeld, maar niet omdat ze gestaafd zijn met resultaten van gerandomiseerde klinische studies.
In het laatste jaarlijkse verslag van de FCEEC staat nog steeds vermeld dat het nodig is om toekomstige huisartsen een goede opleiding te geven over palliatieve zorg en het correct toepassen van euthanasie. Deze thema's komen wel degelijk aan bod in het curriculum van de opleiding geneeskunde/huisarts aan de Vlaamse universiteiten. Daarnaast is de FCEEC van mening dat bijscholingsactiviteiten aangemoedigd moeten worden om een dergelijke opleiding in hun programma op te nemen.

Ook uit het onderzoek bij huisartsen over de uitvoering van euthanasie kunnen enkele besluiten getrokken worden.
De meeste artsen die nog nooit euthanasie hebben uitgevoerd, schrijven dit toe aan het feit dat er nog geen concreet euthanasieverzoek heeft plaatsgevonden bijvoorbeeld omdat zij nog niet zolang hun beroep als huisarts uitoefenden of gewoonweg omdat er geen patiënten waren die euthanasie wilden of hiervoor in aanmerking kwamen. Een andere verklaring voor het verschil in de prevalentie van euthanasie tussen de verschillende huisartsen(praktijken), is mogelijks de houding van de arts tegenover euthanasie (woorden introduceren praktijken).
Er worden heel wat moeilijkheden of problemen vermeld door de huisartsen i.v.m. de producten en/of de toediening van deze producten bij het uitvoeren van euthanasie. Een regelmatig terugkomend probleem was de beschikbaarheid van de producten bij de apotheker. Ook de veneuze toegangsweg om de middelen te kunnen injecteren werd door redelijk wat huisartsen als problematisch ervaren.
De meeste huisartsen zijn tot hun huidige kennis of methode gekomen door beroep te doen op een collega, een LEIFarts of een palliatief netwerk of door het opzoeken van richtlijnen.
Deze vier strategieën zullen ook het vaakst worden toegepast om in de toekomst aan informatie te komen als zij dat nodig zouden vinden.
Bijna drie kwart van de ondervraagde huisartsen vond dat er nood was aan opleiding rond dit thema. Verschillende suggesties kwamen naar voren.

Opvallende gelijkenissen tussen de bevindingen uit de literatuur en het onderzoek bij huisartsen zijn onder andere de productkeuzes van de huisartsen om euthanasie uit te voeren. Hoewel de wet geen bepaalde medische techniek oplegt, houden de artsen zich keurig aan de methoden die in de richtlijnen worden aanbevolen. Ofwel wordt euthanasie door het bewust toedienen van overdosissen morfine om het overlijden te bespoedigen door de artsen gezien als palliatieve sedatie en worden deze gevallen dus niet geregistreerd als euthanasie.
Een andere gelijkenis is de vraag naar opleiding. Ondanks het huidige aanbod tijdens de opleiding geneeskunde/huisarts en de verschillende navormingsinitiatieven, blijken artsen nog steeds nood te hebben aan educatie rond de uitvoering van euthanasie en eigenlijk over euthanasie in zijn geheel.

Een derde gemeenschappelijk resultaat tussen het onderzoek en het voorafgaande opzoekwerk, is het probleem van de beschikbaarheid van de euthanatica bij de apotheker. Uit de enquête blijkt dat heel wat artsen hiermee problemen hebben ervaren. Op de website van het BCFI kunnen we inderdaad niet alles terugvinden. "Tiobarbital B. Braun®", "thiopental", of "natriumthiopental" staan niet in de lijst van de te verkrijgen geneesmiddelen.[18] In de wet staat nochtans dat De Koning de nodige maatregelen neemt om de beschikbaarheid van euthanatica te verzekeren, ook in officina-apotheken die toegankelijk zijn voor het publiek.[19] Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) liet in 2011 al weten dat het product Pentothal niet meer beschikbaar was op de Belgische markt en dat dit vervangen zou worden door Tiobarbital B. Braun®. Om dit geneesmiddel te krijgen, kunnen apothekers ofwel contact opnemen met hun groothandelaar ofwel rechtstreeks met de firma B. Braun.[20] In Nederland is wegens beschikbaarheidsproblemen met thiopental, propofol als coma-induceerder opgenomen in de recentste richtlijn over de uitvoering van euthanasie.[2] Propofol wordt wel teruggevonden in het BCFI, maar dan wel als geneesmiddel voor hospitaalgebruik (H.G.). Officina-apotheken kunnen dit product bestellen bij hun groothandelaar.[18]

Er wordt ook een belangrijk verschil teruggevonden tussen de gegevens uit de literatuur en de gegevens uit het onderzoek bij huisartsen. In het meest recente jaarverslag van de FCEEC wordt namelijk vermeld dat er geen enkele complicatie of ongewenst effect werd gerapporteerd. Bepaalde verklaringen in dit jaarverslag vermeldde thans problemen en obstakels bij de uitvoering van euthanasie in woon- en zorgcentra.[2] In tegenstelling hiermee, heeft de helft van de huisartsen die reeds euthanasie hebben uitgevoerd en deelnamen aan dit onderzoek, toch moeilijkheden of problemen ervaren. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat artsen hun negatieve ervaringen meedelen in functie van de onderzoeker. Als de onderzoeker een controle-instantie is, zijn artsen misschien minder snel geneigd om hun problemen mee te delen. Misschien uit schaamte of angst om hierover aangesproken te worden. Een andere verklaring is dat de huisartsen het papierwerk – dit is het registratieformulier waar ze bijkomende inlichtingen kunnen melden - wat sneller afhandelen. De hele euthanasiecasus, van verzoek tot uitvoering, heeft immers al genoeg energie van hun gevraagd.

Het onderzoek dat bij de huisartsen werd uitgevoerd, heeft zoals bij elk onderzoek sterktes en zwaktes met betrekking tot de methodologie.
Een voordeel van de verspreiding via de wachtpost in Leuven was dat ik van de onthaalmedewerkers feedback kon krijgen. Zo kwam ik te weten waarom sommige huisartsen niet hebben deelgenomen aan de enquête. De redenen hiervoor waren onder andere het tijdsgebrek tijdens een drukke wacht of het feit dat zij nooit euthanasie hadden uitgevoerd en daarom de enquête niet van toepassing vonden.
Een andere sterkte van de enquête was de eerlijkheid in de antwoorden, zonder verbloemingen. De bedoeling was inderdaad niet om artsen met de vinger te wijzen. Dat hebben ze blijkbaar begrepen. Ondanks dat we de huisartsen "overvielen" met de enquête, lijken er toch enkelen onder hun voorbereidingen te hebben getroffen vooraleer zij de enquête invulden. Antwoorden op de vraag naar gebruikte euthanatica leken soms verdacht veel op de richtlijnen.
Er is mogelijks ook overleg gepleegd tussen de huisartsen tijdens het invullen van de enquête. Artsen die persoonlijk door mij werden gevraagd om de enquête in te vullen om zo de data op te drijven, hebben mogelijks de gerandomiseerde onderzoekspopulatie vertekend.
Vijftig enquêtes werden verwerkt en leverde gevarieerde informatie op. De vraag is of er meer informatie zou verzameld worden als de omvang van de steekproef groter zou zijn.

Tijdens het literatuuronderzoek moest er steeds bewust worden omgegaan met de grenzen van het onderwerp. Het is namelijk zeer uitnodigend om steeds breder informatie te zoeken. Nieuwe onderzoeksvragen rezen boven. Wat met het lichaam ná de euthanasie? Hoe zit het met orgaandonatie en euthanasie? Wat is de stand van zaken met betrekking op de wet rond euthanasie en hulp bij zelfdoding op wereldvlak? Hoe wordt in de Verenigde Staten de doodstraf uitgevoerd? Ook binnen het gevoerde onderzoek kunnen mogelijk nog verbanden worden gelegd tussen de antwoorden op de enquêtevragen onderling of tussen de antwoorden en het profiel van de arts.

Tot slot kunnen we besluiten dat heel het euthanasiegebeuren, maar meer bepaald de medicotechnische uitvoering en de opleiding hierin, nog steeds niet op punt staat. Indien de stijgende trend in de prevalentie van euthanasie blijft aanhouden, gaan artsen nog vaker hiermee geconfronteerd worden en dienen zij dus meer voorbereid te worden om zorgvuldig om te gaan met dit delicaat onderwerp. Richtlijnen voor het uitvoeren van euthanasie kunnen een houvast betekenen, maar het kan niet de bedoeling zijn om de zorg in de laatste levensfase op een formalistische manier in rigide regels vast te leggen. Het is aan te raden om beroep te doen op de instanties die huisartsen kunnen begeleiden tijdens het euthanasieproces. Elk euthanasiegeval is immers uniek.

Referenties

1. Deschepper R, Vander Stichele R, Mortier F, Deliens L. Zorgzaam thuis sterven. Een zorgleidraad voor huisartsen. Gent: Academia Press; 2003. 239 pp.
2. De Bondt W, De Groot E, Englert M, Herremans J, Proot L, Thomas J-M. Federale controle- en evaluatiecommissie euthanasie. Zesde verslag aan de wetgevende kamers (2012-2013). Juni 2014
3. Chambaere K, Vander Stichele R, Mortier F, Cohen J, Deliens L. Recent Trends in Euthanasia and Other End-of-Life Practices in Belgium. N Engl J Med. 2015; 372;12: 1179-1181
4. Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, KNMP en KNMG, augustus 2012
5. www.leif.be/nl/professioneel/professionelegids.html
6. LEIFdraad – een leidraad voor artsen bij het zorgvuldig uitvoeren van euthanasie. Distelmans W. 2012
7. www.oncoline.nl/euthanasie
8. www.pallialine.be/toekomst: geplande nieuwe richtlijnen
9. www.pallialine.nl/euthanasie
10. Landelijke richtlijn Euthanasie en hulp bij zelfdoding. Versie 2.1, IKNL, Juli 2010
11. Deliens L, Cohen J, Francois I, Bilsen J. Palliatieve zorg en euthanasie in België. Evaluatie van de praktijk en de wetten. Brussel: Academic and Scientific Publishers nv; 2011. 344 pp.
12. Registratiedocument van een euthanasie; Federale Controle en Evaluatiecommissie Euthanasie. www.health.belgium.be/euthanasie
13. Telefoongesprek met prof. dr. Wim Distelmans. 8 juli 2015
14. E-mail prof. dr. Dirk Devroey (VUB). 20 juni 2015, 14:50
15. E-mail dr. Bert Leysen (UA). 22 juni 2015, 14:18
16. E-mail prof. dr. John Wens (UA). 22 juni 2015, 17:15
17. www.palliatief.be/vorming, training, opleiding: aanbod Federatie
18. www.bcfi.be/GGR/Index.cfm?ggrWelk=MAIN
19. Wet tot aanvulling van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie over bepalingen van de rol van de apotheker en het gebruik en de beschikbaarheid van euthanatica. 10 nov. 2005. Art. 3bis. Belgisch staatsblad 13.12.2005
20. www.fagg-afmps.be/search?language=nl&search_field=pentothal&search_submit=Zoek

Bijlage

Enquête: Medicotechnische uitvoering van euthanasie

Beste collega,

In het kader van mijn masterproef huisartsengeneeskunde voer ik onderzoek naar de uitvoering van euthanasie in de huisartsenpraktijk.
Ondanks de hoge prevalentie van euthanasie is er volgens mij nog steeds veel onduidelijkheid over de correcte uitvoering hiervan.

Via deze enquête tracht ik een beeld te scheppen over de kennis en de ervaringen van huisartsen omtrent dit thema.
Daarnaast wil ik graag te weten komen hoe ze tot hun kennis zijn gekomen.

Zo kan worden afgeleid of er nood is aan opleiding/informatie en kunnen de richtlijnen worden getoetst aan de praktijkervaringen.

Deze enquête wordt anoniem verwerkt.
Meerdere antwoorden per vraag zijn mogelijk.
Indien een vraag niet van toepassing is, kan u deze overslaan.

Alvast bedankt,

Dr. Leentje Moons
Promotor Prof. Dr. Jo Goedhuys

Profiel van de arts

Leeftijd: ..... jaar

Geslacht: □ M
□ V

Ik ben afgestudeerd aan universiteit □ UAntwerpen
□ UGent
□ KULeuven
□ VUB

Ik ben □ LEIF-arts
□ medewerker van een palliatief team
□ geen van beide

Ik ben □ praktijkopleider voor Haio's
□ stageleider voor stagairs
□ geen van beide

Toediening van euthanasie

1) Hoe vaak hebt u ooit euthanasie uitgevoerd?

□ Nooit
□ 1 à 5 keer
□ 6 à 10 keer
□ Meer dan 10 keer

2) Indien u nooit euthanasie heeft uitgevoerd, wat was hier de reden voor?

3) Wat is uw handelswijze op organisatorisch vlak?

□ Volledig zelfstandig
□ Samenwerken met vertrouwde verpleegkundige
□ Samenwerken met goede collega huisarts
□ Palliatief team inschaken
□ LEIF-arts inroepen
□ Andere:

4) Wat is uw handelswijze op farmacologisch vlak?

Producten: naam of soort (in volgorde)	Dosis	Toedieningsvorm (PO, SC, IM, IV, infuus, rectaal, …)

5) Welke moeilijkheden/problemen hebt u reeds ervaren i.v.m. de producten en/of de toediening ervan?

Informatie/opleiding

6) Hoe bent u gekomen tot uw methode of uw kennis over de uitvoering van euthanasie?

□ Opleiding geneeskunde aan universiteit
□ Bijscholing in huisartsenkring
□ Bijscholing georganiseerd door …….
□ Van andere collega
□ Door beroep te doen op LEIF-arts
□ Door beroep te doen op regionaal palliatief team
□ Opzoeken van richtlijn: ……
□ Door ervaring: trial and error
□ Andere:

7) Waar zou u informatie zoeken indien nodig?

□ Ik weet niet waar zoeken
□ Bij een ervaren collega
□ LEIF-arts contacteren
□ Regionaal palliatief team contacteren
□ Richtlijn opzoeken. Hoe? ……
□ Andere:

8) Is er volgens u nood aan opleiding? Suggesties?

Bedankt voor uw medewerking.

Voor vragen of meer informatie kan u terecht op leentje.moons@gmail.com of 0473/416985