

Universiteit Utrecht
Faculteit Sociale Wetenschappen
Departement Klinische en Gezondheidspsychologie

Masteronderzoek 2012-2013

De Attitude van de Huisarts ten opzichte van Euthanasie



Sara Irene Hoff

Studentnummer: 3159760

Onderzoeksbegeleider: Dhr. Dr. H.A.W. Schut

December 2013

Voorwoord

Dit verslag is geschreven in het kader van het masteronderzoek, als onderdeel van de masteropleiding Klinische en Gezondheidspsychologie, aan de Universiteit van Utrecht. Het afgelopen jaar heb ik onder begeleiding van Henk Schut aan dit verslag gewerkt.

Graag wil ik hierbij Henk Schut bedanken voor de intensieve begeleiding, en zijn geduld. Ik had me geen betere begeleider kunnen wensen. Hij wist me met verhelderend commentaar, vooral bij de statistiek, steeds weer op weg te helpen.

Daarnaast wil ik al de participanten bedanken voor hun medewerking aan dit onderzoek. Zonder hun welwillendheid was het niet mogelijk dit onderzoek te verwezenlijken.

Sara Hoff

Inhoudsopgave

| | |
|--|----|
| Voorwoord | 2 |
| Summary | 4 |
| Inleiding | 5 |
| Methode..... | 9 |
| Design..... | 9 |
| Procedure..... | 9 |
| Participanten | 10 |
| Meetinstrumenten | 11 |
| Resultaten | 12 |
| Sekse en werkervaring..... | 13 |
| Empathie..... | 13 |
| Sekse en Empathie..... | 14 |
| Sekse van de huisarts en sekse van de patiënt..... | 14 |
| Discussie..... | 15 |
| Literatuur..... | 18 |
| Bijlagen | 21 |
| 1. Informatiebrief | 21 |
| 2. Instemmingsformulier | 22 |
| 3. Vragenlijst | 23 |

Summary

Euthanasia is a thoroughly discussed subject in the Netherlands. Numerous studies have examined which determinants play a role in the attitude towards euthanasia. And the participants are usually normal people or patients. However, the role of the general physician is never really the focus of attention. This study is focused on unraveling which determinants play a factor in the attitude of the general physician towards euthanasia. Three factors were selected that could play a role in the attitude towards euthanasia, namely the sex of the general physician, the level of empathy and the sex of a patient. Questionnaires were compiled and sent to all the general physicians in Friesland ($n = 141$). Results reveal that gender of the general physician plays no significant role in his or her attitude towards euthanasia. On a related note, sex of the patient appears to play no significant role either. Empathy, which is essential in the doctor patient relationship, showed no significant association with euthanasia in this study. Results are discussed in terms of protocols for euthanasia and professionalism of GP's in the Netherlands.

Inleiding

In 2012 bestond de ‘euthanasiewet’ precies 10 jaar. Dit zou een mijlpaal genoemd kunnen worden, want euthanasie blijft een veelbesproken en gevoelig onderwerp. Onder euthanasie wordt verstaan, ‘het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene op diens verzoek’ (Dam, 2007, p.198). De euthanasiewet ‘*stoelt op twee poten*’: een vrijwillig, weloverwogen verzoek, in combinatie met ondraaglijk en uitzichtloos lijden (KNMG, 2011, p.12). Er is veel geschreven over euthanasie, veelal over wat het voor de patiënt betekent om een verzoek te doen en de gevolgen voor de nabestaanden. Er is echter nauwelijks onderzoek gedaan naar wat een euthanasieverzoek doet met de arts. Er wordt vaak gedacht dat patiënten een recht op euthanasie hebben; dat is niet het geval. Euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn strafbaar (Wetboek van Strafrecht, artikelen 293 en 294). Er wordt afgezien van strafvervolging wanneer de levensbeëindiging of de hulp bij zelfdoding op verzoek, uitgevoerd wordt door een arts die heeft voldaan aan de in de wet vastgelegde zorgvuldigheidseisen en zijn of haar handelen heeft gemeld aan de gemeentelijk lijkschouwer. In de hiervoor genoemde wetsartikelen is deze uitzondering als bijzondere strafuitsluitingsgrond opgenomen (Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, jaarverslag 2010, p.54).

Wat zijn de attitudes van de huisarts ten opzichte van euthanasie? Welke determinanten spelen een rol bij die attitudes? Hierbij komen veel onderwerpen aan de orde, waaronder socio-demografische karakteristieken, normen en waarden en verwachtingen. Een euthanasieverzoek brengt de arts in een ‘noodsituatie’, hij of zij wordt geacht het leven te behouden, de taak van de arts, en wordt anderzijds geconfronteerd met een niet te behandelen ondraaglijk lijden. Euthanasie is een vorm van levensbeëindiging en dan speelt levensbeschouwing altijd een rol (McCormack, Clifford & Conroy, 2011). Spelen leeftijd en werkervaring ook een rol? Huisartsen hebben een universitaire opleiding achter de rug en hebben nadien een 3-jarige beroepsopleiding gevolgd. Als zij starten als huisarts zijn ze daardoor ouder en hebben ze al enige ervaring opgedaan. Het is echter niet altijd zo dat een (huis)arts ervaring heeft met euthanasie. Een huisarts past gemiddeld iets minder dan eens per jaar euthanasie toe. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat in 2010 de regionale toetsingscommissies euthanasie 3136 meldingen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding hebben ontvangen, waarvan 2667 gevallen zijn beoordeeld. In Nederland werden in 2005, 8.400 uitdrukkelijke verzoeken gedaan om euthanasie op ‘afzienbare termijn’ (KNMG, 2011).

Er is empirisch onderzoek gedaan naar de attitudes van de huisarts, waarbij de vraag of zij zich wel of niet verzetten tegen euthanasie, centraal stond. Als een arts zich verzet kunnen daar verschillende redenen aan ten grondslag liggen. Zo kunnen zij zich principieel verzetten tegen alle vormen van levensbeëindigend handelen door artsen of zij kunnen van oordeel zijn dat er in de specifiek aan de orde zijnde situatie geen of onvoldoende termen aanwezig zijn om euthanasie te verrichten (Spreeuwenberg, 2003). Bij de overweging een verzoek om euthanasie in te willigen staat barmhartigheid centraal en of de arts de autonomie van de patiënt wil respecteren (Dillman, 2003; McCormack, Clifford & Conroy, 2011).

Vrouwelijke artsen besteden meer tijd aan psychosociale begeleiding in vergelijking met mannelijke artsen die weer meer tijd besteden aan de technische kant zoals het afnemen van medische geschiedenis en behandelplannen opstellen (Bertakis, Helms, Callahan, Azari & Robbins, 1995). Er zijn verschillen in de manier waarop mannelijke en vrouwelijke huisartsen communiceren met hun patiënten (Roter & Hall, 2004, Silvoniemi, Vasankari, Vahlberg, Clemens & Salminen, 2010). Mannelijke artsen zijn meer assertief en geven meer advies en uitleg. Er is een grotere kans dat vrouwelijke artsen werken aan het opbouwen van partnerschap en meer vragen stellen. Daarnaast nodigen ze verdere communicatie uit door meer te glimlachen en instemmend te knikken (Bertakis, 2009). Deze verschillen kunnen voortkomen uit de verschillende verbale- en non-verbale communicatiestijlen die mannen en vrouwen in het algemeen tonen (Bertakis, 2009; Bertakis, Franks & Epstein, 2009). Kan er door deze sekseverschillen ook gesteld worden dat het geslacht van de (huis)arts een effect heeft op het feit of die arts een verzoek om euthanasie van een patiënt inwilligt?

Verschillen in benadering tussen mannen en vrouwen kunnen zijn ontstaan door de sociale rol die we vervullen (Aronson, Wilson & Akert, 2005). Empathie wordt gezien als een belangrijke karakteristiek voor vrouwen omdat dit de vrouw kan helpen om hun rol met meer succes te kunnen vervullen (Lennon & Eisenberg, 1987). Empathie is het zich invoelen, of het vermogen om zich in een ander in te leven. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen emotionele empathie, de neiging om dezelfde emoties te voelen als de ander, en cognitieve empathie, wat wil zeggen dat er kennis is van en begrip voor de emoties en gedachtes van een ander, zonder dat je perse dezelfde emoties hoeft te voelen (Rueckert, Branch & Doan, 2011; Lawrence, Shaw, Baker, Baron-Cohen & David, 2004). Eisenberg (1987) stelt dat empathie een factor is die al heel lang beschouwd wordt als bemiddelaar bij of die een bijdrage levert aan positieve menselijke interactie en altruïstisch gedrag. Empatische nauwkeurigheid wordt niet alleen bepaald door het vermogen van de ontvanger om de ander te begrijpen gebaseerd op de familiariteit met de ander, maar ook door motivatie van de ontvanger om de gedachtes

van het doel te begrijpen. Het kan ook zijn dat vrouwen over meer empathisch vermogen beschikken doordat ze gemotiveerd zijn om dat gedrag te vertonen (Klein & Hodges, 2001). Dat past immers in het verwachtingspatroon. Als een vrouw zich ervan bewust is dat de taak waar zij voor staat ook wat van haar empathisch vermogen vraagt, zou ze wellicht beter willen 'presteren'. Het idee dat doordat vrouwen geloven in hun eigen vermogen tot empathie ze ook meer gemotiveerd zijn om empathisch te zijn is consistent met de bevindingen van Eisenberg en Lennon (1983). Uit verschillende onderzoeken en literatuur blijkt dat vrouwen meer empathisch zijn dan mannen (Klein & Hodges, 2001; Lennon & Eisenberg, 1987; Macaskill, Maltby & Day, 2002; Rueckert, Branch & Doan, 2011; Toussaint & Webb, 2005). Toussaint en Webb (2005) hebben de relatie tussen empathie en vergeving onderzocht, waarbij ze vonden dat vrouwen over meer empathie beschikken dan mannen. Deze zelfde uitkomsten zijn te vinden bij Macaskill, Maltby en Day (2002), zij leggen daarbij de focus op emotionele empathie. Hoffman (1990) beschrijft dat de menselijke capaciteit voor empathie een affectieve en motiverende basis kan bieden voor morele ontwikkeling en gerechtvaardigd gedrag, waardoor het een belangrijke bindende kracht of lijm is in de samenleving. Empatische gevoelens kunnen ook functioneren als morele motieven. Empatische 'nood' en schuldgevoelens hebben de neiging om moreel gedrag te motiveren, oftewel, gedrag dat is bedoeld om nood van het 'slachtoffer' te verbeteren (Hoffman, 1990). Empathie kan dan ook van invloed zijn op het moreel, wat weer van invloed kan zijn op de attitudes ten opzichte van euthanasie. Het gaat dan om de geestesgesteldheid en de moed en de wil om een dergelijk verzoek te doen of wel in te willigen. Als vrouwen en mannen verschillen in de mate van empathie die ze vertonen, heeft dit dan ook effect op hun attitude ten opzichte van euthanasie? Euthanasie is een moreel ingewikkeld vraagstuk en daardoor kan het ook van invloed zijn op de dokterpatiëntrelatie. Empathie is belangrijk bij de dokterpatiëntrelatie, het staat dan voor de capaciteit die de arts heeft om zich in te leven in de perspectieven van de patiënt (Hojat et al., 2002). De arts moet kennis hebben van de problemen van de patiënt, de fysieke maar ook de psychische en sociale problemen (Stewart, McWhinney & Buck, 1979). De arts moet op basis van zijn kennis, kunde en ervaring als arts en zijn menselijk vermogen tot empathie ervan overtuigd zijn dat het lijden van een patiënt ondraaglijk en uitzichtloos is (Vink, 2011). Empathie speelt een rol bij inter-persoonlijke contacten en is ook een instrument als het gaat om effectieve geneeskunde (Leijssen, 2004). Tegenwoordig is de dokterpatiëntrelatie niet meer zo zeer één waarin dominantie een rol speelt, maar is het in de praktijk meer 'patiëntgeoriënteerd' (Pilnick & Dingwall, 2011). Dat wil zeggen dat de patiënt als een actieve participant wordt gezien bij zijn of haar medische behandeling en een meer autonome

positie inneemt (Peck & Conner, 2011). Een patiënt gaat naar een arts omdat hij zijn eigen klachten niet kan diagnosticeren en of behandelen. Daarbij is de inbreng van de arts nodig. De arts heeft op zijn beurt de inbreng van de patiënt nodig om de symptomen te diagnosticeren en de klachten te behandelen. De arts is wel de expert in dit verhaal, maar door comanagement is het een vereiste dat de patiënt duidelijke informatie verkrijgt, zich comfortabel voelt om zorgen en voorkeuren aan te geven, en voelt dat hij of zij een rol heeft als het gaat om beslissingen in zijn eigen behandelproces (Peck & Conner, 2011; Goldring, Taylor, Kemeny & Anton, 2002). De arts wordt als expert gezien, maar volgens Bensing (1991) zijn er drie dimensies waarmee we de kwaliteit van de verrichtingen van de arts kunnen classificeren. Ten eerste de technische dimensie, waarbij kennis, vaardigheden enzovoort een rol spelen. Ten tweede een dimensie die betrekking heeft op de aandacht voor de psychosociale aspecten van de zorg. En ten derde een dimensie die betrekking heeft op het interpersoonlijke gedrag van de arts, zijn of haar persoonlijke kwaliteiten en in zijn algemeenheid hoe de zorg aangeboden wordt. Onder deze derde dimensie valt affectief gedrag en empathie. Er bestaat een positieve relatie tussen de tevredenheid van de patiënt aan de ene kant en affectief gedrag van de arts aan de andere kant (Bensing, 1991). Als het gaat om een verzoek tot euthanasie van een patiënt, dan spelen al deze dingen een rol. Een arts zal een vertrouwensband opbouwen met de desbetreffende patiënt om er achter te komen wat zijn of haar beweegredenen zijn om tot dit verzoek te komen. Het gesprek gaat dan over het lijden, en de arts zal moeten beoordelen of dit lijden uitzichtloos en invoelbaar ondraaglijk is. De arts moet zich kunnen inleven en als het ware moeten kunnen inzien hoe het zou zijn om in de schoenen van de patiënt te staan (Hojat et al., 2002). Het lot van de patiënt ligt daarbij in de handen van de arts, wat in zekere zin toch weer voor ongelijkheid zorgt.

Hojat et al. (2002) suggereren dat doordat vrouwen meer empathie vertonen, zij een andere vorm van medische zorg zouden kunnen verlenen. Het ligt in de lijn der verwachtingen dat vrouwen, doordat zij over een hoger empathisch vermogen beschikken, zich beter kunnen inleven in de situatie die de patiënt schetst en zodoende de patiënt beter kunnen begrijpen als hij of zij spreekt over uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De eerste hypothese die daarbij onderzocht dient te worden is derhalve:

Hypothese 1: Vrouwelijke huisartsen staan meer welwillend tegenover een verzoek om euthanasie dan mannelijke huisartsen.

Gebaseerd op de hierboven gepresenteerde informatie is de tweede hypothese:

Hypothese 2: Er is een samenhang tussen empathie en de houding van de arts ten opzichte van euthanasie.

De eerste twee hypothesen vormen samen de derde hypothese:

Hypothese 3: Het sekseverschil in attitude ten opzichte van euthanasie wordt gemedieerd door de mate van empathie van de huisarts.

Een bijkomende modererende factor zou het geslacht van de patiënt kunnen zijn. Uit eerder onderzoek onder een Zweedse jury die beslist over euthanasieverzoeken, blijkt dat er wel een effect was van geslacht van de patiënt op de uitspraak van de jury (Sjöberg & Lindhol, 2003). De juryleden, dertien mannen en vijftientig vrouwen, waren meer geneigd in te stemmen met een euthanasieverzoek als het ging om een patiënt van het andere geslacht. Uit onderzoek van Bertakis (2009) blijkt dat het geslacht van de patiënt inderdaad van invloed is op de dokterpatiëntrelatie. In vergelijking met mannelijke patiënten hebben vrouwelijke patiënten meer patiëntgecentreerde interactie met hun huisartsen. En als er overeenstemming is tussen het geslacht van de arts en die van de patiënt worden er hogere scores gevonden als het gaat om het begrijpen van de hele persoon (Bertakis, 2009). Dit is het tegenovergestelde van het resultaat van met het onderzoek van Sjöberg & Lindhol (2003).

Op basis van deze gegevens is een vierde hypothese opgesteld, namelijk:

Hypothese 4: Het geslacht van de patiënt is van invloed op de relatie tussen het geslacht van de huisarts en de houding ten opzichte van euthanasie. Vrouwelijke huisartsen zullen vaker instemmen met euthanasie dan mannen en vaker bij een vrouwelijke patiënt.

Methode

Design

Om bovenstaande hypothesen te toetsen is er een eenmalige schriftelijke vragenlijst afgenomen bij mannelijke en vrouwelijke huisartsen. Het onderzoek betreft een between subject design wat betreft de twee factoren (sekse respondent en sekse euthanasiecasus).

Procedure

De participanten voor dit onderzoek zijn Friese huisartsen. Zij zijn in de periode van 19 mei 2012 tot 01 juni 2012 benaderd met een schriftelijke uitnodiging. Alle huisartsen zijn aangeschreven op hun praktijkadres, achterhaald via het BIG-register, dat is te vinden op de website van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De huisartsen ontvingen een envelop met daarin het verzoek tot participeren (zie Bijlage 1), het instemmingformulier

(zie Bijlage 2) en de vragenlijst (zie Bijlage 3). Na 3 weken is een herinneringsbrief verstuurd in geval geen reactie was ontvangen.

Er is gekozen voor de regio Friesland om een duidelijke begrenzing te verkrijgen. Van de 389 verstuurd vragenlijsten zijn er 148 (38%) geretourneerd. Van de overgebleven 241 is er geen reden bekend voor het niet deelnemen. Van de geretourneerde vragenlijsten waren er 7 onbruikbaar. Er waren 6 vragenlijsten verkeerd of niet volledig ingevuld en 1 vragenlijst is leeg teruggestuurd met als klacht dat de vragenlijst te lang en slecht geformuleerd was.

Participanten

Er hebben in totaal 141 participanten meegedaan aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd van de participanten was 49.9 jaar ($SD = 9.0$). Deze groep bestond uit 58 vrouwelijke (41.1%) en 83 mannelijke (58.9%) participanten. In totaal was 75.9% van deze groep ten tijde van het onderzoek gehuwd, 17.0% alleenstaand of samenwonend en 5.7% gescheiden. Van de participanten heeft 68.8% geen religieuze levensbeschouwing, 25.5% van de participanten heeft het christendom als levensbeschouwelijke overtuiging, 1.4% het boeddhisme, .7% de islam en .7% het Jodendom. 2.8% gaf aan een andere levensbeschouwelijke overtuiging te hebben, hier vielen onder het vrijmetselaarschap, humanisme en art of living.

Gemiddeld zijn de deelnemers aan dit onderzoek 17.5 ($SD = 9.8$) jaar werkzaam als huisarts. Ze hebben in die tijd gemiddeld 9.6 ($SD = 8.4$) keer een verzoek tot euthanasie gehad en 1.3 ($SD = 3.8$) keer een verzoek tot hulp bij zelfdoding gedurende hun praktijkvoering.

Gemiddeld hebben de huisartsen 5.1 ($SD = 5.8$) keer euthanasie verricht en 0.3 ($SD = 0.9$) keer hulp bij zelfdoding geboden.

Gekeken naar de verschillen tussen sekse van de huisarts en andere demografische achtergronden, zijn uitsluitend significante verschillen gevonden ten aanzien van het aantal jaren dat de huisarts werkzaam is, voor het verzoek om euthanasie en het verzoek om hulp bij zelfdoding.

Mannen hebben beduidend meer werkervaring ($M = 20.01$, $SD = 9.81$) dan vrouwen ($M = 14$, $SD = 8.76$), $t(139) = -3.74$, $p = .00$. Mogelijk verklaart dit het sekseverschil in euthanasie- en hulp bij zelfdodingverzoeken. Mannen rapporteren dat verzoek beduidend vaker te hebben ontvangen ($M = 12.39$, $SD = 9.39$) dan vrouwen ($M = 5.69$, $SD = 4.60$), $t(139) = -5.61$, $p = .00$, hetgeen ook geldt voor hulp bij zelfdoding, respectievelijk ($M = 1.82$, $SD = 4.73$) en ($M = .64$, $SD = 1.78$), $t(139) = -2.07$, $p = .04$.

Meetinstrumenten

Er is een vragenlijst aangeboden die bestond uit 4 delen (zie Bijlage 3). In deel één zijn er socio-demografische gegevens uitgevraagd, zoals sekse, leeftijd, burgerlijke staat, levensbeschouwelijke overtuiging, maar ook hoe lang de arts al werkzaam is als huisarts. In deel twee zijn er negen stellingen aangeboden die de houding ten opzichte van euthanasie betroffen (van der Wal, 1992). Over de aangeboden stellingen is geen informatie bekend betreffende de betrouwbaarheid en de validiteit van de schaal. De stellingen zijn gecontroleerd en aangevuld door een ervaren huisarts. In het huidige onderzoek is, na verwijdering van één item in verband met gebrekkige betrouwbaarheid (item i, zie Bijlage 3), de Cronbach alfa gestegen tot .62. De euthanasieschaal betrof negen stellingen, die de participanten op een vijfpunts Likert schaal konden beantwoorden, van helemaal mee oneens tot helemaal mee eens. Een voorbeelditem uit de euthanasieschaal is: 'Het ligt niet op de weg van de arts om euthanasie of hulp bij zelfdoding als mogelijkheid ter sprake te brengen'. Er zijn vijf items omgecodeerd, zodat een hogere score op de euthanasieschaal zou inhouden dat de participant een grotere voorstander van euthanasie zou zijn.

Het derde deel betrof een empathie vragenlijst. Dit was een verkorte en vertaalde versie van twee reeds bestaande empathievragenlijsten, namelijk de *Empathie Quotient (EQ)* en de *Toronto Empathy Questionnaire (TEQ)*. De EQ is een zelfrapportage vragenlijst ontwikkeld door Baron-Cohen en Weelwright (2004) om empathie te meten. De schaal, bestaande uit zestig items, onderscheidt mensen die moeite hebben met empathie van mensen die er geen moeite mee hebben. Uit eerdere onderzoeken blijkt dat de EQ een test-hertest betrouwbaarheid heeft van tussen de $r = .84$ (Lawrence, Shaw, Baker, Baron-Cohen & David, 2004) en $r = .97$ (Baron-Cohen & Weelwright, 2004). Dat de EQ duidt op validiteit is blijkt uit het feit dat de schaal correleert met de Friendship Questionnaire (FQ), de FQ meet empathie in de context van relaties (Baron-Cohen & Weelwright, 2004).

De TEQ is een korte empathievragenlijst gemaakt door Spreng, McKinnen, Mar en Levine (2009). Uit onderzoek blijkt dat de TEQ een test-hertest betrouwbaarheid heeft van $r = .81$, $p < .001$. De Cronbach alfa meet .87. De TEQ vertoont sterke convergente validiteit, doordat de vragenlijst sterk correleert met zelfrapportage vragenlijsten over empathie (Spreng, McKinnen, Mar & Levine, 2009).

Er is gekozen om een aantal items uit beide vragenlijsten te halen, en deze samen te voegen tot een nieuwe lijst met maar twintig items, zodat de drempel om de vragenlijsten in te vullen laag was in verband met tijd. De empathieschaal van dit onderzoek had een goede interne

consistentie, met een Cronbach alfa coëfficiënt van .76. Een hoge score duidt op een goede betrouwbaarheid van de schaal.

Het laatste en vierde deel betrof een casus die specifiek voor dit onderzoek is geformuleerd (zie Bijlage 3), waarbij de participanten werden verzocht aan te geven in hoeverre ze, bij de desbetreffende patiënt uit een casus, geneigd zouden zijn het euthanasieverzoek in te willigen. Deze casus was er in twee vormen. De één betrof een casus met een vrouwelijke patiënt en de ander een casus met een mannelijke patiënt. De casus waren voor het overige identiek, het ziektebeeld werd omschreven, de zorgen om de partner en dat het voor de patiënt om een uitzichtloze situatie gaat. De casus is opgesteld met behulp van een ervaren huisarts, werkzaam als SCEN-arts en daarnaast gecontroleerd door twee huisartsen.

De vragenlijsten met mannelijke dan wel vrouwelijke casus zijn gestratificeerd random toegewezen aan de aangeschreven huisartsen. Onder de 83 mannelijke participanten hebben 44 artsen (53%) de mannelijke casus en 39 artsen (47%) de vrouwelijke casus ontvangen. Bij de 58 vrouwelijke participanten hebben 25 artsen (43.1%) de mannelijke casus en 33 artsen (56.9%) de vrouwelijke casus ontvangen.

In dit onderzoek is de attitude ten opzichte van euthanasie de afhankelijke variabele, deze is verkregen door de antwoorden op de euthanasieschaal samen te voegen met het antwoord op de vraag in de casus, of de huisarts bereid is het verzoek om euthanasie in te willigen.

Resultaten

Van alle participanten was 46,6% niet uitgesproken voor of tegen om euthanasie toe te passen bij de patiënt van de fictieve casus, 35,9% was daartoe bereid, 17,6 % was daartoe niet bereid. Bij deze percentages gaat het alleen om het antwoord op de bereidheid om de casus in te willigen. Als redenen waarom de participant wel bereid was euthanasie toe te passen gaf 19,1% van de participanten aan dat het ging om een invoelbaar verzoek, 31,2% een uitzichtloze situatie, 24,1% ondraaglijk lijden, 15,6% was wel bereid maar wou de casus eerst verder uitdiepen, 4,3% vond dat het ging om een weloverwogen beslissing, 2,8 % wou het advies van een SCEN-arts afwachten en 5% gaf andere redenen op. Onder de andere redenen vielen dat de arts de patiënt langer wou kennen, dat de partner in de casus meer aandacht behoeft en dat er meer toetsing nodig was. Van de participanten die bereid waren om het verzoek in te willigen gaf 27,7% geen reden op waarom ze het zouden doen.

Als redenen waarom ze niet bereid zouden zijn het verzoek in te willigen gaf 9,2% van de participanten aan het verzoek niet invoelbaar te vinden, 35,5% wou verdere gesprekken, 5%

was niet bereid doordat het druist tegen zijn of haar geloofsovertuiging, 19.9% had meer tijd nodig met de patiënt, 6.4% vond dat er geen sprake was van een uitzichtloze situatie, 9.9% gaf aan het lijden niet ondraaglijk te vinden, 40.4% vond de invloed van de partner te onduidelijk, 17% dacht dat er nog andere behandelopties waren, .7% wou graag het advies van een SCEN-arts en 12.1% gaf andere redenen op. Onder de andere redenen vielen dat de stemming van de patiënt niet duidelijk was, dat de partner extra hulp had, dat er te weinig informatie over de patiënt voorhanden was en dat er een herhaald verzoek nodig was. Van de participanten die niet bereid waren om het verzoek in te willigen gaf 7.8% geen achterliggende reden op.

Uit een t-test blijkt dat er een relatie is tussen werkervaring (aantal jaren dat de huisarts al werkzaam is) en de sekse van de huisarts. De variabele werkervaring is hierdoor in de analyses meegenomen als covariaat om het eventuele effect van sekse te neutraliseren.

Sekse en werkervaring

Als het gaat om het sekseverschil in de totaalscore op attitude ten opzichte van euthanasie dan blijkt dat er geen significant verschil is tussen mannelijke ($M = 33.54$, $SD = 4.3$) en vrouwelijke ($M = 33.02$, $SD = 4.2$) huisartsen, $t(135) = -.71$, $p = .48$. De hoofdeffecten voor sekse, $F(1, 133) = 1.00$, $p = .32$ en voor werkervaring, $F(1, 133) = 1.12$, $p = .29$, zijn statistisch niet significant. Het aantal jaren werkervaring heeft geen relatie met de attitude ten opzichte van euthanasie.

Concluderend, er is in tegenstelling tot de verwachting, ‘Vrouwelijke huisartsen staan meer welwillend tegenover een verzoek om euthanasie dan mannelijke huisartsen’, geen verschil gevonden in vrouwelijke en mannelijke huisartsen in de welwillendheid tegenover een verzoek om euthanasie. Het verschil tussen mannen en vrouwen in aantal jaren werkervaring speelt hierbij geen significante rol.

Sekse en het verzoek om euthanasie

Het hoofdeffect voor het verzoek om euthanasie is statistisch niet significant, $F(1, 137) = 2.16$, $p = 0.12$. Het aantal verzoeken dat een huisarts tijdens zijn loopbaan krijgt heeft derhalve geen relatie met de attitude ten opzichte van euthanasie.

Empathie

Het blijkt dat er geen significante verschillen waren voor scores voor mannen ($M = 66.33$, $SD = 5.44$) en vrouwen ($M = 66.86$, $SD = 5.14$) op empathie, $t(137) = .578$, $p = .56$. Er blijkt

voorts sprake van een niet-significante, negatieve correlatie tussen de mate van empathie en attitude ten opzichte van euthanasie, $r = -.083$, $n = 135$, $p = .339$.

Hieruit blijkt dat er geen relatie is tussen empathie en de houding van de huisarts ten opzichte van euthanasie. De tweede hypothese: ‘Er is een samenhang tussen empathie en de houding van de arts ten opzichte van euthanasie’, kan hiermee niet worden bevestigd.

Sekse en Empathie

Er blijkt, in tegenstelling tot de verwachtingen, geen verschil te zijn in de mate van empathie van mannelijke huisartsen ($M = 33.54$, $SD = 4.27$) en vrouwelijke huisartsen ($M = 33.02$, $SD = 4.20$), $t(135) = -.71$, $p = .48$.

Doordat, zoals bekend, mannen en vrouwen verschillen in werkervaring, is een Ancova gebruikt om nogmaals naar de relatie tussen sekse en attitude ten opzichte van euthanasie te kijken, ditmaal gecorrigeerd voor het aantal jaren dat men werkzaam is geweest als huisarts. Gecorrigeerd voor werkervaring $F(1, 133) = .00$, $p = .96$, blijkt evenwel dat het verschil tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen $F(1, 133) = .08$, $p = .784$, in empathie niet significant is.

Uit bovenstaande blijkt dat er geen sprake is van een sekseverschil in attitude ten opzichte van euthanasie, noch in mate van empathie, hierdoor kan er ook niet gesproken worden van een mediërende rol van empathie. Hypothese 3: ‘Het sekseverschil in attitude ten opzichte van euthanasie wordt gemedieerd door de mate van empathie van de huisarts’ kan eveneens niet worden aangenomen.

Sekse van de huisarts en sekse van de patiënt

De vierde hypothese luidde: ‘Het geslacht van de patiënt is van invloed op de relatie tussen het geslacht van de huisarts en de houding ten opzichte van euthanasie. Vrouwelijke huisartsen zullen vaker instemmen met euthanasie dan mannen en vaker bij een vrouwelijke patiënt. Er is een ANOVA gebruikt om te analyseren of vrouwelijke huisartsen anders staan ten opzichte van verzoeken om euthanasie van mannen of vrouwen dan mannelijke artsen. De interactie tussen sekse van de huisarts en sekse van de patiënt is statistisch niet significant, $F(1, 133) = .27$, $p = .61$. Hieruit blijkt dat er ook geen relatie is tussen sekse van de huisarts en sekse van de patiënt enerzijds en de attitude ten opzichte van euthanasie anderzijds. Dat betekent dat ook voor hypothese vier geldt, dat deze niet kan worden aangenomen.

Discussie

Het doel van dit onderzoek was de attitude van de huisarts ten opzichte van euthanasie in kaart te brengen. Daarbij is rekening gehouden met verschillende achtergrondvariabelen, namelijk demografische gegevens zoals sekse, leeftijd, levensbeschouwelijke overtuiging en aantal jaren werkervaring, maar ook de mate van empathie. Daarnaast is er gekeken of het geslacht van de patiënt die een verzoek om euthanasie uit, van invloed is op de attitude van de huisarts en daarmee op zijn overweging om het verzoek in te willigen. Uit de resultaten blijkt dat sekse, zowel van de huisarts als van de patiënt, en empathie niet van invloed zijn op de attitude van de huisarts ten opzichte van euthanasie. Hieronder worden de resultaten verder besproken, daarnaast zullen de beperkingen van dit onderzoek aan bod komen.

Doordat er tijdens het onderzoek verschillen waren gevonden tussen sekse van de huisarts en aantal jaren dat de huisarts werkzaam was, is werkervaring in deze studie opgenomen als factor waarvoor gecontroleerd is. Correctie voor werkervaring veroorzaakte echter ook geen significante effecten. De leeftijd van de huisarts en zijn of haar levensbeschouwelijke overtuiging waren meegenomen in dit onderzoek, maar na correctie voor deze determinanten werden er geen verschillen gevonden.

Er is in tegenstelling tot de verwachtingen geen verschil gevonden tussen sekse van de huisarts in attitude ten opzichte van euthanasie. Het zou een geruststellend gegeven kunnen zijn voor een patiënt, dat het hebben van een mannelijke of vrouwelijke huisarts geen verschil zal uit maken of deze zijn of haar verzoek om euthanasie zal inwilligen. Dit is opmerkelijk te noemen omdat, sekse wel degelijk van invloed is bij verschillen in medische communicatie (Roter & Hall, 2004, Silvonemi, Vasankari, Vahlberg, Clemens & Salminen, 2010), en verschillen in behandelen (Bertakis, Helms, Callahan, Azari & Robbins, 1995). Dit verschil is wellicht te verklaren doordat er de laatste jaren meer aandacht is besteed aan euthanasie tijdens de opleiding door middel van ethieklessen en tijdens nascholing, daarnaast zorgt reglementering (de euthanasiewet) ervoor dat er consensus is ontstaan als het gaat om hoe te handelen bij euthanasie (Marwijk, Haverkate, Royen & The, 2008). Dat er geen sekseverschil is gevonden pleit mogelijk voor de professionaliteit van de huisarts.

In tegenstelling tot de verwachtingen is er geen relatie gevonden tussen de mate van empathie en de attitude van de huisarts ten opzichte van euthanasie. Dit komt niet overeen met eerder genoemde onderzoeken en literatuur (Hojat et al., 2002, Hoffman, 1990, Leijsen, 2004). Het is opmerkelijk te noemen dat er in dit onderzoek geen relatie is gevonden. Het kan zijn dat op een zeker punt de ethiek boven de empathie uitsteekt. De vraag rijst dan, is het wel

empathisch om een patiënt hulp te bieden om dood te gaan, het gaat tegen de wens van de arts om een patiënt beter te maken in en legt een zware druk op de huisarts. Daarnaast kun je stellen dat de professionaliteit van de huisarts en het streven naar een beroepscode boven zijn empathisch vermogen uitsteekt. Vrijwel alle huisartsen gaven aan eerst meer informatie te willen, en daarmee een weloverwogen beslissing te willen maken. Dat professionalisme een rol speelt blijkt ook uit onderzoeken van Wilkinson, Wade, en Knock (2009) en Hodges et al. (2011). Wel moet er rekening gehouden worden met de sociale wenselijkheid. Er zou een verschil kunnen zijn tussen wat de huisarts aangeeft tijdens het onderzoek en wat hij daadwerkelijk uitvoert.

Ten slotte is er ook geen interactie gevonden tussen sekse van de huisarts en sekse van de patiënt en de invloed van deze relatie op de attitude van de huisarts ten opzichte van euthanasie. Dit in tegenstelling tot gevonden resultaten in eerdergenoemde literatuur, waarin er een relatie werd geconstateerd tussen de sekse van de patiënt en sekse van de huisarts (Bertakis, 2009) en sekse van de patiënt en juryleden die met een euthanasieverzoek moesten instemmen (Sjöberg & Lindhol, 2003). Wellicht dat het sekseverschil van de huisartsen met de tijd is uitgevlakt doordat er in Nederland een duidelijk euthanasiebeleid is. Het sekseverschil kan daarmee vervagen, doordat er een consensus is bereikt als het gaat om het uitvoeren van euthanasie. Ook dit duidt weer op de professionaliteit van de huisarts. Uit het bovenstaande kan worden geconcludeerd dat er geen aanwijzingen zijn dat de sekse van de patiënt een determinant is van attitude ten opzichte van euthanasie.

Dit onderzoek kent beperkingen, de betrouwbaarheid en de validiteit van de oorspronkelijke euthanasieschaal is onbekend en is niet terug te vinden in wetenschappelijke literatuur (van der Wal, 1992). Toch is ervoor gekozen deze schaal te gebruiken doordat deze duidelijke stellingen aanbood, waarmee de attitude van de huisarts ten opzichte van euthanasie in beeld gebracht zou kunnen worden. De stellingen zijn gecontroleerd en aangevuld door een ervaren huisarts, er is sprake van sterke indrukvaliditeit en ook van een zorgvuldige en ecologisch valide vragenlijst. Daarnaast is het effect van de zelfontworpen casus onbekend, binnen de tijdsspanne van het onderzoek was het niet mogelijk de casus te onderwerpen aan gedegen onderzoek. Het was noodzaak om een korte en bondige casus aan te bieden en dat is gelukt, de nodige elementen om een mening te vormen over het wel dan wel niet instemmen tot euthanasie waren er in verwerkt. Het zou voor vervolgonderzoek interessant zijn om de casus in gradaties van ernst aan te bieden om zo de factor professionaliteit van de huisarts nader te bekijken. Als laatste is het correlatieve karakter van het onderzoek een punt van aandacht, met correlaties is geprobeerd verbanden te leggen

tussen de verschillende determinanten. Dat wil echter niet altijd zeggen dat er dan een oorzakelijk verband aanwezig is.

Bovenstaande in acht genomen suggereert dit onderzoek dat sekse en empathie niet van invloed zijn op de attitude van de huisarts ten opzichte van euthanasie. Dit zou een geruststellende gedachte voor een patiënt met een euthanasiewens kunnen zijn, het geslacht van zijn of haar huisarts zal niet van invloed zijn op zijn of haar afweging om het verzoek in te willigen.

Literatuur

- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. (2011). De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde. Standpunt van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), vastgesteld door het federatiebestuur en in werking getreden op 23 juni 2011.
- Regionale toetsingscommissies euthanasie (2011). Jaarverslag 2010. Den Haag: Koninklijke De Swart.
- Aronson, E., Wilson, T.D., & Akert, R.M. (2005). *Social psychology*. New Jersey: Pearson Education.
- Baron-Cohen, S. & Weelwright, S. (2004). The Empathy Quotient: An investigation of adults with asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 163-175.
- Bensing, J. (1991). Doctor-patient communication and the quality of care. *Social Science & Medicine*, 32, 1301-1310.
- Bertakis, K.D. (2009). The influence of gender on the doctor-patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 76, 356-360.
- Bertakis, K.D., Franks, P., & Epstein, R.M. (2009). Patient-centered communication in primary care: Physician and patient gender and gender concordance. *Journal of Women's Health*, 18, 539-545.
- Bertakis, K.D., Helms, L.J., Callahan, E.J., Azari, R., & Robbins, J.A. (1995). The influence of gender on physician practice style. *Medical Care*, 33, 407-416.
- Dam, van H. (2007). *Euthanasie: De praktijk van dichtbij bekeken: interviews met artsen*. Veghel: Libra & Libris.
- Dillman, R.J.M. (2003). Euthanasie: De morele legitimatie van de arts. In J. Legemaate, & R.J.M. Dillmann (red.), *Levensbeëindigend handelen door een arts op verzoek van de patiënt*. (pp. 134-146). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Eisenberg, N., & Strayer, J. (1987). (Eds.). *Empathy and its development*. New York: Cambridge University Press.
- Goldring, A.B., Taylor, S.E., Kemeny, M.E., & Anton, P.A. (2002). Impact of health beliefs, quality of life, and the physician-patient relationship on the treatment intentions of inflammatory bowel disease patients. *Health Psychology*, 21, 219-228.
- Hodges, B.D., Ginsburg, S., Cruess, R., Cruess, S., Delpont, R., Hafferty, F., Ho, M.J., Holmboe, E., Holtman, M., Ohbu, S., Rees, C., Cate, ten O., Tsugawa, Y., Mook, van W., Wass, V., Wilkinson, T., & Wade, W. (2011). Assessment of professionalism: Recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *Medical Teacher*, 33.5, 354-363.

- Hoffman, M.L. (1990). Empathy and justice motivation. *Motivation and Emotion*, 14, 151-172.
- Hojat, M., Gonnella, J.S., Mangione, S., Nasca, T.J., Veloski, J.J., Erdmann, J.B., Callahan, C.A., & Magee, M. (2002). Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Medical Education*, 36, 522-527.
- Lawrence, E.J., Shaw, P., Baker, D., Baron-Cohen, S., & David, A.S. (2004). Measuring empathy: Reliability and validity of the empathy quotient. *Psychological Medicine*, 34, 911-924.
- Leijssen, M. (2004). Empathie als instrument voor effectieve geneeskunde. In M. Leijssen, & N. Stinckens, *Wijsheid in gesprekstherapie*, 313-332. Leuven: Universitaire Pers Leuven.
- Lennon, R. & Eisenberg, N. (1987). Gender and age differences in empathy and sympathy. In N. Eisenberg, & J. Strayer, (Eds.), *Empathy and its development*. (pp. 195-217). New York: Cambridge University Press.
- Macaskill, A., Maltby, J., & Day, L. (2002). Forgiveness of self and others and emotional empathy. *The Journal of Social Psychology*, 142, 663-665.
- Marwijk, van H., Haverkate, I., Royen, P., & The, A.M. (2008). De impact van euthanasie op Nederlandse huisartsen. *Huisarts & Wetenschap*, 12, 588-592.
- McCormack, R., Clifford, M., & Conroy, M. (2011). Attitudes of UK doctors towards euthanasia and physician-assisted suicide: A systematic literature review. *Palliative Medicine*, 26, 23-33.
- Peck, B.M., & Conner, S. (2011). Talking with me or talking at me? The impact of status characteristics on doctor-patient interaction. *Sociological Perspectives*, 54, 547-567.
- Pilnick, A., & Dingwall, R. (2011). On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: A critical review. *Social Science & Medicine*, 72, 1374-1382.
- Roter, D.L., & Hall, J.A. (2004). Physician gender and patient-centered communication: A critical review of empirical research. *Annual Review of Public Health*, 25, 497-519.
- Rueckert, L., Branch, B., & Doan, T. (2011). Are gender differences in empathy due to differences in emotional reactivity? *Psychology*, 2, 574-578.
- Silvoniemi, M., Vasankari, T., Vahlberg, T., Clemens, K.E., & Salminen, E. (2010). Physician's attitudes towards euthanasia in Finland: would training in palliative care make a difference? *Palliative Medicine*, 24, 744-746.
- Sjöberg, R.L., & Lindhol, T. (2003). Gender biases in decisions on euthanasia among Swedish jurors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 469-471.

- Spreeuwenberg, C. (2003). De weigerende arts. In Legemaate, J., & Dillmann, R.J.M. (red.), *Levensbeëindigend handelen door een arts op verzoek van de patiënt*. (pp. 134-146). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Spreng, R.N., McKinnen, M.C., Mar, R.A., & Levine, B. (2009). The Toronto Empathy Questionnaire: Scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures. *Journal of Personality Assessment*, *91*, 62-71.
- Stewart, M.A., McWhinney, I.R., & Buck, C.W. (1979). The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, *29*, 77-82.
- Toussaint, L., & Webb, J.R. (2005). Gender differences in the relationship between empathy and forgiveness. *The Journal of Social Psychology*, *145*, 673-685.
- Vink, T. (2011). Euthanasie en zelfeuthanasie: open normen en zelfbeschikking. *Filosofie en Praktijk*, *32*, 19-35.
- Wal, van der G. (1992). *Euthanasie en hulp bij zelfdoding door huisartsen*. Rotterdam: Gerrit van der Wal en WYT Uitgeefgroep.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. www.bigregister.nl, geraadpleegd op 14-04-2012.

Bijlagen

1. Informatiebrief

Mei 2012

Betreft Onderzoek naar de attitudes van huisartsen ten opzichte van euthanasie.

Geachte huisarts,

Mijn naam is Sara Hoff. Dit onderzoek vindt plaats in het kader van de masteropleiding Psychologie aan de Universiteit Utrecht, onder begeleiding van dr. H. Schut, UHD aan de afdeling Klinische en Gezondheidspsychologie.

Ik wil u vragen of u bereid bent deel te nemen aan het onderzoek naar de attitudes van huisartsen ten opzichte van euthanasie.

Uw gegevens worden volstrekt vertrouwelijk en anoniem behandeld en worden nooit aan derden verstrekt.

U zult enkele minuten nodig hebben om deze vragenlijst in te vullen.

De vragenlijst bestaat uit vier delen.

In deel één komen vragen aan de orde omtrent uw achtergrond en socio-demografische gegevens.

Deel twee betreft stellingen over de houding ten opzichte van euthanasie.

Deel drie betreft een aantal stellingen omtrent de houding ten opzichte van anderen. Dit wordt meer in detail uitgelegd wanneer u bij de vragen aankomt.

Deel vier betreft een casus, waarna u kunt aangeven in hoeverre u bij de desbetreffende patiënt bereid bent het euthanasieverzoek in te willigen.

Indien u op de hoogte gehouden wil worden wat betreft de resultaten het onderzoek dan kunt u uw e-mailadres achterlaten aan het einde van het onderzoek.

Ik stel uw medewerking aan dit onderzoek erg op prijs.

Met vriendelijke groet,

Sara Hoff

artseneuthanasie@gmail.com



2. Instemmingsformulier

1. Ik verklaar volledig geïnformeerd te zijn over de doelstelling van het onderzoek.
2. Mijn gegevens en antwoorden worden vertrouwelijk en anoniem verwerkt.

Ik ga hiermee akkoord:

- Akkoord
- Niet Akkoord

3. Vragenlijst

Deel 1.

1. Wat is uw geslacht?
 - vrouw
 - man
2. Wat is uw leeftijd?
... jaar
3. Wat is uw burgerlijke staat
 - Alleenstaand of samenwonend
 - Getrouwd
 - Gescheiden
 - Weduwe / Weduwnaar
4. Wat is uw levensbeschouwelijke overtuiging?
 - Christendom
 - Islam
 - Boeddhisme
 - Hindoeïsme
 - Jodendom
 - Geen
 - Anders, namelijk ...
5. Hoe lang bent u werkzaam als huisarts?
... jaar

Bij vraag 6 t/m 9 gaat het om uw volledige werkzame periode.

6. Hoe vaak is u, bij benadering, een uitdrukkelijk verzoek gedaan om euthanasie? ...
7. Hoe vaak is u, bij benadering, een uitdrukkelijk verzoek gedaan om hulp bij zelfdoding? ...
8. Hoe vaak heeft u zelf euthanasie toegepast? ...
9. Hoe vaak heeft u zelf hulp verleend bij zelfdoding? ...
10. Wat waren voor u veelal doorslaggevende redenen om in te stemmen met het verzoek?
11. Wat waren voor u veelal doorslaggevende redenen om niet in te stemmen met het verzoek?

**Deel 2.**

De volgende uitspraken hebben betrekking op euthanasie en hulp bij zelfdoding. Wilt u van iedere uitspraak aangeven in hoeverre u het daarmee eens of oneens bent?

| 1 Helemaal mee oneens | 2 Meer oneens dan eens | 3 Noch eens noch oneens | 4 Meer eens dan oneens | 5 Helemaal mee eens |
|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------|

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Niemand heeft het recht om zelf te beslissen over eigen dood. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Het ligt niet op de weg van de arts om euthanasie of hulp bij zelfdoding als mogelijkheid ter sprake te brengen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. De strafbaarheid van hulp bij zelfdoding door een arts, aan mensen bij wie geen sprake is van ernstig lichamelijk lijden, dient opgeheven te worden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Adequate palliatie maakt euthanasie overbodig. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Een arts die hulp bij zelfdoding verleent moet, indien dit niet tot de dood leidt, bereid zijn om euthanasie toe te passen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Een arts mag nooit een verzoek om euthanasie honoreren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Euthanasie is een zaak tussen patiënt en behandelend arts. De mening van familie is belangrijk, maar speelt bij de beslissing uiteindelijk geen rol. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Een arts heeft de morele plicht de argumenten van een patiënt met een doodswens zeer zorgvuldig en serieus te wegen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Een arts die een verzoek om euthanasie weigert heeft de morele plicht door te verwijzen naar een collega als de patiënt in zijn/haar wens volhardt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Deel 3.

De volgende stellingen hebben betrekking op houdingen ten opzichte van anderen. Wilt u ze goed doorlezen en van iedere stelling aangeven in welke mate u het er mee eens of oneens bent.

| | | | | |
|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| 1 Helemaal mee oneens | 2 Meer oneens dan eens | 3 Noch eens noch oneens | 4 Meer eens dan oneens | 5 Helemaal mee eens |
|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------|

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ik hou ervan om voor andere mensen te zorgen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Vriendschappen en relaties zijn te ingewikkeld, dus over het algemeen hou ik me daar niet mee bezig. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ik zal nooit een wet overtreden, hoe klein de overtreding ook is. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tijdens een gesprek heb ik de neiging om me op mijn eigen gedachten te concentreren in plaats van op hetgeen waar mijn gesprekspartner het over heeft. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ik heb het snel door als iemand het ene zegt maar het andere bedoelt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ik heb de neiging om een sterke mening te hebben over moraliteit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ik vind het gemakkelijk om me in de situatie van een ander te verplaatsen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ik kan goed invoelen wat er in de ander omgaat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Als ik iemand zie huilen dan raakt me dat niet echt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Andere mensen zeggen me dat ik hen goed begrijp. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ik kan beslissingen nemen zonder dat ik daarbij beïnvloed wordt door de gevoelens van anderen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ik kan me snel en intuïtief inleven in een ander. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ik kan er makkelijk achterkomen waar een ander graag over wil praten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ik kan het zien als iemand zijn of haar ware emoties verbergt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. Voordat ik een beslissing neem, weeg ik altijd de voor- en nadelen af.
16. Ik kan over het algemeen de mening van een ander waarderen, zelfs al ben ik het er niet mee eens.
17. De tegenslagen van anderen doen mij niet veel.
18. Ik hou ervan om anderen een goed gevoel te geven.
19. Ik vind dat ik de stemming van anderen goed oppik.
20. Ik heb sterk de aandrang om te helpen als ik iemand in nood zie.

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Deel 4.

Hier volgt nu een casus, wilt u na het doornemen ervan aangeven in hoeverre u bij de desbetreffende patiënt bereid bent het verzoek om euthanasie in te willen willigen?

Casus

- Man, 53 jaar, gehuwd, geen kinderen, onderwijzer
- Primair carcinoom met uitzaaiingen, geopereerd
- Na 1 jaar dreigende dwarslaesie, met na neurochirurgisch ingrijpen, een goed herstel. Metastase niet in toto verwijderd.
- Sinds twee weken in toenemende mate krachtsverlies en onzeker lopen. Mobiliteit fors afgenomen.

Meneer vraagt euthanasie op *korte* termijn. Hij wou altijd de regie hebben in zijn leven, en neemt een weloverwogen beslissing. Hij ziet niets in verdere behandeling. Zijn grens is bereikt, de rek is eruit. Hij wil niet verder aftakelen en wil niet afhankelijk zijn van zijn partner, want “dat kan zij niet aan”.

Het standpunt van zijn echtgenote blijft onduidelijk, zij schiet vol wanneer euthanasie ter sprake komt.

1. Kunt u aangeven in hoeverre u bij deze patiënt bereid bent om euthanasie toe te passen?

- geheel niet bereid
- niet bereid
- noch niet bereid, noch bereid
- bereid
- geheel bereid

1. Indien u wel bereid bent om euthanasie toe te passen, zou u dan in het kort kunnen aangeven waarom dat het geval is?



Indien u niet bereid bent om euthanasie toe te passen, zou u dan in het kort kunnen aangeven waarom dat niet het geval is?

Ik wil u bedanken voor het deelnemen aan mijn onderzoek.

Indien u op de hoogte gehouden wil worden wat betreft de resultaten het onderzoek dan kunt u uw e-mailadres hier achterlaten.

Met vriendelijke groet,

Sara Hoff