

Samenvatting

INTRODUCTIE

Ieder mens hoopt in zijn laatste levensfase een goede kwaliteit van leven te hebben, evenals een goede kwaliteit van sterven. De betekenis van een goede kwaliteit van leven en sterven is persoonlijk bepaald, maar bestaat over het algemeen uit lichamelijk, psychologisch, existentieel en sociaal welbevinden. Naast de hoop op een goede kwaliteit van leven en sterven, hebben ook persoonlijke angsten en verwachtingen invloed op de voorkeuren die mensen hebben wat betreft zorg in de laatste levensfase. Deze voorkeuren lopen sterk uiteen. Sommige patiënten wensen in de laatste levensfase zware behandelingen te ondergaan die mogelijk levensverlengend zijn, terwijl anderen van deze behandelingen afzien. Sommige patiënten wensen de dood te bespoedigen door euthanasie, hulp bij zelfdoding, of door te stoppen met eten en drinken. Voor artsen kan het lastig zijn passende zorg te bieden aan al deze patiënten.

Naast de persoonlijke voorkeuren van de patiënt, spelen ook de ideeën van de arts over een goede laatste levensfase en een goede dood een rol in de zorg die zij leveren. Tevens beïnvloeden de normen en waarden van de arts diens besluitvorming. In sommige gevallen botsen de ideeën en normen van een arts met de voorkeuren van de patiënt, en wordt de arts geconfronteerd met morele dilemma's. Dit lijkt vooral voor te komen wanneer over mogelijk levensverlengende behandeling wordt besloten, en wanneer de patiënt de dood wil bespoedigen.

In de laatste levensfase worden regelmatig beslissingen gemaakt over het starten, doorgaan of stoppen met mogelijk levensverlengende behandelingen. Hoewel euthanasie in Nederland erg bekend is, betreft dit slechts een klein deel van alle overlijdens. Circa 4,6% van de sterfgevallen in Nederland wordt voorafgegaan door euthanasie en 0,5% door het bewust stoppen met eten en drinken, terwijl bij 37% wordt besloten af te zien van mogelijk levensverlengende behandeling. (1-4) Er wordt geschat dat er bij ongeveer één op de drie patiënten in de westerse wereld sprake is van overbehandeling aan het levenseinde.(5)

In dit proefschrift worden patiënten beschreven die voorkeuren hebben die de dood kunnen uitstellen dan wel bespoedigen. Vervolgens wordt beschreven hoe artsen omgaan met voorkeuren om de dood te bespoedigen in verschillende situaties.

ONDERZOEKSDOELEN

De hoofddoelen van dit proefschrift zijn:

- Achterhalen wat passende zorg in de laatste levensfase inhoudt, en wat de rol van potentieel levensverlengende behandelingen hierin is.
- Onderzoeken welke rol artsen willen en kunnen spelen wanneer patiënten een wens hebben tot bespoediging van het levenseinde, door euthanasie of hulp bij zelfdoding (in dit hoofdstuk beiden aangeduid met euthanasie) of door bewust te stoppen met eten en drinken.

In dit proefschrift worden resultaten uit drie verschillende onderzoeksprojecten besproken. Het eerste project (hoofdstuk 2 en 3) betreft een exploratieve studie naar passende zorg in de laatste levensfase onder patiënten, naasten, artsen en verpleegkundigen. Het tweede project is onderdeel van een cohortonderzoek waaraan ouderen met en zonder een euthanasieverklaring deelnamen (hoofdstuk 4). Het grootste deel van dit proefschrift (hoofdstuk 5 t/m 8) is gebaseerd op een vragenlijstonderzoek onder Nederlandse artsen met als onderwerp bespoediging van het levenseinde.

DEEL 1: PASSENDE ZORG IN DE LAATSTE LEVENSFASE

In **hoofdstuk 2 en 3** worden de resultaten van de studie naar passende zorg in de laatste levensfase uiteengezet. In deze studie werd gebruik gemaakt van een vrijelijk toegankelijke internetvragenlijst, waarin mensen hun ervaringen met zorg in de laatste levensfase konden delen. Dit konden zowel patiënten, naasten of nabestaanden, artsen en verpleegkundigen of verzorgenden zijn. In de vragenlijst beschreven deelnemers de verleende zorg, en beschreven zij waarom zij dit als passend of als niet-passend hadden ervaren.

Vijfenveertig patiënten en 547 naasten beschreven 738 casussen. Dit betrof 429 casussen van passende zorg en 309 casussen van niet-passende zorg. Op basis van de casussen werden vijf dimensies van passende zorg geïdentificeerd. Deze dimensies worden beschreven in **hoofdstuk 2**:

- 1) Ondersteunende zorg (62% van de casussen van passende zorg): passende ondersteunende zorg betrof de aanwezigheid van een betrokken zorgverlener, lichamelijke verzorging, zorg voor naasten, psychosociale zorg, continuïteit van zorg en sociale steun.

- 2) Behandelbeslissingen (53% van de casussen van passende zorg): passende behandelbeslissingen konden zowel het geven van mogelijk levensverlengende behandelingen zijn als het afzien hiervan, het kon symptoombehandeling, en het bespoedigen van het levenseinde betreffen.
- 3) Locatie (47% van de casussen van passende zorg): in de meeste gevallen betrof dit de thuissituatie, in mindere mate werd het verblijf in een verpleeg- of verzorgingshuis, een hospice of ziekenhuis als passend beschreven.
- 4) Autonomie (41% van de casussen van passende zorg): Zorg was vaak passend omdat het in lijn was met de wens van de patiënt, of omdat de patiënt regie kon voeren.
- 5) Communicatie (39% van de casussen van passende zorg): Passende arts-patiënt communicatie betrof anticiperende en gezamenlijke besluitvorming, en een arts die de juiste houding heeft, luistert en informeert.

De deelnemers beschreven zorg meestal als niet-passend omdat er niet-passende behandelbeslissingen werden genomen (69%, vooral het geven van potentieel levensverlengende behandelingen was vaak niet-passend; 35%), de ondersteunende zorg ontoereikend was (54%), of de communicatie niet-passend was (50%).

Hoofdstuk 2 laat zien dat passende zorg een erg breed begrip is, en tegelijkertijd voor elke patiënt iets anders betekent. Wij vonden echter weinig verschil tussen patiënten met kanker, andere lichamelijke aandoeningen, ouderdom en dementie. Zorg verlenen aan een patiënt in de laatste levensfase vraagt om een brede blik en een persoonlijke benadering.

De meest voorkomende vorm van niet-passende zorg was overbehandeling. Echter, het starten of doorgaan met potentieel levensverlengende behandeling werd in sommige gevallen als passend gezien. In **hoofdstuk 3** wordt beschreven waarom behandeling of het afzien hiervan achteraf als passend of niet-passend werd gezien. Hiervoor werden 363 casussen waarin potentieel levensverlengende behandeling werd gegeven geanalyseerd, 53 passend en 310 niet-passend. Ook werden 303 casussen geanalyseerd waarin werd afgezien van deze behandeling, in 271 gevallen passend en 32 niet-passend. Deelnemers waren 222 naasten of nabestaanden van patiënten, 164 verpleegkundigen en verzorgenden, 147 artsen en 23 patiënten. Zij beschreven in de vragenlijst de gevolgen van het wel of niet behandelen. De gevolgen konden worden ingedeeld in vijf groepen: lichamelijke gevolgen, mentale gevolgen, existentiële gevolgen, sociale gevolgen en verlenging of verkorting van het leven.

Wanneer potentieel levensverlengende behandeling als passend werd ervaren, gaf het bijvoorbeeld levensverlenging, symptoomreductie (lichamelijk gevolg), een ge-

voel van controle over de situatie (mentaal gevolg), droeg het bij aan een langzaam toegroeien naar acceptatie van het naderend sterven (existentieel gevolg), en/of kon de patiënt meer tijd met zijn familie doorbrengen (sociaal gevolg). Behandeling werd vaker als niet-passend werd ervaren. Niet-passende behandeling kostte bijvoorbeeld te veel energie (lichamelijk gevolg), gaf onrust (mentaal gevolg), maakte dat de patiënt zich niet bewust was van het naderend sterven (existentieel gevolg), of tijd in het ziekenhuis moest doorbrengen in plaats van thuis (sociaal gevolg).

Lichamelijk, mentaal, existentieel en sociaal welbevinden bepalen de kwaliteit van leven in de laatste levensfase.(6-8) Daarom is het belangrijk mogelijke gevolgen van wel of niet behandelen op al deze vlakken te bespreken ten tijde van de besluitvorming. Uit onderzoek blijkt echter dat behandelgesprekken zich vooral beperken tot het bespreken van verwachte levensverlenging en lichamelijke gevolgen van behandeling.(9-11) Mogelijk geeft dit een hoger risico op niet-passende behandeling.

DEEL 2: PATIËNTEN MET EEN WENS TOT BESPOEDIGING VAN HET LEVENSEINDE, EN DE ROL VAN ARTSEN HIERBIJ

Het tweede deel van dit proefschrift beschrijft patiënten die een voorkeur voor of een wens tot bespoediging van het levenseinde hebben, en de ideeën van artsen over het bieden van hulp hierbij. **Hoofdstuk 4** onderzoekt wat er gebeurt nadat ouderen een euthanasieverklaring opstellen. Hiertoe werden overleden deelnemers van twee cohortonderzoeken geïnccludeerd, het Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) en het wilsverklaringen cohortonderzoek (ADC). De cohortleden hadden op een eerder moment aangegeven een euthanasieverklaring te bezitten. Na hun dood werden de nabestaanden gevraagd om enkele vragen over de laatste drie levensmaanden te beantwoorden. Van de 142 ouderen met een euthanasieverklaring had 87% drie maanden voor het overlijden nog een voorkeur voor euthanasie in bepaalde situaties, 75% drie dagen voor het overlijden. Uiteindelijk deed 47% een euthanasieverzoek, bij 16% werd dit verzoek ingewilligd. Van de ouderen zonder euthanasieverklaring (n=180) had 21% drie maanden voor het overlijden een voorkeur voor euthanasie in bepaalde situaties en deed 6% een verzoek tot euthanasie.

Hoofdstuk 4 laat zien dat een euthanasiewens redelijk stabiel blijft in de laatste jaren en maanden voor het overlijden, en regelmatig leidt tot een euthanasieverzoek. Echter, niet alle ouderen met een euthanasiewens verzoeken om euthanasie, ook niet wanneer zij in de situatie geraken die zij eerder beschreven in de euthanasieverk-

laring. Mogelijk moet een euthanasieverklaring gezien worden als een uiting van zorgen over de toekomst en een poging controle te behouden. Artsen kunnen hierop inspelen door de zorgen van de patiënt te bespreken en de patiënt te informeren over levenseindezorg.

Hoofdstuk 5 t/m 8 zijn onderdeel van de evaluatiestudie van de euthanasiewet, uitgevoerd in 2011-2012. Aan deze vragenlijststudie deden 1628 artsen mee. De vragenlijst bevatte vragen over hun houding ten opzichte van en ervaringen met levensbeëindiging en stoppen met eten en drinken.

Hoofdstuk 5 betreft een methodologische studie, waarin de respons op een vragenlijst van vier pagina's werd vergeleken met de respons op een vragenlijst van acht pagina's (n=933). Er was geen verschil in respons. Het sturen van een twee-paginatellende vragenlijst aan nonresponders na drie maanden gaf een verbetering van de respons van 53% naar 64%.

Hoofdstuk 6 beschrijft de resultaten van een nationale steekproef van 708 huisartsen, 287 specialisten ouderengeneeskunde en 461 medisch specialisten naar denkbaarheid van het uitvoeren van euthanasie. De meeste artsen hadden wel eens een verzoek tot euthanasie gehad (77%) en euthanasie uitgevoerd (60%). De overgrote meerderheid (86%) vond het denkbaar om euthanasie uit te voeren. De denkbaarheid was vooral hoog in geval van kanker of een andere ernstige lichamelijke aandoening (85% en 82%). Het was voor een minderheid van de artsen denkbaar om euthanasie uit te voeren in geval van een psychiatrische aandoening (34%), beginnende dementie (40%), gevorderde dementie (33%) en lijden aan het leven met een medische grondslag voor het lijden (27%). In al deze gevallen zou euthanasie binnen de euthanasiewet kunnen vallen. Kennelijk zijn veel artsen terughoudender dan de euthanasiewet voorschrijft. Echter, 18% van de artsen gaf aan dat euthanasie denkbaar was in geval van lijden aan het leven zonder een medische grondslag voor het lijden, terwijl dit niet binnen de euthanasiewet valt.

De kans dat de eigen arts van een patiënt met een psychiatrische aandoening, dementie of lijden aan het leven een euthanasieverzoek zou inwilligen, lijkt klein. De terughoudendheid van artsen in deze gevallen kan te maken hebben met de aard van het lijden in deze gevallen. Artsen vinden psychosociaal lijden mogelijk minder invoelbaar dan lichamelijk lijden.⁽¹²⁾ Bij psychiatrisch lijden kunnen artsen het daarnaast onmogelijk vinden om te beoordelen of het lijden uitzichtloos is, of er behandelmogelijkheden zijn en of het verzoek weloverwogen is.⁽¹³⁾ In geval van gevorderde dementie kan de patiënt niet langer aan de arts duidelijk maken of het

lijden ondraaglijk is, en de arts kan de verantwoordelijkheid voor de euthanasie niet delen met de patiënt. Ten slotte kunnen artsen terughoudend zijn euthanasie in deze gevallen uit te voeren omdat hierover nog weinig tot geen casussen bekend zijn.

Hoofdstuk 7 laat zien dat de meeste kinderartsen het denkbaar vinden om levensbeëindigend te handelen bij minderjarigen. Aan een nationale steekproef deden 172 kinderartsen mee (respons 62%); 81% vond het denkbaar om levensbeëindigend te handelen bij kinderen van 1 tot en met 17 jaar. Hoewel het erg zeldzaam is, had 26% van de kinderartsen wel eens een verzoek tot levensbeëindiging gehad (meestal afkomstig van de ouders van de patiënt) en 16% had het uitgevoerd. De denkbaarheid was vergelijkbaar voor kinderen boven en onder 12 jaar. Daarnaast was het voor de meeste kinderartsen denkbaar om levensbeëindigend te handelen op verzoek van de ouders van een patiënt (71%). De euthanasiewet is niet van toepassing op kinderen onder 12 jaar of op kinderen wiens ouders een verzoek om levensbeëindiging in naam van het kind doen.

De kwantitatieve data werden aangevuld met kwalitatieve interviews met acht kinderartsen. Zij gaven aan dat hun beslissing over levensbeëindiging in een individueel geval niet afhankelijk zou zijn van of de casus binnen de euthanasiewet valt. Zij zouden in alle gevallen terughoudend zijn, maar wel levensbeëindigend handelen wanneer zij het noodzakelijk achten. Hierbij speelden de medisch-ethische principes van weldoen en rechtvaardigheid een belangrijke rol. Levensbeëindigend handelen werd gezien als weldoen wanneer ondraaglijk lijden niet op een andere manier kan worden weggenomen. De kinderartsen vonden het onrechtvaardig wanneer kinderen van deze mogelijkheid werden uitgesloten omdat ze jonger dan 12 zijn of niet wilsbekwaam zijn. Het medisch-ethische principe van autonomie speelde ook een rol, zowel van de patiënt als de ouders. Voordat zij levensbeëindigend zouden handelen, wilden kinderartsen overtuigd zijn dat dit de wens van het kind is, en dat ouders erachter staan. Wanneer ouders van een wilsbekwaam kind verzoeken om levensbeëindiging, zouden de kinderartsen het kind zoveel mogelijk betrekken bij de besluitvorming.

De laatste studie in dit proefschrift gaat over patiënten die bewust stoppen met eten en drinken. In tegenstelling tot euthanasie, is dit een relatief onbekende manier om de dood te bespoedigen. Toch had in een steekproef onder huisartsen 46% ervaring hiermee (n=708, respons 72%). **Hoofdstuk 8** beschrijft 99 patiënten die bewust gestopt waren met eten en drinken, gezien vanuit het perspectief van hun huisartsen. The meeste patiënten waren 80 jaar of ouder (70%), hadden een ernstige ziekte (76%, 27% had kanker), een korte levensverwachting (74% minder dan een jaar) en waren

ADL-afhankelijk (77%). Een minderheid had een verzoek om euthanasie gedaan (19%). Het lijkt dat mensen die stoppen met eten en drinken met het doel te sterven, deze methode verkiezen boven euthanasie. In vergelijking met mensen die een euthanasieverzoek doen, waren zij jonger en hadden zij minder vaak kanker.

In de meeste gevallen werden de huisartsen betrokken bij de zorg voor de patiënt die gestopt was met eten en drinken (62%), soms pasten zij palliatieve sedatie toe (28%). Een minderheid van de huisartsen beschreef dat de patiënt klachten had in de laatste drie dagen voor het overlijden. Meestal leek het te gaan volgens de wens van de patiënt. Dit is in lijn met andere studies waarin stoppen met eten en drinken wordt beschreven als een relatief comfortabele manier om de dood te bespoedigen. (14, 15) Wel is palliatieve zorg vaak nodig om de patiënt comfortabel te houden.(16)

DISCUSSIE

Omdat zorg in de laatste levensfase grote positieve en negatieve invloed kan hebben op de kwaliteit van leven en dood, is het erg belangrijk dat de zorg in deze levensfase passend is. Passende zorg in deze levensfase is geïndividualiseerd en holistisch, in lijn met de uiteenlopende behoeftes en voorkeuren van patiënten. Passende zorg betreft zowel behandelbeslissingen als aspecten gerelateerd aan ondersteunende zorg, locatie, autonomie en communicatie. Voor artsen kan het lastig zijn tijdig in te schatten welke zorg passend is. Sommige patiënten zien bespoediging van het levenseinde als passend en vragen hun arts om hulp, waarna hun arts voor een lastige beslissing kan komen te staan.

Uit de studies in dit proefschrift kwamen drie perspectieven naar voren welke een rol spelen bij zorg in de laatste levensfase. Het perspectief van de patiënt en diens naasten en het perspectief van de artsen worden beïnvloed door de manier waarop de samenleving omgaat met ziekte en dood. Het heersende idee is dat ziekte moet worden behandeld en zodat je kunt genezen. Wanneer je geen behandeling ondergaat, geef je op. Daarnaast wordt in de westerse samenleving veel waarde gehecht aan het behouden van controle, en aan het wegnemen van lijden. Helaas gaat het levenseinde juist vaak gepaard met verlies van regie en met lijden. Soms wordt euthanasie gezien als een passende manier om regie te behouden en lijden weg te nemen.

Patiënten en naasten vinden het belangrijk dat het lijden aan het levenseinde zoveel mogelijk beperkt wordt, zowel lichamelijk als mentaal, sociaal en existentieel. Op deze manier kan iemand het leven goed afsluiten. Vaak hebben mensen zorgen en angsten met betrekking tot het levenseinde, zoals angst voor het verliezen van autonomie, angst voor lichamelijk lijden en angst voor de dood. Deze zorgen en angsten kunnen ook de besluitvorming beïnvloeden.

Artsen kunnen soms voor dilemma's komen te staan bij de zorg in de laatste levensfase. Vaak hangen deze dilemma's samen met vier medisch-ethische principes: weldoen, niet schaden, autonomie en rechtvaardigheid. Het principe van weldoen uit zich in het willen wegnemen van lijden. In sommige gevallen zien artsen geen andere mogelijkheid om lijden weg te nemen dan door het leven van de patiënt te beëindigen. Potentieel levensverlengende behandelingen worden aangeboden vanuit het principe van weldoen, maar kunnen ook patiënten schaden. Soms heeft een patiënt de voorkeur een zware behandeling te ondergaan met geringe kans op levensverlenging, en moet de arts een afweging maken tussen het respecteren van de autonomie van de patiënt en het principe van niet-schaden. Autonomie speelt een grote rol voor mensen die de dood willen bespoedigen. Echter, ook de autonomie van de arts speelt een rol en hierdoor kan een conflict ontstaan tussen de autonomie van de patiënt en de arts. Omdat het uitvoeren van euthanasie een grote emotionele belasting kan zijn, is het belangrijk dat artsen zich vrij voelen om euthanasie te kunnen weigeren. Echter, wanneer artsen een verzoek weigeren, kan dit gezien worden als onrechtvaardig. Vooral patiënten die niet lichamelijk maar geestelijk lijden hebben minder toegang tot euthanasie.

AANBEVELINGEN

Op basis van dit proefschrift kunnen enkele aanbevelingen worden gedaan. Artsen kunnen zorg in de laatste levensfase meer passend maken door een open blik te hebben; zij zouden zowel oog moeten hebben voor de uiteenlopende zorgbehoeften van patiënten als voor de gevolgen van behandeling op lichamelijk en psychosociaal vlak. Door gezamenlijke besluitvorming toe te passen, waarbij behandelopties en de mogelijke gevolgen hiervan worden besproken, kan de arts samen met de patiënt voor de meest passende behandeling kiezen.

Artsen zijn vrij om verzoeken tot euthanasie te weigeren. Echter, veel artsen voelen zich onder druk gezet om een euthanasieverzoek in te willigen. Dit is ongewenst,

omdat het de besluitvorming van de arts verstoort en kan leiden tot het overschrijden van persoonlijke grenzen. Soms besluiten patiënten om zelf de dood bespoedigen door te stoppen met eten en drinken. Om dit proces comfortabel te laten verlopen, is betrokkenheid van een arts erg gewenst.

Ten slotte kunnen enkele algemene adviezen gegeven worden. Alle levens komen tot een eind. In de meeste gevallen gaat er aan de dood een periode vooraf van lichamelijke achteruitgang, waarin we afhankelijk worden van zorg. Het is goed om dit tijdig te beseffen, alvast na te denken over voorkeuren betreffende de zorg in de laatste levensfase en dit te bespreken met onze naasten en arts. Deze voorbereiding kan de zorg in de laatste levensfase passender maken, en daarmee de kwaliteit van leven en dood verbeteren. Tegelijkertijd is het goed om te beseffen dat we niet voor alle problemen die ontstaan aan het levenseinde een oplossing kunnen vinden in de geneeskunde. Het is aan artsen, patiëntenorganisaties, medische organisaties, beleidsmakers en onderzoekers om manieren te vinden om mensen te voorzien van realistische informatie en te activeren tot en te ondersteunen bij advance care planning.

BRONNEN

1. Onwuteaka-Philipsen BD, Legemaate J, van der Heide A, van Delden JJM, Evenblij K, El Hammoud I, et al. Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. ZonMw. The Hague, 2017.
2. Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Jaarverslagen 2002-2015.
3. Bekelman JE, Halpern SD, Blankart CR, Bynum JP, Cohen J, Fowler R, et al. Comparison of Site of Death, Health Care Utilization, and Hospital Expenditures for Patients Dying With Cancer in 7 Developed Countries. *JAMA*. 2016;315(3):272-83.
4. Martins PS, Pasman HR, van der Heide A, van Delden JJ, Onwuteaka-Philipsen BD. Old age and forgoing treatment: a nationwide mortality follow-back study in the Netherlands. *J Med Ethics*. 2015;41(9):766-70.
5. Cardona-Morrell M, Kim J, Turner RM, Anstey M, Mitchell IA, Hillman K, et al. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. *Int J Qual Health Care*. 2016;133 Suppl 1:S16-S23.
6. Hales S, Zimmermann C, Rodin G. The quality of dying and death. *Arch Intern Med*. 2008;168(9):912-8.
7. Steinhäuser KE, Clipp EC, McNeilly M, Christakis NA, McIntyre LM, Tulskey JA. In search of a good death: observations of patients, families, and providers. *Ann Intern Med*. 2000;132(10):825-32.
8. Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end-of-life care: patients' perspectives. *JAMA*. 1999;281(2):163-8.
9. Fine E, Reid MC, Shengelia R, Adelman RD. Directly observed patient-physician discussions in palliative and end-of-life care: a systematic review of the literature. *J Palliat Med*. 2010;13(5):595-603.
10. Brom L, De Snoo-Trimp JC, Onwuteaka-Philipsen BD, Widdershoven GA, Stiggelbout AM, Pasman HR. Challenges in shared decision making in advanced cancer care: a qualitative longitudinal observational and interview study. *Health Expect*. 2015.
11. Detmar SB, Muller MJ, Wever LD, Schornagel JH, Aaronson NK. The patient-physician relationship. Patient-physician communication during outpatient palliative treatment visits: an observational study. *JAMA*. 2001;285(10):1351-7.
12. van Tol D, Rietjens J, van der Heide A. Judgment of unbearable suffering and willingness to grant a euthanasia request by Dutch general practitioners. *Health Policy*. 2010;97(2-3):166-72.
13. Groenewoud JH, van der Maas PJ, van der Wal G, Hengeveld MW, Tholen AJ, Schudel WJ, et al. Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands. *N Engl J Med*. 1997;336(25):1795-801.
14. Ganzini L, Goy ER, Miller LL, Harvath TA, Jackson A, Delorit MA. Nurses' experiences with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death. *N Engl J Med*. 2003;349(4):359-65.
15. Schwarz J. Exploring the option of voluntarily stopping eating and drinking within the context of a suffering patient's request for a hastened death. *J Palliat Med*. 2007;10(6):1288-97.
16. KNMG en V&VN. Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken om het leven-seinde te bespoedigen. KNMG en V&VN handreiking. Utrecht, 2014.