

# Storm in euthanasieland

Boudewijn Chabot

*psychiater voor ouderen; was lid van de KNMG-commissie die de Handreiking schreef over bewust afzien van eten en drinken*

---

## Samenvatting

De publieke discussie over de goede dood komt voort uit de universele wens om goed of waardig te sterven. Steeds meer groepen patiënten maken aanspraak op een goede dood door euthanasie. De KNMG stelt dat er binnen de euthanasiewet meer ruimte is dan artsen denken, ook bij voltooid-leven-problematiek. Dat legt op artsen een grote druk om tegemoet te komen aan de uitdijende verlangens in de samenleving naar euthanasie.

Daarom is het van belang te weten dat ouderen met hulp van hun naasten eenvoudig via internet aan dodelijke medicatie kunnen komen. De rechtszaak tegen Albert Heringa illustreert dat sterven in eigen regie via deze 'medicijnmethode' plaats kan vinden.

De KNMG stelt dat artsen met de patiënt mogen spreken over een goede dood in regie van patiënt zelf. In gesprek met hun dierbaren kunnen patiënten kiezen voor bewust versterven met palliatieve zorg of voor overlijden met zelf verzamelde medicijnen.

---

Het aantal euthanasiemeldingen bij de Regionale Toetsingscommissies euthanasie (RTE) is in vijf jaar tijd bijna verdubbeld van 2600 in 2009 naar ruim 4800 in 2013. In dezelfde periode nam euthanasie bij dementerende en bij psychiatrische patiënten spronggewijs toe.<sup>1</sup> Het burgerinitiatief *Uit Vrije Wil* (Uvw) kreeg euthanasie voor ouderen die hun leven als voltooid beschouwen op de agenda van de Tweede Kamer. En er is een levenseindekli-

niek gekomen waar een patiënt zich kan aanmelden als zijn euthanasieverzoek is afgewezen.

Dat is nog niet alles. Methoden om in eigen regie humaan te sterven zitten in de lift. Het handboek *Uitweg – een waardig levenseinde in eigen hand* beleeft zijn negende druk.<sup>2</sup> Uit onderzoek blijkt dat 'zelfeuthanasie' in gesprek met naasten niet meer uitzonderlijk is.<sup>3,4</sup> Oudere of zieke burgers beëindigen

soms in overleg met intimi hun leven met pentobarbital, dat zij verkrijgen via internet.

De arts die in deze stroomversnelling het levenseinde begeleidt, dient het hoofd koel te houden. Nu er zó veel tegelijk gebeurt, heeft hij overzicht nodig over wat er gaande is. Daarom zal ik de preoccupatie met de goede dood in kaart brengen, die twaalf jaar na de wet van 2002 in onze samenleving zichtbaar wordt (kader 1).

### Kader 1 Thema's in het debat over een goede dood

- *zelfeuthanasie*: ouderen met voltooid leven nemen hun dood in regie: de zaak Heringa en de Hoge Raad
- *justitie* beraadt zich hoe om te gaan met zelfeuthanasie; ministers benoemen een commissie voor advies over 'voltooid leven'
- *euthanasie* door artsen is in vijf jaar tijd verdubbeld; artsen verlenen euthanasie ook bij dementie en psychiatrie
- *invulling euthanasiewet* door de toetsingscommissie, de KNMG en de rol daarbij van de levenseindekliniek.

Als drijvende kracht achter de veranderingen zie ik de universele menselijke wens goed of waardig te sterven, bij voorkeur op een tijdstip van eigen keuze. Naast een goede dood *binnen* het medisch domein – euthanasie – stimuleert deze wens ook dat *buiten* het medisch domein zelfeuthanasie naar voren komt. Kenmerken daarvan zijn: in eigen regie én in gesprek met dierbaren. Ik begin met de goede dood buiten het medisch domein, omdat deze het minst bekend is.

### De 'pil van Drion' is er al

Huib Drion verwoordde in 1991 een droom voor de generatie ouderen die na hem kwam: dat je na je 75e het moment van een milde dood zelf zou mogen kiezen met een dodelijk inslaapmiddel. Nu reeds is dat mogelijk met vloeibaar pentobarbital (uit Mexico) of in poedervorm (uit China). Beide kunnen op een betrouwbaar internetadres besteld worden. Politici beweren dat dit namaak zou zijn,

maar dat is bangmakerij. Eenieder die een of meer gesprekken heeft met een consultant van De Einder ([www.deeinder.nl](http://www.deeinder.nl)), die zelfbeschikking in het vaandel voert, krijgt het interne-tadres. Deze groep heeft tientallen keren kunnen vaststellen dat via de post een hoeveelheid pentobarbital wordt geleverd die na innemen dodelijk bleek. Bij andere pakketjes is de juiste inhoud door laboratoriumonderzoek bevestigd. Volgens de wet mag een barbituraat zonder recept niet worden geleverd, maar in feite gedooft justitie de levering van allerlei medicijnen via internet.

Ouderen met geringe handicaps van de oude dag krijgen nu nog maar incidenteel van hun arts euthanasie.<sup>1,5</sup> Regelmatig sterven zij in eigen regie en omringd door hun naasten. Dat bleek uit een bevolkingsonderzoek: een kwart van de overledenen door medicijnen had geen ernstige ziekte.<sup>3</sup> Ook in het *Sterfgevallenonderzoek 2010* bleek dat de medicijnmethode jaarlijks honderden keren voorkomt.<sup>4</sup> Politici zwijgen hierover, óók als dit onderzoek hen goed bekend is.<sup>6</sup>

Hoe groot de behoefte is aan een goede dood in eigen regie bleek uit de reactie op het initiatief van bekende Nederlanders *Uit Vrije Wil*. Het wetsontwerp kreeg in de Kamer geen meerderheid.<sup>7</sup> Toch lijkt de opmars van ouderen met een voltooid leven onstuitbaar.

### De zaak Heringa

Dat bleek ook bij het proces tegen Albert Heringa die in 2006 zijn 99-jarige moeder op haar dringende verzoek hulp gaf bij haar zelfgekozen dood. Bijzonder aan de zaak is dat hij op video vastlegde waarom zij dat wilde en hoe zij de dodelijke medicijnen zelfstandig innam. Hij overtrad de wet, want medicijnen voor zelfdoding geven is strafbaar volgens artikel 294 van de Strafwet. De rechtbank oordeelde echter opvallend mild: 'schuldig zonder straf'. De zaak Heringa is een testcase geworden, waarin de Hoge Raad kan aangeven aan welke voorwaarden deze hulp gebonden dient te zijn.<sup>8</sup>

Op één mogelijkheid daartoe is door de ethicus Govert den Hartogh geweest.<sup>9</sup> Het Europese Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) formuleert een grondrecht op een privé- en gezinsleven. In de zaak Haas tegen Zwitserland (2011) heeft het Hof in Straatsburg gesteld dat dit grondrecht ook

het recht omvat om te beslissen over de wijze en het tijdstip waarop men wil sterven. Gezinsleden en andere intimi behoren tot de privésfeer en spelen altijd een rol bij het sterven. Den Hartogh wijst erop dat het bij de lijkschouw na een zelfgekozen dood met medicijnen, volstrekt duidelijk moet zijn dat iemand wilde overlijden en welke andere mogelijkheden hij heeft overwogen.

De uitvoering – het uitstrooien van het dodelijke middel in vla en het opeten – moet bij voorkeur geregistreerd worden, zoals Heringa deed. Ouderen moeten zich immers veilig kunnen voelen. Het mag niet zo zijn dat familie een dodelijk middel tezamen met de pap gaat voeren en dan zegt dat moeder het zelf wilde. De handelingen die direct tot de dood leiden, moet de persoon zelf verrichten. Daarover mag na het overlijden geen twijfel bestaan, aldus Den Hartogh.

De minister heeft in 2014 een ‘commissie van wijzen’ ingesteld (voorzitter Paul Schnabel), die op korte termijn moet adviseren over maatschappelijke dilemma’s en juridische mogelijkheden rond hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten.

### Het euthanasie-examen

De nieuwe generatie ouderen legt zich niet meer neer bij een afwijzing van een euthanasieverzoek. Zij lezen advertenties van de overheid die hen op het hart drukt zo lang mogelijk thuis te blijven, als zij zorgbehoefte worden. De advertentie zegt: ‘Als mensen meer zelf willen regelen, moet dat kunnen.’<sup>10</sup> Natuurlijk heeft de minister hier het organiseren van de eigen zorg op het oog. Ouderen met een ernstige ziekte die geen indicatie meer krijgen voor het verpleeghuis, lezen dit echter ruimer: ‘Als ik het zelf wil regelen om thuis waardig te sterven, dan moet dat kunnen’ – net als Moek Heringa.

Zij beseffen heel goed dat wie met hulp van een vertrouweling pentobarbital bestelt en inneemt, zich nu nog in een grijs gebied van de Strafwet begeeft. Maar de andere weg naar een goede dood, euthanasie door een arts, heeft voor ouderen die hun leven als voltooid beschouwen het grote nadeel dat zij een euthanasie-examen moeten afleggen bij hun arts en een SCEN-arts. Huib Drion protesteerde: ‘Moet ik gaan bewijzen dat ik niet depressief ben?’

Bij de 38 artsen die nu werken voor de Levens-eindekliniek, lijkt dat examen minder zwaar. Zij geven principieel geen behandeling, maar beslissen op grond van het medisch dossier en enkele gesprekken of voldaan is aan de wettelijke eisen voor euthanasie. In 2013 verleenden zij aan 107 personen euthanasie die in alle gevallen als zorgvuldig zijn beoordeeld.<sup>11</sup> Journalist Folkert Jensma schreef bij de opening van de kliniek: straks ‘... zijn de artsen in Nederland van het probleem af. De actieve dood is dan niet meer hun besogne. Daar is voortaan de levenseindedokter voor.’<sup>12</sup>

### De regionale toetsingscommissies euthanasie (RTE)

Al vanaf 1998 geeft de RTE de euthanasiepraktijk van artsen vorm. Zo hebben artsen geleerd dat zij moeten toelichten waarom zij denken dat aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan. Ook hebben zij moeten accepteren dat de RTE slechts één manier accepteert om een patiënt effectief en pijnloos te euthanaseren. En het is duidelijk geworden dat consultatie door een onafhankelijke collega onontkoombaar is.

Ook de RTE heeft moeten leren hoe zij aan de euthanasiewet nader invulling kan geven én dit aan het veld bekend kan maken. De wisselwerking tussen dokterspraktijk en toetsende grenswachters in de RTE vereist moreel-juridische evenwichtskunst. Al doende is er een indrukwekkend bouwsel van jurisprudentie gegroeid.

Dat bouwsel is weinig flexibel, want als eenmaal een bepaalde richting is ingeslagen, kan de RTE moeilijk terugkomen op eerdere jurisprudentie. Verderop geef ik een enkel voorbeeld.

Wanneer oordeelt de RTE dat er ondraaglijk lijden is en wanneer niet? Dat zou duidelijk moeten worden uit meldingen waarin de RTE oordeelde dat *niet* voldaan is aan deze zorgvuldigheidseisen. Maar uit het jaarverslag over 2013 blijkt dat bij de 4800 gemelde gevallen het oordeel ‘onzorgvuldig’ *nooit* betrekking had op het lijden. Wel werden er vijf gevallen in 2013 als onzorgvuldig beoordeeld, maar dat was uitsluitend vanwege procedurele fouten in consultatie en medicatie. Blijkbaar accepteert de RTE dat er ondraaglijk lijden is als de patiënt dit zo ervaart en de arts en de SCEN-arts hierin meegaan.

Dat doen (SCEN-)artsen steeds vaker. Dat blijkt uit de verdubbeling van het aantal meldingen in de afgelopen jaren. De opvatting wint terrein: 'Als ik me in deze patiënt verplaats, is zijn lijden invoelbaar. Wie ben ik om dit oordeel te betwijfelen?'

Veelvoorkomende handicaps bij hoogbejaarden zijn slechthoortheid (maar nog lang niet blind), slechthoorendheid (maar nog niet doof), moeilijk lopen (met rollator binnenshuis geen probleem) en een relatief sociaal isolement (familie komt wekelijks). In het RTE-jaarverslag over 2013 staan drie gevallen waarin uitsluitend deze veelvoorkomende gebreken aanwezig waren. Alle drie werden als zorgvuldig beoordeeld. Ook als het lijden bestaat uit de gewone gebreken van de oude dag, krijgt de casus het stempel zorgvuldig. Ondraaglijk lijden is aan erosie onderhevig.

Het is verhelderend hier de abortuswet in herinnering te roepen. Abortus is wettelijk mogelijk, mits de vrouw in een 'noodtoestand' verkeert. Er is een noodtoestand als zij zelf zegt dat de zwangerschap haar in nood brengt. Abortus is dan legitiem. Bij de opstelling van de euthanasiewet is er bewust niet gesproken over een 'noodtoestand' van de patiënt, maar over 'ondraaglijk en uitzichtloos lijden'. Het werd overgelaten aan artsen welke invulling zij hieraan zouden geven.

Bij de behandeling van de euthanasiewet in de Kamer in 2001 sprak het nog voor zichzelf dat ondraaglijk lijden pas aanwezig was bij een op korte termijn dodelijke of neurologische ziekte, maar niet bij gebreken van de oude dag. Deze zijn in 2013 voldoende voor zorgvuldige euthanasie. Zo snel kan de erosie van het begrip 'ondraaglijk lijden' gaan.

Zoals de noodtoestand er bij abortus is als de vrouw er om vraagt, zo is er ondraaglijk lijden als de patiënt zich 'op de goede wijze' tegenover arts en SCEN-arts presenteert.

### Hoe leert een patiënt wat 'de goede wijze' is?

Behalve artsen en de toetsingscommissie hebben ook patiënten veel geleerd. Bijvoorbeeld, hoe zij om euthanasie moeten vragen om bij de (SCEN-)arts kans van slagen te maken. *Medisch Contact* plaatste een ironisch advies van enkele insiders voor patiënten met een

euthanasieverzoek hoe zij zich het beste kunnen presenteren. Een greep uit hun tien suggesties:<sup>13</sup>

- Stel de vraag om euthanasie niet dwingend.
- Oefen uw verhaal tevoren met familie.
- Leg de nadruk op lichamelijke klachten.
- Zeg dat u aan het eind van uw krachten bent.
- Doe niet depressief.
- Zeg dat u geen plannen voor de toekomst meer hebt.

Sommige artsen reageerden verontwaardigd op deze publicatie. Zij zijn nog niet gewend aan een samenleving van mondige burgers. Via internet hebben niet alleen patiënten met een doodswens maar ook hun naasten inzage in alle verslagen van de RTE.

Wat iemand 'ondraaglijk' noemt is te leren en kan, als er geen ernstige ziekte is, door een (SCEN-)arts moeilijk gecontroleerd worden. De motivatie van de doodswens kan niet meer op 'face value' worden genomen. Dat is wel wat artsen en SCEN-artsen vaak lijken te doen. In meldingen en beoordelingen door de RTE komt men niet de vraag tegen of het ondraaglijk lijden authentiek past in het levensverhaal.

Wie de moeite neemt tientallen verslagen te lezen, treft standaardbewoordingen aan en standaardvoorbeelden van ondraaglijk lijden die telkens terugkomen. Dat is mede het gevolg van de juridisering van het hele proces. Maar niet alleen daarvan. Bij alle examens waarbij openheid wordt gegeven over de goede antwoorden, kan men de goede antwoorden oefenen. Vanuit het gezichtspunt van iemand die voor het examen wil slagen, is dit een positieve ontwikkeling.

### 'De euthanasiewet is ruimer dan artsen denken'

Deze zin staat in jaarverslagen van de RTE en in het Standpunt van de KNMG.<sup>14</sup> Euthanasie wordt inmiddels ook bij andere groepen verleend dan de 'standaardgevallen' (op korte termijn dodelijke ziekten). Het is niet onwaarschijnlijk dat de uitbreiding naar andere groepen nog verder zal doorgaan (kader 2).

## Kader 2 Uitbreiding van euthanasie naar andere groepen

- ouderen met normale gebreken van de oude dag
- patiënten met een begin van dementie
- gevorderde dementie met een schriftelijke wilsverklaring
- psychiatrische patiënten
- hoogbejaarde echtparen die samen willen sterven
- jongeren die lijden aan het leven

### Dementie

Tabel 1 laat de sprongsgewijze toename zien van euthanasie bij dementie. Veel mensen vinden dit een ziekte die de waardigheid van de persoon aantast. Voor hen is elke uitweg uit de ‘ontgeesting’ welkom. Blijkbaar delen sommige artsen deze beeldvorming die in de media breed wordt uitgemeten. Tevreden dementerenden zijn op tv niet sexy. Bezoekers in een huis voor dementerenden die kwijlen en voor zich uit staren zien dat als ‘onwaardig’ leven als ‘een plant’. Het verzet tegen deze invulling door insiders als Anne-Mei The, Bert Keizer en specialisten ouderengeneeskunde, botst vooraansnog op een muur van onbegrip.

Veel artsen stuiten in zichzelf op een more-

le grens als de euthanasievraag afkomstig is van iemand bij wie de diagnose dementie is vastgesteld. Als zij het verzoek afwijzen, kan de familie de dementerende aanmelden bij de Levensindekliniek.

De RTE accepteert uitvoering van euthanasie ook bij gevorderde dementie als er een regelmatig geactualiseerde wilsverklaring is. Ter rechtvaardiging beroept de RTE zich op het wetsartikel waarin staat dat een schriftelijke wilsverklaring een mondeling verzoek kan vervangen.

Toen dit wetsartikel in 2001 in de Kamer werd besproken, was echter niet duidelijk of de gelijkstelling tussen mondeling verzoek en schriftelijke wilsverklaring zonder enige beperking ook zou gelden bij gevorderde dementie. Dat moest nog worden uitgezocht, zo beloofde de minister aan de Kamer. De RTE loopt met deze ongeclausuleerde gelijkstelling ver uit voor datgene wat grote, en zeker niet alleen christelijke, groepen aanvaardbaar vinden. Na deze invulling van de wet door de RTE, kunnen de commissies bij vergelijkbare meldingen niet meer terug. Zeker niet nu de minister zich daar achter heeft gesteld.<sup>15</sup> De loopgraaf is diep: de minister en de RTE staan lijnrecht tegenover een grote meerderheid van artsen die een morele weerzin hebben om een wilsonbekwame patiënt te doden op grond van een schriftelijke wilsverklaring.

**Tabel 1 Aantal meldingen van euthanasie bij dementie en psychiatrie 2006-2013.**

	<i>dementie</i>	<i>psychiatrie</i>
2006	6	0
2007	3	0
2008	3	2
2009	12	0
2010	25	2
2011	49	13
2012	42*	14
2013	97	42**

\* Twee keer onzorgvuldig.

\*\* 32 van de 42 zijn beoordeeld, alle 32 als zorgvuldig.

## Psychiatrie

Ook bij de psychiatrie is een snelle toename van euthanasie opvallend. In 2013 hebben de RTE 42 gevallen van euthanasie bij psychiatrische patiënten als zorgvuldig beoordeeld, drie keer zoveel als in de jaren ervoor. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) is bezig een richtlijn op te stellen. Nu al hanteert de RTE bij psychiatrische patiënten de procedurele eis dat de patiënt behalve door een SCEN-arts gezien moet worden door een psychiater die zijn oordeel geeft over de wilsbekwaamheid en de uitzichtloosheid van het lijden. Het vinden van een psychiater die groen licht geeft lijkt geen probleem meer.

## Toekomstige ontwikkelingen

Incidenteel is euthanasie bij een hoogbejaard echtpaar gemeld en zorgvuldig bevonden; elke partner wordt dan beoordeeld door een andere SCEN-arts. Ton Vink, consulent bij Stichting De Einder, heeft ervaring met zelf-euthanasie door echtparen. Hij spreekt van een trend.

Krantenartikelen over tegelijk sterven op hoge leeftijd raken een gevoelige snaar bij veel ouderen. Zij willen de ander niet alleen laten. Dat kan door samen te sterven. Tegelijk sterven heeft het voordeel dat de achterblijvende partner niet hoeft te rouwen in de jaren die nog resten. Toch wordt het oppassen dat dit niet in de mode komt. Vandaag de dag wordt vergeten dat de dood ook een verleider is. Samen doodgaan is erg verleidelijk.

De NVVE heeft euthanasie bij jongeren (zonder dodelijke of chronisch neurologische ziekte) op de agenda gezet voor de toekomst. Er zijn voorbeelden van jongeren die ondraaglijk lijden aan het leven. Ook voor hen is de dood een verleider. Door de mogelijkheid van zelfeuthanasie te bespreken wint de arts vertrouwen en tijd om over het voorname in gesprek te gaan.

## Tot slot

Niet alleen burgers, artsen en consulenten voor zelfeuthanasie, maar ook justitie en de toetsingscommissies (namens de overheid) zijn actoren in een maatschappelijk leerproces: hoe kan in een zelfredzame samenleving

de kwaliteit van sterven voor burgers vorm krijgen, zonder dat het sterfbed onveilig wordt?

De grote lijnen die eerder zijn besproken, kunnen artsen houvast geven in hun praktijk. Zij kunnen hun morele grenzen onder ogen zien en ze bewaken bij het verlenen van euthanasie aan nieuwe groepen. De vijf stellingen hierna kunnen daarbij behulpzaam zijn.

## Stellingen

- 1 'Ondraaglijk lijden' als rechtvaardiging voor euthanasie is aan erosie onderhevig; zelfbeschikking heeft het pleit gewonnen.
- 2 Zelfeuthanasie bij voltooid leven zal toenemen nu de pil van Drion (pentobarbital via internet) te verkrijgen is.
- 3 De naasten dienen te leren hoe zij, net als Heringa, verantwoording kunnen afleggen voor hulp bij zelfeuthanasie.
- 4 Artsen behoren in gesprek te blijven met een patiënt en zijn familie die zelfeuthanasie met pentobarbital voorbereiden.
- 5 De overheid moet leren accepteren dat 'zelfredzaamheid' voor een mondige oudere ook van toepassing is op zelf-euthanasie.

Het gaat er niet om of de lezer het met een bepaalde stelling eens is of oneens. De vraag is, hoe hij als arts positie kiest ten opzichte van de maatschappelijke ontwikkeling die in de stellingen wordt gesignaleerd.

## Literatuur

- 1 Toetsingscommissie euthanasie. Jaarverslag 2013.
- 2 Chabot B. Uitweg. Handboek. Een waardig levens-einde in eigen hand. 9e druk. Amsterdam: Nijgh en Van Ditmar; 2014.
- 3 Chabot B. Auto-euthanasie. Verborgen stervenswegen in gesprek met naasten. Dissertatie. Universiteit van Amsterdam. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker; 2007.
- 4 Heide A van der, Brinkman-Stoppelenburg A, Delzen JJM van, et al. Sterfgevallenonderzoek 2010. Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. Den Haag: ZonMw; 2012.
- 5 Toetsingscommissie euthanasie. Jaarverslag 2012.
- 6 Schippers E, Opstelten I. Standpunt op evaluatie

- van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. 2013.
- 7 Peters J, Sutorius E, et al. *Uit Vrije Wil. Waardig sterven op hoge leeftijd*. Amsterdam: Boom; 2011.
  - 8 Rechtbank Gelderland. De zaak Heringa. 22 oktober 2013, 06/950537-10.
  - 9 Hartogh G den. Hulp bij zelfdoding door intimi. Een grondwetsconforme uitleg van art. 294 Sr. *Nederlands Juristenblad* 2014;89(24):1598-1605.
  - 10 Advertentie van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *NRC Handelsblad*, 16 oktober 2014.
  - 11 Levensindekliniek. Jaarverslag 2013.
  - 12 Jensma F. Euthanasie als specialisme verlaagt drempel verder. *NRC Handelsblad*, 11 februari 2012.
  - 13 Tol D van, Vathorst S van der, Keizer B. Euthanasie voor beginners. Tien suggesties voor een euthanasieverzoek. *Medisch Contact* 2008;63:140-2.
  - 14 KNMG. Standpunt: De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde. 2011.
  - 15 Schippers E. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. 6 maart 2014. Kenmerk PG/E-3156651.
  - 16 Buijsen M. Levensindekliniek beschadigt arts-patiëntrelatie. *Medisch Contact* 16 oktober 2014: 2058-9.
  - 17 KNMG. Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen. KNMG en V&VN handreiking. 2014.
  - 18 Delden HJJ van, Heide A van der, Vathorst S van der, Weyers H, Tol D van (eds). *Koppelonderzoek 2012. Kennis en opvattingen van publiek en professionals over medisch besluitvorming en behandeling rond het einde van het leven*. Den Haag: ZonMw; 2011.