Het onderzoek naar de euthanasiepraktijk in Nederland over de periode 2001/2002

Pro Vita Humana, 2003 (10), nr. 6, p. 161-166
door mgr. dr. W.J. Eijk, bisschop van Groningen en voorzitter van de Stichting Medische Ethiek

1. Inleiding

Recent verscheen het rapport Medische besluitvorming aan het einde van het leven, de praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie. (1) Hierin is aan de hand van sterfgevallenonderzoek, uitgevoerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek, en van artseninterviews gekeken naar het voorkomen van euthanasie, hulp bij suïcide en levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt in Nederland over de periode 2001/2002. Daardoor is vergelijking mogelijk met eerdere onderzoeken die in 1990/1991 (2) en in 1995/1996 (3) zijn verricht. (4) Onder euthanasie wordt verstaan de situatie waarin de arts de patiënt op diens verzoek een levensbeëindigend middel toedient. Hulp bij suïcide houdt in dat de arts de patiënt opzettelijk behulpzaam is bij diens zelfdoding door hem de daartoe benodigde middelen te verschaffen. Vindt levensbeëindiging plaats zonder instemming of buiten medeweten van de patiënt, dan spreekt men van levensbeëindiging zonder verzoek.

Het huidige onderzoek is breder van opzet dan de voorafgaande onderzoeken. Nu is ook gekeken naar euthanasie bij dementie, terminale sedatie en het effect van palliatieve zorg op de frequentie van euthanasie. Toegevoegd is ook het onderzoek naar de opvattingen van de Nederlandse bevolking met betrekking tot euthanasie.

2. Verontrustende resultaten

Het is goed dat opnieuw in kaart is gebracht hoe artsen in Nederland omgaan met verzoeken om levensbeëindiging. Vanuit de katholieke visie op het respect voor het menselijk leven stemmen de resultaten echter niet hoopgevend. Het valt te betreuren dat het percentage Nederlandse artsen dat euthanasie en hulp bij zelfdoding volledig uitsluit, onveranderd laag is, namelijk 11%. (5) Het totale aantal gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding, zoals aangegeven in de diverse onderzoeken, steeg van 2.700 in 1990/1991 tot 3.600 in 1995/1996. Over 2001/2002 was dit aantal 3.800. (6) De toename lijkt minder snel te gaan, zeker gelet op het groeiende totaal aantal sterfgevallen.

Uit onderzoek van sterfgevallen in zes Europese landen over de periode juni 2001 tot februari 2002 blijkt dat van de onderzochte landen euthanasie in Nederland het meest voorkomt. Hulp bij suïcide is daarentegen frequenter in Zwitserland. In dit land is euthanasie verboden, maar hulp bij suïcide door artsen en andere burgers is toegestaan, mits zonder eigenbelang verleend: (7)

België	0,30	0,01	1,50
Denemarken	0,06	0,06	0,67
Italië	0,04	0,00	0,06
Nederland	2,59	0,21	0,60

Zweden	–	–	0,23
Zwitserland	0,27	0,36	0,42

Kolom 1: land
Kolom 2: percentage van sterfgevallen waarin euthanasie de doodsoorzaak was
Kolom 3: percentage sterfgevallen waarin hulp bij zelfdoding door arts plaatsvond
Kolom 4: percentage sterfgevallen met als doodsoorzaak levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt
Het motief voor euthanasie of hulp bij zelfdoding is praktisch altijd een ernstige lichamelijke aandoening. Zelden vindt levensbeëindiging op verzoek plaats alleen wegens een psychiatrische aandoening. (8)

Nagegaan is ook of het 'klaar-met-het-leven-zijn' in de praktijk een motief is voor levensbeëindiging op verzoek. De acceptatie van dit motief werd in de media breed bediscussieerd naar aanleiding van de rechtszaak tegen de huisarts die in april 1998 hulp bij suïcide had verleend aan de ex-politicus Brongersma. Deze wenste zijn leven te beëindigen niet vanwege een lichamelijke aandoening, maar omdat hij levensmoe was. Het verlies van zijn netwerk en zijn sociale positie speelden daarbij een belangrijke rol. Nadat de huisarts in 2000 door de rechtbank in Haarlem was vrijgesproken, werd hij in hoger beroep door het gerechtshof in Amsterdam in 2001 en door de Hoge Raad in 2002 strafbaar verklaard. Levensbeëindiging op verzoek alleen omdat iemand zich 'klaar-met-het-leven' acht zonder dat er een lichamelijke of psychiatrische aandoening in het spel is, komt nauwelijks voor. (9) 29% van de artsen zegt dit motief voor het verlenen van hulp bij zelfdoding aanvaardbaar te vinden, 60% daarentegen niet. Onder de Nederlandse bevolking wordt daar positiever over gedacht: 45% vindt dat ouderen over medicamenten moeten kunnen beschikken waarmee zij op een desgewenst moment zonder inmenging van een arts een einde aan hun leven kunnen maken. (10) Een voorstel hiertoe werd begin jaren negentig gedaan door de jurist Drion. Vandaar dat wordt gesproken over de 'pil van Drion'. Deze speelde daarmee in op een tendens die onder de bevolking al leefde. Maar moet ook niet worden geconstateerd dat het lanceren van een bedenkelijk voorstel de publieke opinie over de waarde van het menselijk leven in negatieve zin beïnvloedt?

Een aparte categorie vormt euthanasie bij demente patiënten. Zijn zij eenmaal dement, dan kunnen zij hun verzoek om levensbeëindiging niet meer uiten. Een aantal mensen heeft echter met het oog op een situatie waarin zij niet meer wilsbekwaam zullen zijn, een euthanasieverklaring opgesteld waarin is vastgelegd onder welke omstandigheden zij niet verder willen leven. Het feitelijke aantal van euthanasiegevallen op basis van een euthanasieverklaring bij demente patiënten ligt zo laag dat een betrouwbare schatting ervan onmogelijk is. 3% Van de artsen geeft aan ooit in dergelijke gevallen euthanasie te hebben verricht, 44% heeft het nooit gedaan maar acht het wel denkbaar; 54% acht dat ook niet denkbaar. (11)

Het percentage gemelde gevallen van euthanasie en hulp bij suïcide is gestegen van 41% in 1995 tot 54% in 2001. (12) Van groot belang is echter wat zich in de tussenliggende jaren afspeelde. De meldingsprocedure is in deze periode namelijk enkele malen gewijzigd. Tot 1998 vond melding plaats via de gemeentelijke lijkschouwer bij de officier van justitie. Sinds 1998 moeten euthanasie en hulp bij zelfdoding worden gemeld aan Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Dit is gehandhaafd in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding van 2001. (13)

Een opmerkelijk gegeven is dat het totale aantal gemelde gevallen van euthanasie en suïcide tot 1998 toenam, maar vanaf 2000 een dalende tendens toont: (14)

1999	2000	2001	2002

2216	2123	2054	1882

Totaal aantal gemelde gevallen van euthanasie en hulp bij suïcide in de jaren 1999 – 2002
Omdat alleen over de jaren 1995/1996 en 2001/2002 het totaal aantal gevallen van euthanasie en hulp bij suïcide is onderzocht, kan over de tussenliggende jaren geen meldingspercentage worden berekend. Dat is een omissie. De bedoeling van de wijzigingen van de meldingsprocedure was artsen ertoe te bewegen gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding vaker te melden en daardoor de euthanasiepraktijk transparanter te maken. Met de nu beschikbare gegevens valt echter niet met zekerheid vast te stellen wat het effect van genoemde wijzigingen op het meldingspercentage is geweest. Als het totaal aantal gevallen van euthanasie en zelfdoding per jaar geleidelijk gestegen is, wat aannemelijk lijkt, dan is het meldingspercentage afgenomen. Dat zou erop wijzen dat de melding via de Regionale Toetsingscommisies niet tot het gewenste resultaat heeft geleid.

Hoe dan ook, in 2001/2002 onttrokken artsen zich nog altijd in bijna de helft van alle gevallen van euthanasie en hulp bij suïcide aan maatschappelijk-juridische toetsing. Wil toetsing voor de arts gunstig uitvallen, dat betekent: niet leiden tot strafbaarheid, dan is een eerste vereiste dat een geval van levensbeëindigend handelen door de arts werd gemeld. Het is onthutsend dat er binnen een beroepsgroep met een directe verantwoordelijkheid voor leven en dood velen zijn die de wettelijke regelingen met betrekking tot levensbeëindiging niet in acht nemen (nog afgezien van de principiële ethische bezwaren tegen levensbeëindigend handelen op zich vanuit het katholieke gezichtspunt).

Het percentage gevallen van levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt is in 2001/2002 praktisch hetzelfde gebleven. (15) De daling van dit percentage van 0,8 in 1990/1991 (totaal 1000) tot 0,7 in 1995/1996 (totaal 900) werd door de secretaris van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunde aangevoerd als een aanwijzing dat in Nederland de situatie rond levensbeëindiging door artsen niet uit de hand was gelopen. (16) Het is echter geen kleinigheid dat rond 900 keer per jaar levensbeëindiging plaatsvindt bij zieken die daar zelf niet in gekend zijn. Ook voor veel voorstanders van de legalisering van euthanasie en hulp bij zelfdoding is het onaanvaardbaar dat het leven van patiënten buiten hun medeweten wordt beëindigd. Maatschappelijke toetsing is in deze gevallen praktisch uitgesloten doordat artsen gevallen van levensbeëindiging zonder verzoek amper meldden (hier is melding aan het Openbaar Ministerie vereist). (17)

Hetzelfde geldt voor levensbeëindiging bij pasgeborenen. Tussen 1996 en 2001 werden gemiddeld slechts 3 gevallen van levensbeëindigend handelen bij pasgeborenen per jaar gemeld. In 2001 dienden artsen echter in ongeveer 100 van de in totaal 1088 sterfgevallen van nul-jarigen middelen toe met het uitdrukkelijk doel het levenseinde te bespoedigen. (18)

3. Een volledig beeld?
Het is de vraag of de onderzoeksresultaten een volledig beeld van de werkelijkheid geven. Er zijn aanwijzingen – ook binnen het onderzoeksrapport zelf – dat levensbeëindigend handelen aanzienlijk frequenter voorkomt dan het onderzoeksrapport aangeeft.

Enkele maanden geleden kwam in het nieuws dat artsen om de meldingsprocedure rond euthanasie te ontlopen frequent gebruik maken van 'terminale sedatie'. Op zich kan het aanvaardbaar zijn dat door hoge doses pijnstillers en sedativa het bewustzijn wordt onderdrukt in situaties waarin hinderlijke symptomen op een andere wijze niet adequaat kunnen worden bestreden. Dat geldt ook wanneer daardoor het levenseinde wordt bespoedigd, mits de dosis van de toegediende middelen is afgestemd op de symptoombestrijding en daar niet

bovenuit gaat. Dan is de verhaasting van het sterven niet het doel, maar een neveneffect. Het is echter de vraag of deze voorwaarden in de praktijk wel in acht worden genomen. Het vermoeden bestaat dat de doses toegediende morfine en andere middelen hoger zijn dan strikt noodzakelijk voor de symptoombestrijding. In dat geval is er sprake van doelbewust levensbeëindigend handelen. De resultaten van het nu gepubliceerde onderzoek versterken dat vermoeden: in 2% van alle 140.377 sterfgevallen (in totaal afgerond 2.800) in 2001/2002 vond intensivering plaats van pijn- of symptoombestrijding mede met het doel het levenseinde te bespoedigen. (19) Moeten deze gevallen niet bij euthanasie worden gerekend als dat met instemming van de patiënt gebeurde? Of bij levensbeëindiging zonder verzoek, als de patiënt er niet in gekend was?

Bij een bevestigend antwoord op deze vragen is het percentage gemelde gevallen van levensbeëindiging nog een stuk lager dan nu in het rapport is aangegeven.

Een vergelijkbaar probleem doet zich voor bij het niet-instellen of staken van levensverlengende behandelingen. Naar katholiek inzicht staat het staken van of niet-instellen van levensverlengende behandeling ethisch gelijk met euthanasie, wanneer er tussen de voor- en nadelen een aanvaarbare verhouding bestaat. Hoe deze verhouding ligt in de onderzochte gevallen wordt uit het rapport niet duidelijk. Wel is vastgesteld dat in 13% van alle sterfgevallen (in totaal ongeveer 18.200 gevallen) behandeling achterwege is gebleven of niet is ingesteld met het uitdrukkelijke doel het levenseinde te bespoedigen. (20) Zijn dit de situaties die ethisch gezien aan levensbeëindiging equivalent zijn? Dat zou eveneens het totaal aantal gevallen van euthanasie of levensbeëindiging zonder verzoek aanzienlijk hoger maken. Tekenend is in dit verband wat de onderzoekers zelf concluderen: “Toch vormen niet-behandelbeslissingen naast intensivering van pijn- of symptoombestrijding de grootste categorie medische beslissingen rond het levenseinde en zijn de effecten van dit type beslissingen in termen van bekorting van de levensduur op bevolkingsniveau aanzienlijk groter dan die van euthanasie, hulp bij zelfdoding, levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek en intensieve pijn- en symptoombestrijding.” (21)

Aparte aandacht is besteed aan wat wordt genoemd ’terminale sedatie’. De onderzoekers verstaan hieronder de combinatie van de toediening van middelen om een patiënt in diepe sedatie of coma te brengen en het nalaten van voedsel- en vochttoediening. (22) In 6% van het totaal aantal sterfgevallen was sedatie toegepast en in 3,9% tevens geen vocht en voedsel toegediend. (23) In 46% van alle gevallen van sedatie was naast de verlichting van symptomen levensbeëindiging mede een doel, in 5% was dat het hoofddoel. (24) Ook hier doet zich de vraag voor of in deze gevallen terminale sedatie niet feitelijk neerkomt op euthanasie of levensbeëindiging zonder verzoek, al naar gelang de patiënt bij de beslissing daartoe betrokken is of niet. Ook al verloopt de levensbeëindiging dan langzamer en gemaskeerd, het blijft dan doelbewuste levensbeëindiging.

Aanwijzingen uit binnen- en buitenland dat terminale sedatie al langere tijd wordt toegepast in de gezondheidszorg, worden in het onderzoeksrapport afgedaan als “anekdotische informatie.” (25) In het KRO-televisieprogramma ‘Reporter’ op donderdag 27 februari 2003 en de daarop volgende discussie (26) bleek dat levensbeëindiging nogal eens voorkomt onder de dekmantel van terminale sedatie. De reden zou zijn dat ofwel niet aan alle zorgvuldigheidsvereisten was voldaan, ofwel de arts de rompslomp van de meldingsprocedure wilde vermijden. Het gaat hier om indicaties die ernstig moeten worden genomen. Dat geldt temeer daar zelfs van de uitdrukkelijk als euthanasie, hulp bij suïcide en levensbeëindiging zonder verzoek beschreven gevallen bijna de helft door artsen niet wordt gemeld.

De voorzitter van het college van procureurs-generaal signaleerde recent een lacune in de wet, in die zin dat terminale sedatie niet onder een vorm van toetsing valt. Naar zijn mening moet voor elk geval van sedatie een of andere vorm van externe controle bestaan, ook wanneer de arts niet de intentie had om het leven te

bekorten, omdat er strafrechtelijk een samenhang zou zijn: het effect van terminale sedatie is gelijk aan dat van euthanasie. (27) Op zich valt het toe te juichen als gevallen van terminale sedatie die ethisch gezien equivalent zijn aan euthanasie of levensbeëindiging zonder verzoek, getoetst worden. Het gaat echter te ver om voor ethisch aanvaardbare vormen van terminale sedatie in een externe controle te voorzien. Wanneer de dosis van de geneesmiddelen is afgestemd op de pijn- en symptoombestrijding en daar niet boven uitgaat, is levensbekorting een nevenwerking. Het is in het algemeen de verantwoordelijkheid van de behandelend arts op basis van zijn deskundigheid – zo mogelijk in overleg met de patiënt – een zorgvuldige afweging te maken tussen de hoofdwerking en de bijwerkingen van geneesmiddelen. Dat geldt ook wanneer de bijwerking eventueel levensbekorting kan zijn.

4. De invloed van palliatieve zorg

De Nederlandse Bisschoppenconferentie bepleit al vele jaren de invoering van palliatieve zorg. (28) Buitenlandse en binnenlandse ervaring heeft uitgewezen dat goede en intensieve medische, verpleegkundige, psychologische en spirituele zorg voor mensen in de eindfase van hun leven de euthanasievraag voorkomt. (29) 25% van alle patiënten opgenomen in het hospice Rozenheuvel, een centrum voor palliatieve zorg te Rozendaal bij Arnhem, verklaarde euthanasie te wensen als hun lijden ondraaglijk zou worden. In de periode tussen 1995 en 1999 waren er onder 571 patiënten slechts twee die in hun verzoek volhardden en naar een ander ziekenhuis werden verwezen om euthanasie te ondergaan. (30) Palliatieve zorg is niet primair een middel om euthanasie uit te bannen, maar om de terminale fase draaglijk te maken. Het neveneffect daarvan is evenwel dat voorkomen kan worden dat terminaal zieken de moed verliezen en bijgevolg om euthanasie verzoeken.

Het valt op dat in Nederland – in vergelijking met andere landen – de euthanasiepraktijk vroeg op gang kwam, de palliatieve zorg daarentegen laat. Hoe kwam dat? Voelde men de noodzaak van palliatieve zorg minder, omdat men bij ondraaglijk lijden zijn toevlucht nam tot euthanasie? Of is het zo dat men door de trage ontwikkeling van de palliatieve zorg lange tijd voor euthanasie geen alternatief had? In ieder geval is meer dan eens een relatie gelegd tussen de late ontwikkeling van palliatieve zorg in Nederland en de Nederlandse euthanasiepraktijk. (31)

Omdat eind 2001 SCEN-artsen (SCEN staat voor Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland) openlijk zeiden dat zij na de invoering van palliatieve zorg nauwelijks nog met verzoeken om euthanasie werden geconfronteerd, (32) hebben de onderzoekers van de euthanasiepraktijk met een beperkte steekproef geprobeerd na te gaan hoe groot de invloed is van palliatieve zorg op de frequentie van euthanasie. Van 31 huisartsen zagen er 4 een duidelijke vermindering van het aantal verzoeken om euthanasie door palliatieve zorg, 18 een zeker uitstel en soms afstel van euthanasie en 9 geen enkele vermindering. (33) Niet is nagevraagd over welke expertise de betrokken artsen beschikken op het terrein van de palliatieve zorg. Dat had eigenlijk moeten gebeuren. Op dit vlak is de deskundigheid van artsen in Nederland over het algemeen beperkt. Dat is ook een van de bevindingen van het onderzoek: “Eveneens de helft van de artsen vond dat Nederlandse artsen door onvoldoende kennis van palliatieve zorg vaak niet kunnen beoordelen of er nog behandelingsalternatieven zijn en dat de kwaliteit van palliatieve zorg in Nederland te wensen overlaat.” (34)

Bij een gebrekkig aanbod aan palliatieve zorg bestaat het risico dat lijden al snel als ondraaglijk wordt bestempeld. Dit risico doet zich vooral voor als de arts niet deskundig is op het gebied van palliatieve zorg. Hij zal dan geen gelegenheid hebben te ondervinden dat door palliatieve zorg een verzoek om euthanasie kan worden voorkomen. Omdat de betrokken artsen niet is gevraagd naar hun bekwaamheid op dit vlak, kan weinig waarde worden gehecht aan hun antwoord op de vraag of zij enige invloed bemerkten van de toepassing van palliatieve zorg op de frequentie van de euthanasievraag. Daardoor is een kans gemist om de invloed van goede terminale zorg op de frequentie van euthanasie grondig te onderzoeken. Het blijft de vraag of palliatieve

zorg in de Nederlandse gezondheidszorg wel de plaats heeft gekregen die zij verdient.

5. Conclusie

De beste garantie voor een zorgvuldig omgaan met het levenseinde is de invoering van adequate palliatieve zorg die levensbeëindigend handelen uitsluit. Dan is levensbeëindigend handelen niet nodig. Pijn, die slechts in een minderheid van alle gevallen (29% in 2001-2002) een motief vormt voor een verzoek om euthanasie,35 kan praktisch altijd tot draagbare proporties worden teruggebracht. Bij ondraaglijke pijn kan een aanvaardbare vorm van terminale sedatie een uitweg bieden.

Nog afgezien van het feit dat euthanasie niet nodig is: levensbeëindiging is onverenigbaar met de fundamentele waarde van het menselijk leven en met de fundamentele opdracht van de gezondheidszorg. Als dit principe eenmaal is verlaten, riskeert men een voortgaande uitholling van het respect voor het leven. Is het gegeven dat artsen in Nederland in een hoge frequentie weigeren zich bij levensbeëindigend handelen toetsbaar op te stellen, daarvan niet een pijnlijke consequentie?

Noten

1. G. van der Wal, A. van der Heide, B.D. Onwuteaka-Philipsen, P.J. van der Maas, Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie, Utrecht: De Tijdstroom, 2003.
2. P.J. van der Maas, J.J.M. van Delden, L. Pijnenborg, Medische beslissingen rond het levenseinde. Het onderzoek voor de Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie, Den Haag: Sdu Uitgeversmaatschappij Plantijnstraat, 1991
3. G. van der Wal, P.J. van der Maas, Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. De praktijk en de meldingsprocedure, Den Haag; Sdu Uitgevers, 1996
4. Voor een uitgebreid commentaar op de onderzoeken van 1990/1191 en 1995/1996 zie: W.J. Eijk, J.P.M. Lelkens, “Medical-ethical decisions and life-terminating actions in the Netherlands 1990-1995. Evaluation of the second survey of the practice of euthanasia,” Medicina e morale 47 (1997), nr. 3, pp. 475-501.
5. Medische besluitvorming aan het einde van het leven, 2003, p. 45.
6. Ibid., pp. 46, 52.
7. A. van der Heide, L. Deliens, K. Faisst, T. Nilstun. M. Norup, E. Paci, G. van der Wal, P.J. van der Maas, “End-of-life decision-making in six European Countries: descriptive study,” The Lancet – published online, June 17, 2003 – http://image.thelancet.com/extras/03art3298web.pdf, speciaal p. 3.
8. Medische besluitvorming aan het einde van het leven, 2003, pp. 46-47.
9. Ibid., p. 47.
10. Ibid., p. 107.
11. Ibid., pp. 111-112.
12. Ibid., pp. 139-145.
13. “Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding,” Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden (2001), nr. 194.
14. Regionale Toetsingscommissies euthanasie, Jaarverslag 2001, p. 12; Jaarverslag 2002, p. 13.
15. Medische besluitvorming aan het einde van het leven, 2003, pp. 55-57.
16. R. Dillmann, “Euthanasia in the Netherlands: Transparency and Accountability,” Acta Neurochirurgica (1999), Supplements 74, pp. 78-79.
17. Medische besluitvorming aan het einde van het leven, 2003, p. 141.
18. Ibid., p. 121.
19. Ibid., p. 63.
20. Ibid., p. 64.

21. Ibid., p. 71.
22. Ibid., p. 75.
23. Ibid., p. 76.
24. Ibid., p. 83.
25. Ibid., p. 87.
26. “Arts omzeilt euthanasiewet. Medicijnen ter pijnbestrijding voorkomen omslachtige procedure,” Trouw (2003), 27 februari, p. 1; H. van der Jagt-Willems, “‘Late euthanasie’ lastig voor dokters,” ibid., 4 maart, p. 16.
27. J. De Wijkerslooth, “Twee lacunes in de euthanasieregeling,” Opportuun (2003), juni; “Toezicht op terminale sedatie nodig,” Trouw (2003), 27 juni, p. 3; “Commentaar – Terminale sedatie,” ibid., 28 juni, p. 1.
28. Euthanasia and human dignity. A collection of contributions by the Dutch Catholic Bishop’s Conference to the Legislative Procedure 1983-2001, Utrecht/Leuven: Peeters, 2002, pp. 23-25, 132, 144-152,
29. H. ten Have, R. Janssens, Palliative care in Europe. Concepts and policies, Amsterdam/Berlijn/Oxford/Tokyo/Washington DC: IOS Press, 2001 (=Biomedical and Health Research, vol. 48), pp. 23-24, 40-41, 51-52, 57-58, 77-79; R. Bruntink, Een goede plek om te sterven. Palliatieve zorg in Nederland. Een wegwijzer, Zutphen/Apeldoorn: Plataan, 2002, p. 23-26.
30. R.J.P.A. Janssens. H.A.M.J. ten Have, Z. Zylicz, “Hospice and euthanasia in the Netherlands: an ethical point of view,” Journal of Medical Ethics 25 (1999), p. 410.
31. R.J.P.A. Janssens. H.A.M.J. ten Have, Z. Zylicz, “Hospice and euthanasia in the Netherlands …,” op. cit., p. 409.
32. M. Oostveen, “Spijt. Voorvechters van de euthanasiepraktijk bezinnen zich,” NRC/Handelsblad (2001), 10 november, zaterdags bijvoegsel, p. 25.
33. Medische besluitvorming aan het einde van het leven, 2003, pp. 96-98.
34. Ibid., p. 99.
35. Ibid., pp. 50-51.

Overgenomen met toestemming van Pro Vita Humana.