

De dood pakken?

Opvattingen over het levenseinde

Is er een verschuiving waarneembaar in ons spreken over de dood? En duidt die eventuele verandering op gewijzigde opvattingen over het levenseinde?

Een groot liefhebber ben ik van taalrubrieken. Grammaticale en etymologische kwesties interesseren me, maar mijn belangstelling gaat toch vooral uit naar de vraag wat ons taalgebruik zegt over de cultuur waarin wij leven. De ‘weigerambtenaar’ bestond tien jaar geleden nog niet. Niet omdat er toen geen ambtenaren van de burgerlijke stand waren die principiële bezwaren hadden tegen de sluiting van een huwelijk tussen twee mensen van hetzelfde geslacht, maar omdat het woord nog niet was bedacht om deze mensen aan te duiden. Vanaf 2007 duikt de ‘weigerambtenaar’ regelmatig op. De lezers van het tijdschrift *Onze Taal* hebben het in 2011 uitgeroepen tot Woord van het Jaar (www.anw.inl.nl).

‘Pijn pakken’

De toepassing van het werkwoord ‘pakken’ is tegenwoordig breder dan vroeger. Een kopje pakte je uit de kast; je jas pakte je om naar buiten te gaan: steeds was het object van ‘pakken’ iets materieels. Vandaag de dag kun je iemand in een vergadering horen verzuchten: ‘Ik pak hem niet.’ Wat hij dan bedoelt te zeggen, is: ‘Ik kan het niet

volgen.’ Een politicus betoogt dat de burgers hun ‘pijn moeten pakken’. Hij doelt op een nieuwe bezuinigingsronde. Niet alleen stoffelijke, maar ook onstoffelijke zaken ‘pakken’ we. De rode draad, de pijn, maar ook de regie, je rust, je voordeel: het ligt allemaal voor het grijpen.

In een van zijn columns stelt Ton den Boon (2013) dat de uitdrukking ‘de pijn pakken’ iets zegt over onze mentaliteit. Pijn onderging je; verdriet leed je, maar anno 2013 nemen wij ons verdriet en pakken wij onze pijn. De suggestie die van deze formuleringen uitgaat, is dat onze rol een actieve is. Ook de tragische kanten van het bestaan onttrekken zich niet volledig aan onze beïnvloeding. Wij leveren een bijdrage. Want als je pijn kunt pakken, kun je het ook laten liggen. En als je verdriet kunt nemen, wek je de indruk dat je jouw deel ook aan je voorbij kunt laten gaan. Het gaat om de talige weergave van onze wens dat er niets in ons leven buiten ons om gebeurt. De vraag die mij bezighoudt in dit artikel is tweeledig: Is er een verschuiving waarneembaar in ons spreken over de dood? En duidt die eventuele verandering op gewijzigde opvattingen over het levenseinde? ▷



Käthe Kollwitz, 'Moeder met dode zoon', 1903

Getallen en gevallen

Eerst de feiten. In het jaar 2010 stierven in Nederland ruim 135.000 mensen (65.977 mannen en 70.081 vrouwen). Door zelfdoding overleden 1124 mannen en 476 vrouwen (*Gezondheid en zorg in cijfers 2012*). In 2,8 procent van de sterfgevallen ging het om euthanasie of hulp bij zelfdoding. In 1,7 procent van de gevallen ging het om een van de vormen van zelfeuthanasie. Levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek gebeurde in 0,2 procent van het totale aantal overlijdens (ter vergelijking: in 2005 bij 0,4 procent en in 1990 bij 0,8 procent). Bij 36 procent van de patiënten diende de dokter intensieve pijnbestrijdende middelen toe, waarbij het intreden van de dood het gevolg was (ter vergelijking: in 2005 bij 25 procent en in 1990 bij 19 procent). Het aantal mensen dat overleed door continue diepe sedatie bedroeg 12,5 procent (ter vergelijking: 8,2 procent in 2005). Het aantal mensen dat de arts vroeg de behandeling te staken, bedroeg ongeveer 18 procent. Dat percentage is de afgelopen twintig jaar min of meer gelijk gebleven (*Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek, 2012; Sterfgevallenonderzoek 2010*).

In het daarop volgende jaar 2011 ontvingen de regionale toetsingscommissies euthanasie 3695 meldingen van euthanasie. Dat is een toename van 18 procent ten opzichte van 2010, toen de commissies 3136 meldingen registreerden. Bij 49 personen ging het om dementie. Ter vergelijking: in 2010 betrof het 25 en in 2009 betrof het 12 mensen bij wie die aandoening was vastgesteld. Van de patiënten met psychiatrische problematiek zijn 13 meldingen binnengekomen in 2011 (*Jaarverslag 2011 RTE*). In

2010 ging het om 2 meldingen (*Jaarverslag 2010 RTE*), in 2009 is er geen melding gemaakt van opzettelijke levensbeëindiging bij iemand die leed aan een psychiatrische aandoening (*Jaarverslag 2009 RTE*).

Ook de cijfers over 2012 zijn beschikbaar. Het aantal meldingen van euthanasie is in dat jaar opnieuw gestegen. De toetsingscommissies registreerden 4188 gevallen. Dat is een stijging van 13 procent ten opzichte van 2011. Het aantal mensen bij wie sprake was van dementie daalde: van 49 naar 42. Onder hen bevond zich wel voor de eerste maal iemand die zo ernstig dementeerde, dat wilsonbekwaamheid was vastgesteld. Het aantal mensen dat leed aan een psychische ziekte is nagenoeg gelijk gebleven: van 13 naar 14 (*Jaarverslag 2012 RTE*).

Wat zeggen deze cijfers? Bij medische beslissingen die artsen nemen rond het levenseinde treden verschuivingen op. Het aantal sterfgevallen door opzettelijke levensbeëindiging vertoont een stijgende lijn. De aantallen rond dementie en psychiatrie lijken enigszins te stabiliseren ten opzichte van 2011, maar nemen, gerekend vanaf 2009, wel toe. Verder valt op dat het aantal mensen dat sterft door een ingreep van de dokter zonder dat zij daarom hebben gevraagd, afneemt, terwijl er een duidelijke stijging waar te nemen is van het aantal mensen dat sterft als gevolg van intensieve pijnbestrijding en palliatieve sedatie.

Praktijken rond het levenseinde

Met de regelmaat van de klok keert de discussie over het levenseinde terug in de kolommen van de kranten en in praatprogramma's op televisie. Hulp bij zelfdoding van een blinde vrouw; ▷

de rechtsgeldigheid van een wilsverklaring; een zoon die zijn hoogbejaarde stiefmoeder helpt sterven: de redenen waarom het onderwerp steeds opnieuw opduikt in de media lopen uiteen. Maar niemand kan zich aan de indruk onttrekken dat besluitvorming rond het einde van het leven ons bezighoudt (Post 2010; Van der Woude 2011).

Er zijn, globaal genomen, drie situaties waarin de vraag naar het moment van sterven kan opkomen: in het geval van een terminale ziekte, in het geval van lijden aan het leven zonder dat sprake is van een onafwendbare dood, en ten slotte zijn er omstandigheden voorstelbaar waarin een mens niet verder wil leven, ook al is er géén sprake van een ondraaglijke last. Deze situaties laat ik de revue passeren.

De naderende dood: Wat kun je doen als de dood nadert?

De Nederlandse gezondheidszorg aan het begin van de eenentwintigste eeuw is van hoog niveau. Ziektes waaraan mensen pakweg twee of drie generaties geleden stierven, zijn nu te genezen. Of ze zijn teruggebracht tot een chronische aandoening. Jonge mannen sterven niet meer aan aids; kanker geldt lang niet meer in alle gevallen als een doodvonnis. Wij mogen van geluk spreken dat wij leven in dit deel van de wereld en dat in onze maatschappij de kennis, het geld en de middelen beschikbaar zijn om het verloop van ziektes te beïnvloeden.

Maar ieder mens weet dat dit gegeven ook een keerzijde heeft. Bondig geformuleerd gaat het om de vraag: 'Moet alles wat kan?' (Ten Haaf 2013). Is alles wat medisch mogelijk is ook zinvol? Draagt een experimentele therapie

bij aan de kwaliteit van leven van een ernstig ziek iemand? Of is het een verlenging van het lijden? De antwoorden die gegeven worden op deze vraag lopen uiteen (Leget 2003). De ene mens zal zijn dokter vragen de behandeling te staken. Een tweede besluit tot opname in een hospice, waar multidisciplinaire, palliatieve zorg wordt verleend (Enklaar 1999; Lieverse 2005; Leget 2008). 'Geen dagen toevoegen aan het leven, maar leven toevoegen aan de dagen,' luidt het motto van de hospicebeweging. Een derde wenst medicatie ter verlichting van de pijn. En een vierde verzoekt om euthanasie omdat hij genoeg geleden heeft en er geen kracht is overgebleven om het leven te dragen.

Vanuit het perspectief van de patiënt gaat het om een keuzemenu met verschillende alternatieven. Vanuit het oogpunt van de arts gaat het om medische handelingen die onderling principieel van elkaar verschillen. Een verzoek tot staken van de behandeling is een recht van de patiënt. Dat is vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO). Een arts kan een zieke adviseren over verschillende mogelijkheden van therapie, maar kan niemand ergens toe dwingen. De patiënt behoudt het recht op een 'nee'.

Inwilliging van een verzoek tot euthanasie is van een andere orde. De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is in 2002 in werking getreden. Deze euthanasiewet heeft een plaats binnen het Wetboek van Strafrecht (artikelen 293 en 294). In de wet staat een aantal zorgvuldigheidseisen omschreven waaraan een opzettelijke levensbeëindiging moet voldoen. Er moet bijvoorbeeld sprake zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Ook is

de arts verplicht zijn handelen te melden bij de gemeentelijke lijkschouwer. De euthanasiewet biedt, met andere woorden, strafuitsluitingsgrond. Een regionale toetsingscommissie beoordeelt achteraf het handelen van de arts.

Zieke mensen hebben geen recht op levensbeëindiging. Het uiteindelijke besluit tot inwilliging van het verzoek van de patiënt ligt bij de dokter. Dat is te begrijpen, omdat hij of zij door opzettelijk het leven van iemand stop te zetten, strafbaar is. Wanneer de arts de in de wet vastgelegde criteria in acht neemt, zal hij niet strafrechtelijk worden vervolgd. Het is in te zien dat de ene mens (de patiënt) de ander (de dokter) niet kan dwingen om een strafbaar feit te plegen.

Anders dan euthanasie, behoort palliatieve sedatie wel tot het gebruikelijke medisch handelen van een dokter. Het gaat om het toedienen van medicijnen waardoor het bewustzijn van de patiënt wordt verlaagd. Daardoor wordt de pijn draaglijk. In de praktijk van het naderende levenseinde betekent palliatief sederen in veel gevallen een vroegtijdiger intreden van de dood. Om die reden is palliatieve sedatie ook pas dan toegestaan, wanneer de dood onafwendbaar is. Het belangrijkste verschil met euthanasie is dat het palliatief toedienen van medicijnen bedoelt het lijden te verzachten, terwijl het geven van medicijnen voor euthanasie de dood intendeert.

Gewenste dood: Wat kun je doen als je dood wilt?

Er zijn ook mensen die op zoek zijn naar de dood. Zij dragen het leven niet meer. Het komt voor op jonge en op oudere leeftijd. Wat kunnen deze mensen doen? Hulp bij zelfdoding is strafbaar. Bij wie kunnen zij terecht?

Boudewijn Chabot, ouderenpsychiater, is een pleitbezorger van wat is gaan heten 'zelfeuthanasie'. Zijn naam is verbonden met het zogenaamde Chabot-arrest van de Hoge Raad uit 1994. Chabot is veroordeeld voor de assistentie die hij verleende bij het sterven van een vijftigjarige vrouw die haar beide kinderen had verloren, maar hem is geen straf opgelegd. Chabot heeft een aantal methodes beschreven die je in staat stellen verantwoordelijkheid te nemen voor je eigen sterven (Chabot 2012). Je bent dan niet veroordeeld tot sterven in eenzaamheid. Overlijden door te stoppen met eten en drinken, door het slikken van zelf verzamelde medicijnen of het inhaleren van helium, kan plaatsvinden te midden van je geliefden. Je hoeft je arts niet te vragen om je te helpen sterven, maar wel om je zelfgekozen levenseinde medisch goed te begeleiden. Dit laatste is vooral belangrijk wanneer uitdroging optreedt bij het staken van eten en drinken. De zelfeuthanasie is bij deze initiatieven in de plaats getreden van de artseneuthanasie (Vink 2013).

In maart 2012 opende de Levenseindekliniek in Den Haag haar deuren. Mensen die geen arts kunnen vinden die wil ingaan op hun euthanasieverzoek, kunnen contact opnemen met een van de ambulante euthanasieteam van de kliniek. Een dergelijk team bestaat uit een arts en een verpleegkundige. Het is nadrukkelijk de bedoeling dat de beoordeling van het verzoek tot levensbeëindiging wordt getoetst aan de wettelijk opgestelde kaders. In 2012 ontvingen de toetsingcommissies euthanasie 32 meldingen van artsen die verbonden zijn aan de Stichting Levenseindekliniek (*Jaarverslag 2012* ▷

RTE). In alle gevallen luidde het oordeel dat de betrokken arts zorgvuldig heeft gehandeld.

Naar voren gehaalde dood: Wat kun je doen als je de dood niet wilt afwachten?

Er zijn situaties denkbaar waarin een mens verlangt te sterven, ook als de dood nog niet aanstaande is. In Nederland is in 2010 een initiatiegroep opgestaan – Uit Vrije Wil – die bepleit dat ieder mens zelf het tijdstip van zijn sterven kan bepalen (Peters 2011; Defesche 2011). De initiatiefnemers kunnen zich voorstellen dat er een moment aanbreekt waarop iemand klaar is met het leven. Achteruitgang, fysiek en geestelijk, willen zij vóór zijn. Zij maken zich sterk voor het recht van iedere burger die ouder is dan zeventig jaar, om een beroep te doen op assistentie bij levensbeëindiging, zonder dat degene die helpt het risico loopt strafrechtelijk te worden vervolgd. Uit Vrije Wil zet zich in voor de opleiding van mensen om de stervenswens van iemand die zijn leven als voltooid beschouwt, te kunnen beoordelen. Op deze manier willen zij een gewelddadig overlijden door zelfdoding vermijden.

Een verzoek tot levensbeëindiging op grond van een eerder opgestelde wilsverklaring is ook een situatie waarin de dood niet wordt afge wacht, maar naar voren gehaald. De legitimiteit van een dergelijke verklaring is een vraagstuk dat de gemoederen bezighoudt (Wijmen 2011; Touwen 2008). De meest recente aanleiding hiervoor is het overlijden van een diep-demente vrouw in 2011 (Smit & Van Gelder 2013). Haar huisarts is tot levensbeëindiging overgegaan op grond van een beschikking die mevrouw eerder had opgesteld. Op het moment van overlijden was zij

wilsonbekwaam: zij kon niet meer beamen dat haar lijden ondraaglijk was. Desondanks hebben de vijf regionale toetsingscommissies het handelen van de huisarts als zorgvuldig beoordeeld.

Uiteenlopende interpretaties van de euthanasiewet

Er bestaat verschil van mening over de interpretatie van de euthanasiewet (Van Delden 2011). De controverse speelt zich voornamelijk af tussen aan de ene kant de beroepsvereniging van artsen, de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), en aan de ander kant pleitbezorgers van het zelfgekozen levenseinde. Een van de geschilpunten is de vraag of een opeenstapeling van ouderdomsklachten die op zichzelf genomen niet levensbedreigend zijn maar iemand wel gebukt kunnen doen gaan onder de last van het leven, een gelegitimeerde grond is voor een verzoek tot euthanasie. Onder invloed van de maatschappelijke discussie heeft de beroeps-groep haar standpunt bijgesteld. Zij erkent dat de euthanasiewet zo geïnterpreteerd kan worden dat ook een niet-medisch classificeerbare aandoening de basis vormt voor een euthanasieverzoek (KNMG 2011).

Een andere kwestie betreft opzettelijke levensbeëindiging bij wilsonbekwame patiënten. De vraag doet zich niet alleen voor bij dementeren-de mensen, maar ook bij mensen die in coma liggen, bij mensen die gebukt gaan onder een psychische ziekte (Croonen & De Vries 2010) en bij pasgeboren kinderen. Hiermee hangt samen de status van een vooraf opgestelde wils-verklaring. De wet biedt inderdaad de ruimte dat een dergelijke verklaring, onder bepaalde

omstandigheden, het mondelinge verzoek ver-vangt. Maar dat wil niet zeggen dat daarmee alle problemen zijn opgelost. De beperking van een vooraf opgestelde wilsverklaring is gelegen in het feit dat deze uitgaat van zaken die belangrijk voor iemand waren toen hij nog gezond was. Maar ieder mens weet dat je van opvatting veranderen kunt. Als een mens zelf niet meer in staat is tot een redelijke afweging van zijn belangen, wie moet dat dan doen in zijn plaats? Dit is het dilemma waarmee dokters en familieleden te maken krijgen als zij worden geconfronteerd met een wilsbeschikking van iemand die zich niet meer uit kan. In de praktijk van de uitvoering van euthanasie komt het er dan op neer dat een dokter het leven stopzet van iemand die op dat moment niet meer kan beamen dat hij werkelijk sterven wil.

Artsen staan aarzelend tegenover twee recente initiatieven. Een bezwaar tegen de Levenseinde-kliniek luidt dat de arts-patiëntrelatie, waarbin-nen een vraag om het leven te beëindigen groei-en kan, is doorgesneden (*Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek*, 2012). Van de dokters steunt 20 procent het burgerinitiatief Uit Vrije Wil (Van Delden 2011). Hoewel de beroepsorganisatie beaamt dat de euthanasiewet marges kent waarbinnen psychische last be-schouwd kan worden als een vorm van ondraag-lijk lijden, blijft een gegeven dat dokters niet zijn opgeleid om iemands draaglast te meten.

Het kerkelijk spreken over het zelfgekozen levenseinde

Het spreken van de kerk over de dood is niet eenduidig. Dat zou ook een onmogelijke op-dracht zijn. Om te beginnen herbergt de Neder-

landse samenleving niet zoiets als ‘de’ kerk. De portrettengalerij van gelovige gemeenschappen laat vele gezichten zien. Van traditioneel tot modern, van *mainstream* tot *avant-garde*. Er zijn volgers en trendsetters. Zij zijn niet alle op één noemer te brengen.

Bovendien is het begrip ‘de’ dood te massief. Buiten de muren van de kerk verwijst het veelal naar het actuele debat over besluitvorming rond het levenseinde. Binnen de kerkmuren werpt de dood de vraag op of er hierna nog iets komt. ‘Biedt de bijbelse traditie zicht op een leven na dit leven?’, is een van de vragen die aan de orde is (Berger 2010; Weren 2010; Paul 2011; Theobald 2012). Een andere luidt: ‘Mag je het leven, dat je als gave van Hem ontvangen hebt, teruggeven?’ Die vraag raakt aan de notie van God als Schepper (*A Time to Live*, 2011).

Twee stemmen laat ik klinken die respectie-velijk een protestants en een katholiek geluid vertolken in de discussie over het levenseinde. Van den Brink & Van der Kooi stellen in hun *Christelijke dogmatiek*: ‘God heeft ons bestaan gewild, en zolang Hij ons leven in stand houdt, is het daarom beter er te zijn dan er niet te zijn. (...) het christelijk (en breder: theïstisch) verzet tegen abortus en euthanasie valt vanuit deze grondovertuiging te begrijpen’ (2012, 196).

Het *Handboek Katholieke Medische Ethiek* is stilliger in zijn afwijzing van opzettelijke le-vensbeëindiging: ‘Euthanasie is (...) verwerpe-lijk en een ernstig kwaad’ (Eijk e.a. 2010, 426). Het katholieke mensbeeld beschouwt een per-soon in zijn totaliteit, lichaam én geest, als ge-schapen naar Gods beeld. Met opzet een leven stopzetten is ongeoorloofd omdat je daarmee ingaat tegen de liefde tot God, tot de gemeen- ➤

schap waarvan je deel uitmaakt en tot jezelf (Eijk e.a. 2010, 402-426).

De dood pakken?

De kloof tussen het belijden van de kerk – protestant of katholiek – en de keuzes die mensen maken als zichzelf of een van hun geliefden in aanraking komen met de dood, is groot. De scheidslijn loopt niet *per se* tussen christen en niet-christen of tussen gelovig en niet-gelovig (Boer 2005; Van der Ven 2010; Broers 2011). Ook mensen die zichzelf beschouwen als lid van een geloofsgemeenschap worstelen met het nemen van een beslissing over het levenseinde. En mensen die niet vertrouwd zijn met een geloofstraditie, kennen aarzelingen over de schijnbaar toenemende mogelijkheden om zelf te kiezen wanneer je sterven gaat.

De maatschappelijk druk neemt toe om de euthanasiewet ruimhartig uit te leggen. Op die punten waar de wet niet eenduidig is, klinkt het pleidooi om de grenzen op te zoeken. De praktijk van medische beslissingen rond het levenseinde laat zien dat wat bij de totstandkoming van de wet in 2002 onvoorstelbaar was, nu tot de realiteit behoort: opzettelijke levensbeëindiging van mensen die lijden aan een psychische ziekte, aan een veelvoud van ouderdomsgebreken of aan een vorm van dementie. Gaan we toe naar een samenleving waarin we, behalve onze pijn, ook de dood pakken?

De toegenomen medicalisering van het levenseinde maakt dat we in onze maatschappij anders over de dood zijn gaan spreken (Van der Kooi 2013). Religieus geladen woorden zijn vervangen door juridisch jargon. Het gewijzigde taalgebruik brengt een verschuiving aan

het licht in de benadering van het levenseinde: van inhoudelijk naar protocollair. Taal volgt echter niet alleen de werkelijkheid, taal schept ook werkelijkheid. Er bestaat het risico dat we gaan geloven dat als de procedures zorgvuldig zijn doorlopen, de vraag naar de betekenis van het handelen ook onmiddellijk is beantwoord. Maar dat is een reductie van wat zich feitelijk in een mensenleven afspeelt. Iedereen die wel eens aan een sterfbed heeft gezeten, weet dat de laatste dagen van iemands leven niet te vangen zijn in een aantal stappen die elkaar netjes opvolgen. Er was een jonge vrouw die een etmaal na het toedienen van palliatieve sedatie haar ogen weer opende. En er was een terminaal zieke man die zijn euthanasie tot in de puntjes had voorbereid, maar weigerde op het moment dat de huisarts op de stoep stond. Al zouden we willen, de dood kunnen we niet pakken. ◁

Literatuur

- Berger, K. e.a. (red.) (2010). *De dood leeft! Denken over na de dood en ons leven vóór de dood*. Kampen: Kok.
- Boer, T. (2005). Een theologisch perspectief. In: P.J. Lieve e.a. (red.), *Dood gewoon? Perspectieven op 35 jaar euthanasie in Nederland* (82-102). Amsterdam: Buijten en Schipperheijn, Motief.
- Boon T. den (2013). Moet dat nu echt: met z'n allen 'de pijn pakken'? *Trouw*, 8 juni 2013.
- Brink, G. van den & Kooi, C. van der (red.) (2012³). *Christelijke dogmatiek. Een inleiding*. Zoetermeer: Boekencentrum.
- Broers, A. (2011). *Van stof en adem. Handreiking voor denken en praten over 'Voltooid leven'*. PCOB.
- Chabot, B. & Braam, S. (2012⁵). *Uitweg. Handboek. Een waardig levenseinde in eigen hand*. Amsterdam: Nijgh & Van Ditmar.
- Croonen, J. & Vries, C. de (2010). *De strijd voorbij. Euthanasie in de psychiatrie*. Veghel: Libra & Libris.
- Defesche, F. (2011). *Voltooid Leven in Nederland. Wat*

- ouderen ervaren, willen en doen als zij het leven voltooid vinden*. Assen: Van Gorcum.
- Delden, J.J.M. van, e.a. (2011). *Kennis en opvattingen van publiek en professionals over medische besluitvorming en behandeling rond het einde van het leven. Het KOPPEL-onderzoek*. Den Haag: ZonMw.
- Enklaar, J. (1999³). *Terminus. Dr. Ben Zylicz en de kunst van het sterven*. Zutphen/Apeldoorn: Plataan.
- Eijk, W.J., Hendriks, L.J.M. & Raymakers, J.A. (red.) (2010). *Handboek Katholieke Medische Ethiek. Verantwoorde gezondheidszorg vanuit katholiek perspectief*. Almere: Parthenon.
- Gezondheid en zorg in cijfers 2012* (2012). Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Haft, G. ten (2013). *Moet alles wat kan? Vragen rond medische beslissingen bij het begin en einde van het leven*. Den Haag: ZonMw.
- Jaarverslag 2009 Regionale toetsingscommissies euthanasie* (2010). Den Haag.
- Jaarverslag 2010 Regionale toetsingscommissies euthanasie* (2011). Den Haag.
- Jaarverslag 2011 Regionale toetsingscommissies euthanasie* (2012). Den Haag.
- Jaarverslag 2012 Regionale toetsingscommissies euthanasie* (2013). Den Haag.
- KNMG (2011). *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde*. Utrecht.
- Kooi, M. van der (2013). Wie stelt de grote vragen nog? *Trouw*, 1 juni 2013.
- Leget, C. (2003). *Ruimte om te sterven. Een weg voor zieken, naasten en zorgverleners*. Tiel: Lannoo.
- Leget, C. (2008). *Van levenskunst tot stervenskunst. Over spiritualiteit in de palliatieve zorg*. Tiel: Lannoo.
- Lieve, P.J. (2005). Palliatieve zorg – een ander perspectief. In: P.J. Lieve e.a. (red.), *Dood gewoon? Perspectieven op 35 jaar euthanasie in Nederland* (129-164). Amsterdam: Buijten en Schipperheijn, Motief.
- Paul, H. & Braal, W. de (red.) (2011). *Dood voor onze ogen*. Utrecht: Kok.
- Peters, J. & Sutorius, E., e.a. (red.) (2011). *Uit Vrije Wil. Waardig sterven op hoge leeftijd*. Amsterdam: Boom.
- Post, D. (2010). *De dood komt steeds later. Het einde van het leven in discussie*. Zoetermeer: Meinema.
- Smit, H. & Gelder, H. van (2013). *Wils verklaring. De*

- alzheimerepidemie en het recht op zelfbeschikking*. Arnhem: AquaZZ.
- Sterfgevallenonderzoek 2010. Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde* (2012). Den Haag: ZonMw.
- Theobald, M. (2012). 'Ob wir leben, ob wir sterben – wir sind des Herrn' (Röm. 14,8): Sterben und Tod aus neutestamentlicher Sicht. In: F.-J. Bormann & G.D. Borasio (red.), *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens* (481-503). Berlin/Boston: De Gruyter.
- A Time to Live, and a Time to Die. An Aid to Orientation of the CPCE Council on Death-hastening Decisions and Caring for the Dying* (2011). Vienna: Community of Protestant Churches in Europe.
- Touwen, D.P. (2008). *Voor een ander. Beslissingsverantwoordelijkheden in de verpleeghuisgeneeskunde*. Amsterdam: aksant.
- Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (2012). Den Haag: ZonMw.
- Ven, J.A. van der (2010). *Ondraaglijk lijden zonder uitzicht. Euthanasie vanuit religie, moraal en mensenrechten*. Budel: DAMON.
- Vink, T. (2013). *Zelfeuthanasie. Een zelfbezorgde goede dood onder eigen regie*. Budel: Damon.
- Weren, W. (2010). *Dood, en dan? Stemmen uit de Bijbel, echo's in onze cultuur*. Zoetermeer/Kapellen: Meinema/Pelckmans.
- Woude, A. van der (2011). *Het doodshemd heeft geen zakken. Nadenken over het levenseinde*. Zoetermeer: Meinema.
- Wijmen, F. van (2011). Kwaliteit van leven: een juridisch perspectief. In: E. Wouters & N. Canters (red.), *Kwaliteit van leven. Diverse perspectieven op het begrip kwaliteit van leven in de gezondheidszorg* (83-149). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Annemarieke (dr. A.) van der Woude werkt als predikant-geestelijk verzorger in een verpleeghuis en als onderzoeker aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Van haar hand verscheen Het doodshemd heeft geen zakken. Nadenken over het levenseinde (Zoetermeer: Meinema, 2011). h.vanderwoude@ftr.ru.nl