

EuthanasieCode

De toetsingspraktijk toegelicht

Deze versie is geldig vanaf januari 2026

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de versie van 2022	4
1. Doel en opzet van de EuthanasieCode	5
2. Hoofdpijnen van de wet, werkwijze van de commissies en betekenis van richtlijnen	6
2.1. Hoofdpijnen van de wet	6
2.2. Werkwijze van de commissies	7
2.3. Betekenis van medisch-professionele standpunten en richtlijnen	10
3. Wettelijke zorgvuldigheidseisen	11
3.1. Uitvoerend arts	11
3.2. Vrijwillig en weloverwogen verzoek	11
3.3. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden	13
3.4. Voorlichting aan de patiënt	15
3.5. Ontbreken van een redelijke andere oplossing	15
3.6. Onafhankelijke consulent	16
3.7. Medisch zorgvuldige uitvoering	20
4. Enkele bijzondere onderwerpen	23
4.1. Schriftelijke wilsverklaring	23
4.2. Minderjarige patiënten	26
4.3. Duo-euthanasie	27
4.4. Patiënten met een psychische aandoening of met een combinatie van een somatische en een psychische aandoening	27

4.5. Patiënten met dementie	30
4.6. Patiënten met een verstandelijke beperking	31
4.7. Patiënten met een stoornis in het vermogen verbaal te communiceren	31
4.8. Coma en verlaagd bewustzijn	31
4.9. Euthanasie en palliatieve sedatie	34
4.10. 'Voltooid leven' of 'klaar met leven'	35
4.11. Orgaan- en weefseldonatie na euthanasie	35
4.12. Eisen die de wet niet stelt	36

5. Nuttige verwijzingen	37
5.1. Website van de commissies	37
5.2. SCEN-programma	37
5.3. Evaluaties van de Wtl	37
5.4. Beleidsregels van het Openbaar Ministerie	37
5.5. Medisch-professionele normen	37
5.6. Expertisecentrum Euthanasie	37

Bijlage Relevante Wetsbepalingen	38
Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl)	38
Wetboek van Strafrecht	41
Wet op de lijkbezorging	41

Index	42
--------------	-----------

Voorwoord

Graag presenteer ik u de nieuwste versie van de EuthanasieCode van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (hierna de RTE). Vorige versies van de EuthanasieCode hadden een jaartal in de naam. Dat is vervallen omdat het streven van de RTE is de EuthanasieCode voortaan ieder half jaar te actualiseren.

De code is op een beperkt aantal punten geactualiseerd. U vindt deze punten terug op pagina 4. Een belangrijke wijziging betreft de vorm. De code verschijnt voortaan uitsluitend digitaal.

In de EuthanasieCode leggen de RTE uit hoe zij meldingen van een uitgevoerde euthanasie toetsen aan de wettelijk geformuleerde zorgvuldigheidseisen. Dat is van belang voor artsen die betrokken zijn bij de uitvoering van euthanasie. De code geeft praktische handvatten aan artsen en consultants voor de voorbereiding en uitvoering van euthanasie.

Daarnaast is het voor de samenleving als geheel belangrijk om te weten hoe de RTE de eisen, die de wet stelt aan een zorgvuldig uitgevoerde euthanasie, vertalen in concrete toetsingscriteria. Door transparant te zijn over de wijze van toetsen willen de RTE bijdragen aan het vertrouwen in de toets en daarmee vertrouwen in een zorgvuldige euthanasiepraktijk.

De EuthanasieCode is ook van groot belang voor de leden en medewerkers van de RTE. De verschillende commissies worden geacht zich allemaal aan de code te houden bij het toetsen van meldingen. Op die manier bevordert de code de rechtseenheid tussen de verschillende regio's.

Ik ben de leden en secretarissen van de reflectiekamer van de RTE dankbaar. Zij hebben hard gewerkt om de code te actualiseren.

Heeft u aanvullingen op deze EuthanasieCode?

Dan kunt u die door te geven via het meldingsformulier op de website euthanasiecommissie.nl.

Mr. Mariëtte Moussault,
coördinerend voorzitter RTE

Belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de versie van 2022

- In [paragraaf 3.6.](#) (Onafhankelijke consulent) is een passage verwijderd waarin was opgenomen dat de RTE contact opnemen met een SCEN-arts wanneer de kwaliteit van een consultatieverslag onvoldoende is. De RTE toetsen niet het handelen van de SCEN-arts, maar dat van de uitvoerend arts en zullen bij een onvoldoende kwaliteit van het consultatieverslag dit aan de uitvoerend arts laten weten.
- Het onderwerp duo-euthanasie heeft een aparte paragraaf gekregen bij de bijzondere onderwerpen: [paragraaf 4.3.](#)
In [paragraaf 3.6.](#) (Onafhankelijke consulent) is een verwijzing naar die paragraaf opgenomen bij de passage over duo-euthanasie. Ook is de term 'partners' vervangen door 'twee personen die in nauwe relatie met elkaar staan'.
- In [paragraaf 3.7.](#) (Medische zorgvuldige uitvoering) is een nieuwe paragraaf toegevoegd waarin is opgenomen hoe een arts moet handelen als de uitvoering van levensbeëindiging op verzoek niet verloopt zoals beoogd en in welke situatie de RTE tot het oordeel komen dat de levensbeëindiging niet medisch zorgvuldig is uitgevoerd.
- In [paragraaf 4.4.](#) is het bijzondere onderwerp 'patiënten met een psychische aandoening of een combinatie van een somatische aandoening en een psychische aandoening' aangepast. Het toetsingskader is verhelderd. Er is een onderscheid gemaakt tussen verschillende situaties en wat er in die situaties van een arts verwacht wordt. Ook is er een stroomdiagram toegevoegd.

1. Doel en opzet van de EuthanasieCode

Sinds de inwerkingtreding in 2002 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: Wtl, beter bekend als ‘de euthanasiewet’) hebben vijf regionale toetsingscommissies de wettelijke taak meldingen van artsen van een door hen uitgevoerde levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding te toetsen. Sindsdien hebben de commissies vele duizenden meldingen getoetst aan de in de Wtl genoemde zorgvuldigheidseisen.¹

Hiervan doen zij verslag in het gezamenlijke jaarverslag. Ook publiceren de commissies een aanzienlijk aantal oordelen op euthanasiecommissie.nl. De jaarverslagen en de gepubliceerde oordelen van de commissies geven een beeld van de wijze waarop de commissies de wettelijke zorgvuldigheidseisen voor euthanasie toepassen en interpreteren. Om deze informatie beter toegankelijk te maken hebben de commissies een EuthanasieCode opgesteld. De EuthanasieCode wordt vanaf 2026 tweemaal per jaar geactualiseerd.

De Wtl maakt onderscheid tussen levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. In de code worden deze beide vormen van levensbeëindiging aangeduid met het overkoepelende begrip euthanasie. Alleen waar

dat nodig is, wordt een onderscheid gemaakt tussen levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.²

In de EuthanasieCode geven de RTE een handzaam overzicht van de manier waarop ze de zorgvuldigheidseisen interpreteren. Het gaat er in deze tekst niet om elke denkbare situatie te beschrijven. De EuthanasieCode is bedoeld als een samenvatting van de overwegingen van de commissies.

Deze code is vooral van belang voor uitvoerend artsen en consulenten, maar ze kan ook voorzien in de informatiebehoefte van patiënten die een euthanasieverzoek willen doen en van andere geïnteresseerden. Zij kunnen een beeld krijgen van de voorwaarden waaraan een zorgvuldige uitvoering van een euthanasie moet voldoen. Voor eenieder is van belang dat zoveel mogelijk helderheid bestaat over de wijze waarop de commissies de wet toepassen.

De opzet van de EuthanasieCode is als volgt. In [hoofdstuk 2](#) wordt een korte schets gegeven van de geldende wettelijke regels ten aanzien van euthanasie en van de werkwijze van de commissies. Ook wordt stilgestaan bij de betekenis van medisch-professionele richtlijnen. In [hoofdstuk 3](#) staat een algemene toelichting op de wettelijke zorgvuldigheidseisen

en hoe de zorgvuldigheidseisen door de RTE worden uitgelegd. Daarna volgt in [hoofdstuk 4](#) een bespreking van enkele bijzondere onderwerpen en situaties. In [hoofdstuk 5](#) zijn enkele nuttige verwijzingen te vinden.

Voor de leesbaarheid is ervoor gekozen om overal in de EuthanasieCode ‘hij’, ‘hem’ of ‘zijn’ te gebruiken. Uiteraard kunt u daarvoor ook ‘zij’ of ‘haar’ lezen.

¹ De tekst van de Wtl is opgenomen in de bijlage Relevante wetsbepalingen.

² Dit onderscheid komt bijvoorbeeld aan de orde in paragraaf 3.7., waarin het gaat om de medisch zorgvuldige uitvoering van euthanasie.

2. Hoofdlijnen van de wet, werkwijze van de commissies en betekenis van richtlijnen

2.1. Hoofdlijnen van de wet

Zorgvuldigheidseisen³

In de decennia voorafgaand aan de inwerkingtreding van de Wtl is in Nederland een (rechts)praktijk ontstaan waarin een arts onder omstandigheden mag voldoen aan een verzoek om euthanasie van een patiënt die ondraaglijk lijdt. Naast dit verzoek van de patiënt en de ondraaglijkheid van diens lijden, zijn er ook nog andere vereisten. Deze vereisten zijn sinds 2002 in de Wtl neergelegd.

De artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht bepalen dat euthanasie in Nederland strafbaar is. De Wtl heeft daar geen verandering in gebracht. Uitsluitend voor artsen is een uitzondering gemaakt. Een arts die euthanasie heeft uitgevoerd, voldaan heeft aan de in de Wtl genoemde zorgvuldigheidseisen én de euthanasie heeft gemeld, is niet strafbaar (zie § 2.2.).⁴

Deze eisen houden in dat de arts:

- a. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt (art. 2 lid 1 onder a Wtl);
- b. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt (art. 2 lid 1 onder b Wtl);

- c. de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten (art. 2 lid 1 onder c Wtl);
- d. met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was (art. 2 lid 1 onder d Wtl);
- e. ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d (art. 2 lid 1 onder e Wtl), en
- f. de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd (art. 2 lid 1 onder f Wtl).

Het lijden van de patiënt moet een medische grondslag hebben (zie § 3.3.). Het is echter niet vereist dat er sprake is van een somatische (lichamelijke) aandoening. Het is ook niet noodzakelijk dat de patiënt lijdt aan een levensbedreigende aandoening. In de Wtl is niet de voorwaarde opgenomen dat euthanasie alleen kan plaatsvinden in de stervensfase.

In gevallen waarin aan de door de wet genoemde zorgvuldigheidseisen is voldaan, speelt de levensverwachting van de patiënt geen rol. In de praktijk is deze levensverwachting vaak beperkt, maar de wet sluit

niet uit dat een arts tegemoet komt aan een verzoek om euthanasie van een patiënt die nog vele jaren zou kunnen leven.

De Wtl is van toepassing op euthanasie bij patiënten van 12 jaar en ouder. De wet bevat ten aanzien van verzoeken van minderjarigen enkele bepalingen over de betrokkenheid van de ouders.

› Zie ook § 4.2.

Enkele arresten van de Hoge Raad hebben betekenis voor de interpretatie van de Wtl. Deze uitspraken bevatten normen die in aanvulling op de Wtl van belang blijven. Waar nodig komen deze uitspraken hieronder aan de orde.

› *Schoonheim-arrest (1984): § 3.3.*

› *Chabot-arrest (1994): § 3.3.*

› *Brongersma-arrest (2002): § 3.3.*

› *arrest met betrekking tot de strafzaak inzake euthanasie bij patiënten met voortgeschreden dementie (2020): § 4.1.*

³ Zie voor uitvoeriger informatie euthanasiecommissie.nl.

⁴ De tekst van de artikelen 293 en 294 Wetboek van Strafrecht is opgenomen in de bijlage Relevante wetsbepalingen.

Een arts is niet verplicht een verzoek om euthanasie in te willigen, ook niet in gevallen waarin aan de zorgvuldigheidseisen van de Wtl is voldaan. Euthanasie is geen recht van de patiënt. Artsen mogen weigeren euthanasie uit te voeren. Als de arts de euthanasie niet wil uitvoeren, brengt de medische professionaliteit met zich mee dat hij dit in een zo vroeg mogelijk stadium aan de patiënt laat weten.⁵ De patiënt kan dan desgewenst met een andere arts contact opnemen. Artsen verwijzen soms naar een collega. Het komt ook voor dat de arts een patiënt verwijst naar Expertisecentrum Euthanasie.⁶

Melding en toetsing

De arts moet een uitgevoerde euthanasie melden bij de gemeentelijke lijkschouwer. Hij gebruikt hiervoor het model-formulier van de mededeling van de behandelende arts aan de gemeentelijk lijkschouwer betreffende het overlijden ten gevolge van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding en overhandigt dat bij de lijkschouwer. Hij geeft ook het door hem opgestelde beredeneerd verslag⁷ (hiervoor maakt de arts gebruik van het Model voor een verslag van de behandelend arts (hierna: modelverslag) zoals geregeld in het Besluit modellen artikel 9 lid 2 van de Wet op de lijkbezorging, te downloaden op euthanasiecommissie.nl en knmg.nl), samen met het verslag van de consulent, aan de lijkschouwer.⁸ Meestal

levert de arts ook andere informatie aan, zoals (delen van) het patiëntendossier, specialistenbrieven en, indien aanwezig, een schriftelijke wilsverklaring van de patiënt. De gemeentelijk lijkschouwer stuurt de melding met de bijbehorende stukken ter beoordeling naar de commissie van de regio waarin de euthanasie is uitgevoerd. Het is aan de commissie om de verslaglegging en de gang van zaken rond de euthanasie te toetsen.⁹ Komt de commissie tot het oordeel dat de arts aan alle vereisten heeft voldaan, dan bericht zij dat schriftelijk aan de arts. Daarmee eindigt de toetsing en beoordeling.

Is de commissie echter van mening dat de arts een of meer zorgvuldigheidseisen niet heeft nageleefd, dan krijgt niet alleen de arts daarvan schriftelijk bericht. De wet schrijft voor dat in dit geval de commissie haar oordeel ter kennis brengt van het Openbaar Ministerie (OM) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).¹⁰ Deze instanties beoordelen dan welke stappen zij geraden achten.

De commissie toetst de zorgvuldigheid van het handelen van de uitvoerend arts. Zij toetst aan de wet, de wetsgeschiedenis en de relevante jurisprudentie. Zij houdt daarbij ook rekening met eerdere uitspraken van de commissies, met de (medisch) professionele standaard en met beslissingen van het OM betreffende euthanasie.

De commissie gaat na of aan alle hiervoor genoemde zorgvuldigheidseisen is voldaan. Bij de zorgvuldigheidseisen a, b en d toetst de commissie of de arts in redelijkheid tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en dat er geen redelijke andere oplossing was. Bij de zorgvuldigheidseisen c, e en f toetst de commissie of de arts de patiënt heeft voorgelicht, of hij ten minste één onafhankelijke arts heeft geraadpleegd en of hij de euthanasie medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

2.2. Werkwijze van de commissies¹¹

Er zijn vijf regionale toetsingscommissies: een voor Groningen/Friesland/Drenthe/BES-eilanden¹², een voor Overijssel/Gelderland/Utrecht/Flevoland, een voor Noord-Holland, een voor Zuid-Holland/Zeeeland en een voor Noord-Brabant/Limburg.¹³

De commissies beoordelen de binnengekomen meldingen op basis van het beredeneerd verslag (oftewel het ingevulde modelverslag) van de uitvoerend arts, het daarbij gevoegde verslag van de consulent en overige relevante stukken (zoals het patiëntendossier, specialistenbrieven en/of een schriftelijke wilsverklaring).

⁵ Zie Regionaal Tuchtcollege Den Haag d.d. 19 juni 2012.

⁶ expertisecentrum euthanasie.nl.

⁷ Het 'beredeneerd verslag' is een wettelijke eis, opgenomen in art. 7 lid 2 van de Wet op de lijkbezorging. Het niet voldoen aan deze eis is een overtreding (art. 81 Wet op de lijkbezorging).

⁸ Zie artikel 7 lid 2 Wet op de lijkbezorging. De tekst van deze wetsbepaling is opgenomen in de bijlage Relevante wetsbepalingen.

⁹ De commissie kan daarbij zo nodig ook inlichtingen inwinnen bij de gemeentelijk lijkschouwer.

¹⁰ Meldingen die door een commissie als zorgvuldig worden beoordeeld, worden niet aan het OM en de IGJ doorgezonden. Het is mogelijk dat deze instanties langs andere weg (bijvoorbeeld een melding van een derde) van een dergelijke zaak op de hoogte raken. In dat geval hebben beide instanties de bevoegdheid om de zaak in onderzoek te nemen.

¹¹ Zie voor uitvoeriger informatie euthanasiecommissie.nl en de aldaar te downloaden Richtlijnen betreffende de werkwijze van de Regionale toetsingscommissies euthanasie (2019).

¹² Bonaire, Saba en Sint Eustatius.

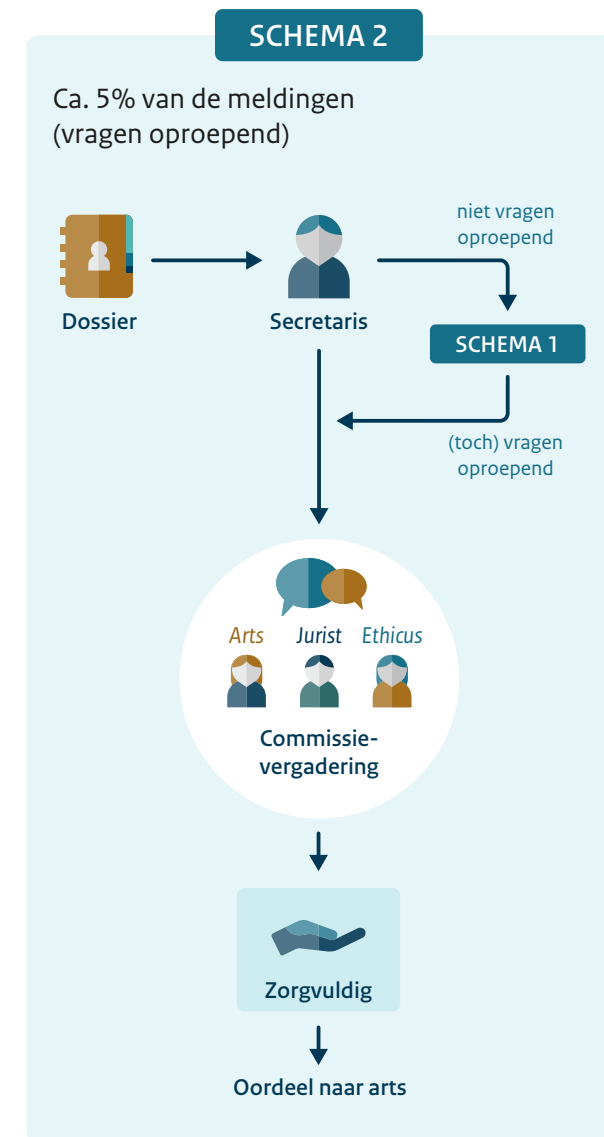
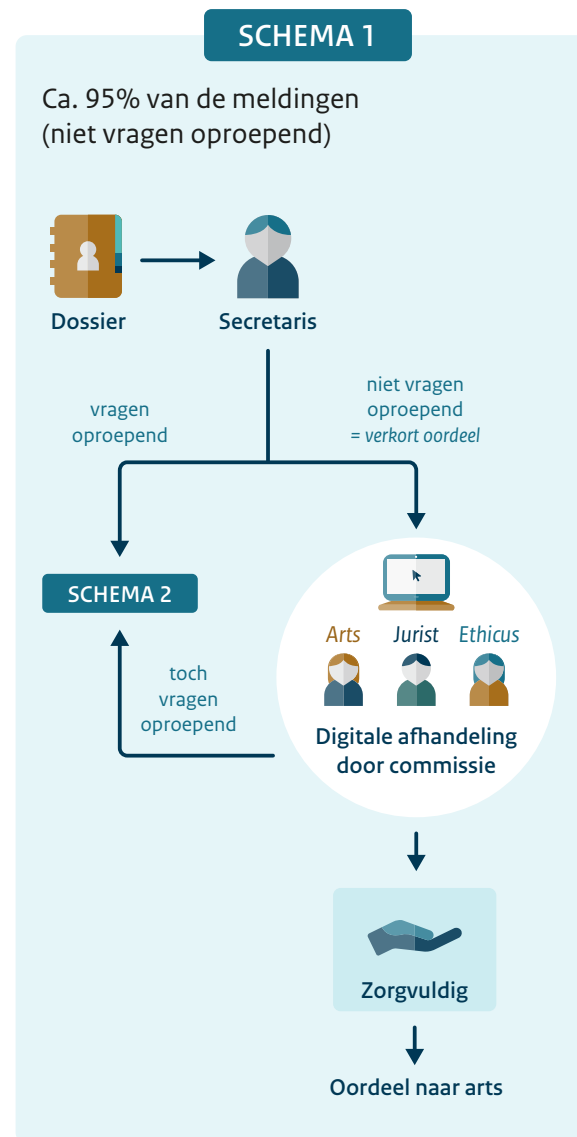
¹³ Zie voor de samenstelling van deze commissies euthanasiecommissie.nl.

Schema 1

De commissies maken onderscheid tussen ‘niet vragen oproepende’ meldingen (NVO’s, ongeveer 95% van de meldingen) en ‘vragen oproepende’ meldingen (VO’s, ongeveer 5% van de meldingen). Commissieleden beoordelen NVO’s digitaal. Zij kunnen daarover onderling overleggen via een beveiligd digitaal systeem. NVO’s worden niet op een vergadering besproken.

Schema 2

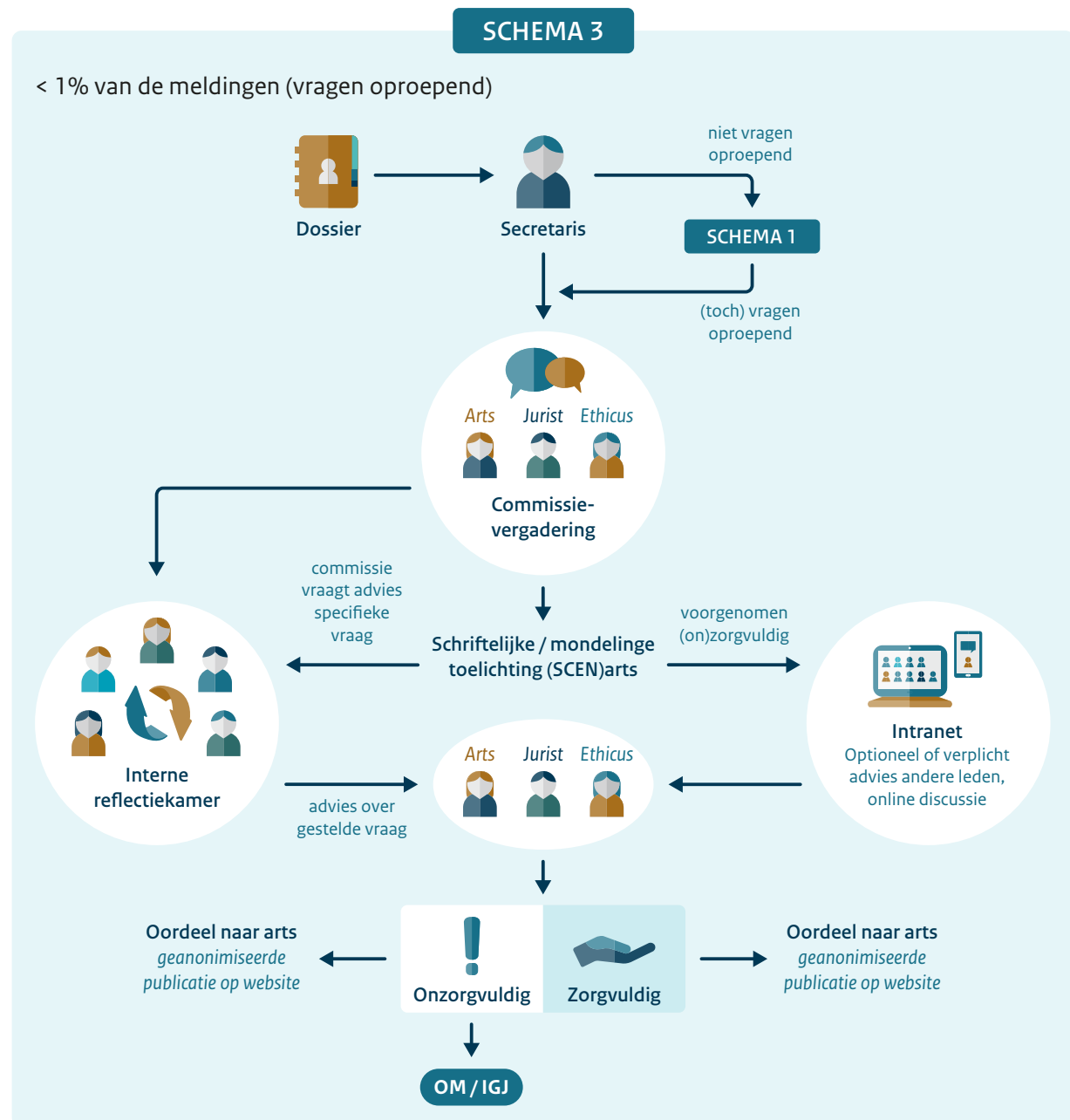
Rijzen tijdens de digitale behandeling van een NVO vragen, dan verandert in overleg de NVO in een VO. VO’s worden tijdens de commissievergadering besproken. Of er sprake is van een VO, wordt bepaald door de vragen die een bepaalde melding oproept. Bijvoorbeeld omdat het gaat om complexe kwesties of omdat het dossier op bepaalde punten niet duidelijk is.



Schema 3

De arts moet antwoord geven op de vragen in het modelverslag. In gevallen waarin de verstrekte informatie onvolledig is of vragen oproept, kan de commissie de uitvoerend arts of de consulent bellen en vragen om nadere informatie. De commissie kan ook de arts of de consulent verzoeken de informatie schriftelijk aan te vullen. Bovendien kan de commissie de arts of de consulent uitnodigen voor een toelichtend gesprek. Van dit gesprek wordt een verslag gemaakt. De arts (of de consulent als deze met de commissie heeft gesproken) krijgt dit verslag toegezonden voor eventueel commentaar. Tijdens het gesprek mag de arts zich desgewenst door iemand laten vergezellen. De commissies realiseren zich dat zo'n gesprek met een commissie voor de arts een grote belasting kan zijn. Een mondelinge toelichting kan echter nodig zijn voor het ophelderen van onduidelijkheden. In sommige gevallen kan zo'n toelichting essentieel zijn voor een goede beoordeling. De commissie kan niet alleen bij de arts en de consulent aanvullende informatie opvragen, maar ook bij de lijkschouwer of de betrokken hulpverleners.

Als de commissie overweegt te oordelen dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld, ontvangt de arts voorafgaand aan het nemen van dat besluit altijd een uitnodiging voor een gesprek. Daarin krijgt hij de gelegenheid om zijn handelen nader toe te lichten. Ook in deze situatie ontvangt de arts het gespreksverslag en kan hij daarop commentaar geven. Blijft de commissie na het gesprek met de arts bij haar voorgenomen oordeel, dan legt de commissie haar conceptoordeel digitaal ter advisering voor aan alle leden en secretarissen van de RTE. Het is vervolgens aan de commissie om tot een definitief oordeel te komen.



Ook in andere gevallen kan een commissie besluiten een conceptoordeel aan de leden en secretarissen van alle commissies voor te leggen. Te denken valt aan oordelen over complexe meldingen, of over meldingen waarin nieuwe (rechts)vragen aan de orde zijn. Op die manier streven de commissies naar harmonisatie van hun oordelen, ten behoeve van rechtszekerheid en rechtseenheid.

De RTE hebben in 2017 een interne reflectiekamer ingesteld die adviezen uitbrengt over rechtsvragen, onder meer met het doel om de onderlinge afstemming en consistentie van uitspraken verder te bevorderen. Een commissie of het voorzittersoverleg kan aan de reflectiekamer advies vragen over een bepaalde kwestie. Het is vervolgens aan die commissie of het voorzittersoverleg om te bepalen wat er met dat advies gebeurt.

De commissie brengt haar oordeel in beginsel binnen zes weken na ontvangst van de melding ter kennis van de arts. Deze periode kan met zes weken worden verlengd als omstandigheden dat nodig maken. De commissie brengt de arts van dat uitstel op de hoogte.

2.3. Betekenis van medisch-professionele standpunten en richtlijnen

Bij het beoordelen van meldingen van euthanasie heeft de commissie een eigen, op de wet gebaseerde verantwoordelijkheid. Dat betekent dat medisch-professionele standpunten en richtlijnen van belang zijn voor zover zij passen binnen het wettelijk kader. Het kan voorkomen dat er een verschil bestaat tussen een standpunt of een richtlijn en de wet of de rechtspraak, meer in het bijzonder dat het standpunt of de richtlijn strengere eisen stelt dan de wet of de rechtspraak. In een dergelijk geval zijn voor de commissie de wet, de rechtspraak en de bestaande toetsingspraktijk doorslaggevend.¹⁴ Ook kan het zijn dat er in die standpunten of richtlijnen aspecten aan de orde komen waar de arts in het kader van zijn professionele verantwoordelijkheid wel rekening mee moet houden, maar die in het kader van een beoordeling door de commissie niet van belang zijn.¹⁵ In zo'n geval kan het voorkomen dat de commissie oordeelt dat de arts aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan, terwijl hij niet volledig conform professionele normen van zijn beroepsgroep heeft gehandeld.

Binnen de medische beroepsgroep zijn verscheidene standpunten en richtlijnen ontwikkeld die van belang zijn wanneer een arts een beslissing moet nemen met betrekking tot een verzoek van een patiënt om euthanasie.

Bijvoorbeeld het *Standpunt Beslissingen rond het levenseinde* van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (verder: KNMG) (2021), de *Richtlijn Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn* van de KNMG (2010) en de *Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis* van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (verder: NVvP) (2018). Deze standpunten en richtlijnen zijn doorgaans behulpzaam bij het interpreteren van de algemeen geformuleerde wettelijke zorgvuldigheidseisen (waarover meer in hoofdstuk 3). Er is één richtlijn waarnaar de commissies expliciet verwijzen in hun oordelen. Dit is de *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* van de KNMG en KNMP (2021). Deze richtlijn is van belang bij de toetsing aan de zorgvuldigheidseis dat de euthanasie medisch zorgvuldig moet zijn uitgevoerd. Daarbij gaat het onder meer om de keuze van de middelen, de dosering daarvan en ook om de adequate vaststelling van een voldoende verlaging van het bewustzijn van de patiënt. Zeker gelet op de verwijzing in deze zorgvuldigheidseis naar 'medisch' zorgvuldige uitvoering ligt het voor de hand dat de commissie zich oriënteert op de richtlijn die door de beroepsgroepen (artsen en apothekers) ter zake is opgesteld.

¹⁴ Zie ook de brief die de minister van VWS op 4 juli 2014 naar de Tweede Kamer zond (Kamerstukken II, 2013-2014, 32647, nr. 30).

¹⁵ Te denken valt aan de in het tuchtrecht geformuleerde zorgvuldigheid die een arts in acht moet nemen jegens de familie van een patiënt. Zie bijvoorbeeld Regionaal Tuchtcollege Zwolle 18 mei 2006, GJ 2006/135 en Regionaal Tuchtcollege Den Haag 23 oktober 2012, GJ 2013/8.

3. Wettelijke zorgvuldigheidseisen

3.1. Uitvoerend arts

Op grond van de Wtl is alleen een arts gerechtigd om uitvoering te geven aan een verzoek van een patiënt om euthanasie. De wet richt zich tot de arts die de euthanasie daadwerkelijk uitvoert. Doorgaans gaat het om de behandelend arts van de patiënt, maar dat is geen wettelijk vereiste. In alle gevallen geldt dat de uitvoerend arts zich gedegen moet hebben geïnformeerd over de situatie van de patiënt en dat hij persoonlijk moet hebben vastgesteld dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Een behandelend arts die de patiënt al lang(ere tijd) kent, zal zich mede op die kennis kunnen baseren.

Een niet-behandelend arts in niet-acute situaties

Ook een arts die geen behandelaar is van de patiënt kan aan een verzoek om euthanasie tegemoetkomen. Deze arts zal in het algemeen aannemelijk moeten maken dat hij voldoende tijd heeft genomen om de situatie van de patiënt, in relatie tot de wettelijke eisen, goed te kunnen doorgronden. In gevallen waarin de uitvoerend arts geen behandelaar is van de patiënt, is het van belang dat de arts in de verslaglegging voor de commissie aangeeft hoe vaak en hoe uitvoerig de arts met de patiënt heeft gesproken.

Een niet-behandelend arts in acute situaties

Door omstandigheden kan het gebeuren dat een andere arts dan de behandelend arts de euthanasie op het laatste moment uitvoert (bijvoorbeeld een waarnemer of een collega in het geval dat de arts niet beschikbaar is en de situatie van de patiënt onverwacht snel verslechtert). De wettelijke meldplicht rust op de arts die de euthanasie daadwerkelijk heeft uitgevoerd. In de bedoelde situaties zal de uitvoerend arts zich mogen baseren op de informatie van eveneens bij het euthanasietraject betrokken collegae, maar hij zal zich ook zelf ervan moeten vergewissen dat aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Waar in het navolgende over ‘de arts’ wordt gesproken, gaat het om de uitvoerend arts.

3.2. Vrijwillig en weloverwogen verzoek

De wet bepaalt dat de arts de overtuiging moet hebben gekregen dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. De wet schrijft niet voor dat het moet gaan om een schriftelijk verzoek. Een mondeling verzoek volstaat.

Uit de wet vloeit voort dat de patiënt zelf het verzoek moet doen. Een verzoek om euthanasie dat anderen namens de patiënt doen, kan niet worden gehonoreerd.¹⁶ In alle gevallen moet duidelijk zijn dat het verzoek door de patiënt zelf is geuit.¹⁷

Een verzoek kan al ruimschoots voor de daadwerkelijke uitvoering van de euthanasie door een patiënt gedaan zijn. Wanneer het ziektebeeld van de patiënt snel verslechtert, kan het tijdsverloop tussen verzoek en uitvoering (zeer) kort zijn. Dit laatste betekent dat een verzoek niet per se ‘duurzaam’ hoeft te zijn, in de zin dat inwilliging van het verzoek alleen kan als het langere tijd is gehandhaafd. Ook aarzelingen bij de patiënt met betrekking tot euthanasie komen voor en zijn begrijpelijk. Het gaat er uiteindelijk om dat het verzoek in de ogen van de arts ondubbelzinnig en consistent is.

¹⁶ Het is dus niet mogelijk dat een patiënt een ander machtigt om namens hem een verzoek om euthanasie te doen. Uitgangspunt is dat de patiënt zelf om euthanasie moet verzoeken; zie Kamerstukken II, 1998-1999, 26691, nr. 3, p. 9. Wel kunnen anderen een arts erop attenderen dat de patiënt een wens tot euthanasie heeft, zodat de arts daarover met de patiënt in gesprek kan gaan of, als de patiënt niet meer tot communicatie in staat is, een eventuele schriftelijke wilsverklaring kan beoordelen.

¹⁷ Zie oordeel 2022-035 op de website van de RTE. Het ging hierbij om een vrouw die geen Nederlands of Engels sprak. Een naaste tolkte voor haar. In haar oordeel staat de commissie expliciet stil bij de vraag of de arts onder deze omstandigheden tot de overtuiging kon komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Immers, duidelijk moet zijn dat het verzoek door de patiënt zelf is geuit. In deze zaak was de commissie van oordeel dat van dit laatste sprake was.

De meeste patiënten zijn tot het moment van euthanasie in staat tot verbale of schriftelijke communicatie. In een aantal gevallen kan het communicatievermogen van de patiënt door diens ziekte echter (sterk) afnemen of bemoeilijkt worden. Daarbij kunnen uiteenlopende situaties aan de orde zijn, bijvoorbeeld:

- de patiënt kan het verzoek niet meer onder woorden brengen, maar nog wel op andere manieren communiceren (bijvoorbeeld met handgebaren, door te knikken, door in een hand te knijpen in reactie op gesloten vragen van de arts of met behulp van een spraakcomputer);
- de patiënt kan het verzoek nog wel uiten, maar niet meer beargumenteren.

In deze gevallen gaat het erom dat, op basis van de uitingen die de patiënt nog wel kan doen en door diens gedrag, de arts ervan overtuigd is dat sprake is van een (gecontinueerd) verzoek. De uitingen waartoe de patiënt op dat moment nog wel in staat is, kunnen dan worden beoordeeld in samenhang met eerdere (schriftelijke) verklaringen, gedragingen of signalen van de patiënt.

In de situatie waarin de patiënt zijn wil ten aanzien van euthanasie niet meer kan uiten, kan een (eerder opgestelde) schriftelijke wilsverklaring in de plaats treden van het mondelinge verzoek van de patiënt.

➤ zie ook over de schriftelijke wilsverklaring § 4.1.

Vrijwillig verzoek

Het verzoek van de patiënt moet vrijwillig zijn. Aan de vrijwilligheid zitten twee aspecten.

In de eerste plaats moet het verzoek zijn gedaan zonder onaanvaardbare invloed van anderen (externe vrijwilligheid). De arts moet zich ervan overtuigen dat van dergelijke invloed geen sprake is. Aandacht vraagt ook de situatie waarin een naaste van de patiënt zich te nadrukkelijk mengt in het gesprek tussen de arts en de patiënt, of voortdurend antwoorden geeft die de arts van de patiënt zelf wil horen. Dergelijke omstandigheden kunnen het nodig maken dat de arts ook onder vier ogen met de patiënt spreekt. Dat een patiënt zelf meent een belasting voor anderen te zijn en mede om die reden om euthanasie verzoekt, hoeft niet te betekenen dat daarom van vrijwilligheid geen sprake is.¹⁸

In de tweede plaats moet de patiënt wilsbekwaam zijn ten aanzien van zijn euthanasieverzoek (interne vrijwilligheid).¹⁹ Dat betekent dat de patiënt voldoet aan vier kenmerken.²⁰ Hij is in staat op begrijpelijke wijze te communiceren over zijn euthanasieverzoek. Hij kan de relevante (medische) informatie over zijn situatie en prognose begrijpen. Hij heeft ziekte-inzicht: dat wil in dit verband zeggen dat de patiënt overzicht heeft over zijn situatie en de gevolgen van euthanasie en over eventuele alternatieven. Tot slot is hij in staat duidelijk te maken waarom hij euthanasie wil.

Wilsbekwaamheid kan wisselen in de tijd. Ook kan een patiënt tegelijk wilsbekwaam zijn voor de ene beslissing (bijvoorbeeld een verzoek om euthanasie) en onbekwaam voor de andere (bijvoorbeeld het beheer van financiën). Dat komt ook tot uiting in de omschrijving van wilsbekwaamheid in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (art. 7:465 BW): de patiënt kan in staat worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van de beslissing die aan de orde is.²¹

Als een patiënt wilsonbekwaam ter zake is, voorziet de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) erin dat zijn vertegenwoordiger namens hem geïnformeerde toestemming kan geven voor een bepaalde medische verrichting. Bij een verzoek om euthanasie is vertegenwoordiging niet mogelijk. Wat betreft euthanasie moet de patiënt zelf in staat zijn om de reikwijdte van een dergelijk verzoek te overzien, de informatie over zijn prognose en de alternatieven te begrijpen, en tot een beslissing te komen. Als een patiënt niet meer wilsbekwaam is ten aanzien van een euthanasieverzoek, kan een schriftelijke wilsverklaring die opgesteld is toen hij nog wel wilsbekwaam was ten aanzien van zijn verzoek, in de plaats treden van een mondeling verzoek.

¹⁸ Het gevoel een belasting voor anderen te zijn, kan bijdragen aan het door de patiënt ervaren lijden.

¹⁹ In de parlementaire stukken bij de WtI wordt bij herhaling aangegeven dat de patiënt wilsbekwaam moet zijn om een euthanasieverzoek te doen; zie bv. Kamerstukken II, 1999–2000, 26691, nr. 6, p. 5–7.

²⁰ P.S. Appelbaum en T. Grisso, "Assessing patients' capacities to consent to treatment", The New England Journal of Medicine 1988: 1635–1638.

²¹ Zie de Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid (versie 2007).

In veel gevallen zal er geen twijfel zijn over de wilsbekwaamheid van de patiënt aangaande zijn euthanasieverzoek. In bepaalde gevallen en bij bepaalde ziektebeelden zal het echter noodzakelijk zijn expliciet en uitvoeriger stil te staan bij de wilsbekwaamheid ter zake. Bij twijfel over de wilsbekwaamheid van de patiënt ten aanzien van zijn euthanasieverzoek ligt het voor de hand dat de arts specifiek daarover advies van een deskundige collega vraagt. Dit adviesverzoek kan een onderdeel zijn van de vraagstelling aan de consulent als bedoeld in art. 2 lid 1 onder e Wtl. Daarnaast kan deze wilsbekwaamheid voorafgaand aan de consultatie ook door een ter zake deskundige arts worden beoordeeld.

› zie over specifieke patiëntengroepen § 4.4., 4.5. en 4.6.

De eis met betrekking tot de wilsbekwaamheid van de patiënt ten aanzien van het euthanasieverzoek houdt nauw verband met de eis met betrekking tot de weloverwogenheid van het euthanasieverzoek, zie hieronder.

Weloverwogen verzoek

Het verzoek moet voorts weloverwogen zijn. Dat betekent dat de patiënt een zorgvuldige afweging heeft gemaakt op basis van voldoende informatie en een helder ziekte-inzicht. Het mag niet gaan om een verzoek dat in een opwelling is gedaan. Voorzichtigheid is ook geboden in gevallen waarin de patiënt blijkt geeft van twijfel, door in een bepaald tijdsbestek een verzoek te doen, dat weer in te trekken, het verzoek opnieuw te doen etc. Dat een patiënt soms aarzelt of twijfelt met betrekking tot een zo ingrijpende aangelegenheid als euthanasie, is goed te begrijpen. Die aarzeling of twijfel hoeft geen

contra-indicatie voor euthanasie te zijn. Het gaat erom dat het verzoek, alle omstandigheden en uitingen van de patiënt in aanmerking nemend, ondubbelzinnig is.

Met betrekking tot de zorgvuldigheidseis inzake het vrijwillig en weloverwogen verzoek kunnen in bepaalde situaties bijzondere vragen rijzen. Te denken valt aan gevallen waarin het gaat om patiënten met een psychische stoornis, om patiënten met dementie, om patiënten met een verstandelijke beperking, om patiënten met afasie, om patiënten die in een situatie van coma of verlaagd bewustzijn verkeren of om minderjarigen.

› zie over deze bijzondere situaties hoofdstuk 4.

VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK: KERNPUNTEN

- Verzoek door de patiënt zelf gedaan
- *Externe* vrijwilligheid: geen onaanvaardbare invloed van anderen
- *Interne* vrijwilligheid of wilsbekwaamheid inzake het euthanasieverzoek: inzicht in en begrip van de situatie
- Weloverwogen verzoek: goed voorgelicht, ondubbelzinnig, geen opwelling
- Een schriftelijke wilsverklaring kan in de plaats treden van een mondeling verzoek (zie § 4.1.)
- Bijzondere aandacht voor verzoeken in specifieke situaties (zie hoofdstuk 4)

3.3. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

Enkele algemene aspecten

Lijden is een breed begrip. Lijden kan het gevolg zijn van pijn en benauwdheid, uitputting, lichamelijke achteruitgang, uitzichtloosheid, maar ook van een toenemende afhankelijkheid of een door de patiënt ervaren ontluistering of verlies van waardigheid. Al in het Schoonheim-arrest uit 1984 oordeelde de Hoge Raad dat lijden kan bestaan uit (angst voor) steeds verdergaande ontluistering of uit het vooruitzicht niet meer waardig te kunnen sterven.

De lijdensdruk die de patiënt ervaart, heeft zelden slechts één dimensie. In de praktijk gaat het vrijwel altijd om een combinatie van facetten van lijden, waaronder de uitzichtloosheid, die de ondraaglijkheid daarvan bepalen. De arts moet alle aspecten onderzoeken die tezamen het lijden voor de patiënt ondraaglijk maken.

Noodzakelijk is dat de patiënt het lijden ervaart. Er kunnen zich situaties voordoen waarin de patiënt geen lijden meer ervaart, zoals bij coma, of waarin daarover twijfel bestaat, zoals bij verlaagd bewustzijn. Is de patiënt in een situatie komen te verkeren waarin hij het lijden niet (meer) ervaart, dan is inwilliging van een verzoek om euthanasie in beginsel niet mogelijk. Het feit dat de naasten van de patiënt diens situatie als ontluisterend ervaren, maakt dat niet anders.

› zie ook over coma en verlaagd bewustzijn § 4.8.

› zie ook over de relatie tussen euthanasie en palliatieve sedatie § 4.9.

Dat de patiënt het lijden ervaart, kan blijken uit wat hij erover zegt, maar ook uit andere uitingen of lichaamsreacties van de patiënt. In gevallen waarin de patiënt zijn lijden niet meer goed onder woorden kan brengen, dient de arts juist ook acht te slaan op andere signalen die iets kunnen zeggen over de lijdensdruk van de patiënt.

Medische grondslag van het lijden

De RTE hanteren als uitgangspunt dat de arts de overtuiging moet krijgen dat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt op basis van een medische grondslag (Brongersma-arrest, 2002). De aandoening kan zowel somatisch als psychisch van aard zijn (Chabot-arrest, 1994). Het hoeft niet te gaan om één overheersende medische aandoening. Het lijden van de patiënt kan ook het gevolg zijn van een stapeling van grotere en kleinere aandoeningen. Patiënten kunnen ondraaglijk lijden door de optelsom van aandoeningen. Wat ondraaglijk is, verschilt van patiënt tot patiënt. Of patiënten hun aandoeningen als ondraaglijk ervaren hangt samen met hun ziekte-geschiedenis, levensgeschiedenis, persoonlijkheid, waardenpatroon en draagkracht.

Stapeling van ouderdomsaandoeningen

Wil een patiënt in aanmerking komen voor euthanasie dan moet zijn lijden dus een medische grondslag hebben. Maar niet is vereist dat er een *levensbedreigende* aandoening bestaat. Ook een stapeling van ouderdomsaandoeningen – zoals slechthoofdpijn, slechthoofdpijn, botontkalking, gewrichtsslijtage, evenwichtsproblemen, cognitieve achteruitgang – kan oorzaak zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden.

Deze, veelal degeneratieve, aandoeningen treden doorgaans op hogere leeftijd op. Eén of een optelsom van meerdere van deze aandoeningen en daarmee samenhangende klachten kan lijden veroorzaken. Ook voor deze patiënten geldt dat het lijden en de ondraaglijkheid ervan samenhangen met zaken als levensgeschiedenis, persoonlijkheid en draagkracht.

Daarmee onderscheidt een stapeling van vooral degeneratieve aandoeningen zich van de voltooid-leven-problematiek, althans voor zover daarmee bedoeld wordt op een lijden zonder medische grondslag. Anders dan de voltooid-leven-problematiek heeft een stapeling van ouderdomsaandoeningen wél een medische grondslag.

› zie voor 'voltooid leven' § 4.10.

Uitzichtloosheid van het lijden

Het lijden van een patiënt wordt als *uitzichtloos* beschouwd als de ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt niet te genezen is en het ook niet mogelijk is de symptomen zodanig te verzachten dat daardoor de ondraaglijkheid verdwijnt. Bij het beoordelen van de uitzichtloosheid staan de diagnose en de prognose centraal. De uitzichtloosheid betreft de vraag of er een reëel uitzicht is op het wegnemen of verzachten van de symptomen anders dan door euthanasie. Daarbij moet de arts rekening houden met zowel de mate van verbetering die de behandeling kan bewerkstelligen als met de belasting die deze behandeling voor de patiënt met zich brengt. De uitzichtloosheid moet worden gezien in relatie tot de ziekte of aandoening van de patiënt en de daarmee verbonden symptomen. Van uitzichtloosheid is sprake wanneer curatieve of palliatieve behandelopties om de ondraaglijkheid van het lijden weg te

nemen, ontbreken. De beoordeling van de uitzichtloosheid van het lijden hangt nauw samen met het beoordelen van de zorgvuldigheidseis dat voor het wegnemen of verminderen van het lijden geen redelijke andere oplossing bestaat (art. 2 lid 1 onder d WtI).

› zie ook § 3.5.

Patiënten gebruiken de term uitzichtloos soms ook om aan te geven dat het feit dat er geen verbetering meer mogelijk is, het lijden voor hen ondraaglijk maakt en dat zij daarom wensen dat er een einde komt aan hun lijden. In die zin draagt de door de patiënt ervaren uitzichtloosheid bij aan de ondraaglijkheid van het lijden.

Ondraaglijkheid van het lijden

De ondraaglijkheid van het lijden is soms moeilijk vast te stellen, omdat de beleving van lijden sterk persoonsgebonden is. Wat voor de ene patiënt nog draaglijk kan zijn, is dat voor de andere patiënt niet. Het gaat om de beleving van de individuele patiënt. Of patiënten hun lijden als ondraaglijk ervaren hangt samen met hun levens- en ziektegeschiedenis, persoonlijkheid, waardenpatroon en fysieke en psychische draagkracht. Het moet voor de arts, mede gelet op het voortraject, invoelbaar en begrijpelijk zijn dat het lijden voor deze patiënt ondraaglijk is. De arts dient zich dan ook niet alleen in de situatie, maar ook in het perspectief van de betreffende patiënt te verplaatsen.

De angst voor in het verschiet liggende achteruitgang van de gezondheid kan voor de patiënt een bepalende factor bij het lijden zijn. Hierbij kan het gaan om (angst voor) toenemende pijn, verdergaande ontlustering, benauwdheid of misselijkheid, maar ook om situaties

waarin kernwaarden van de patiënt (zoals zelfstandigheid en waardigheid) worden aangetast. Het actuele lijden van de patiënt hangt dan samen met het besef dat zijn situatie alleen maar zal verslechteren en dat waarden en omstandigheden die voor de patiënt belangrijk zijn steeds meer onder druk komen te staan. Te denken valt hierbij niet alleen aan bijvoorbeeld kanker, maar ook aan voortschrijdende ALS, MS, dementie en de ziekte van Parkinson.

UITZICHTLOOS EN ONDRAAGLIJK LIJDEN: KERNPUNTEN

- Het lijden moet een medische grondslag hebben
- Het lijden kan het gevolg zijn van een optelsom van psychische en/of fysieke aspecten
- Het lijden kan het gevolg zijn van klachten door een combinatie van aandoeningen
- Het lijden kan het gevolg zijn van klachten door een stapeling van ouderdomsaandoeningen
- Uitzichtloosheid: curatieve of palliatieve behandelopties om de ondraaglijkheid van het lijden weg te nemen, ontbreken (zie ook § 3.5.)
- Ondraaglijk lijden: het gaat om het lijden van ‘deze’ patiënt (in relatie tot zijn levens- en ziektegeschiedenis, persoonlijkheid, waardepatroon en draagkracht). Het lijden is voor de arts invoelbaar en begrijpelijk
- Angst voor toekomstige achteruitgang kan onderdeel zijn van ondraaglijk lijden
- De patiënt moet het lijden zelf ervaren

3.4. Voorlichting aan de patiënt

De arts dient de patiënt te hebben voorgelicht over zijn situatie en zijn vooruitzichten. Van een weloverwogen verzoek als bedoeld in art. 2 lid 1 onder a Wtl kan alleen sprake zijn als de patiënt goed op de hoogte is van zijn gezondheidssituatie (ziektebeeld, diagnose, prognose, behandel mogelijkheden). De commissie beoordeelt of de arts de patiënt voldoende heeft voorgelicht. De arts behoort na te gaan of de patiënt voldoende is geïnformeerd en of hij de verstrekte informatie ook begrepen heeft. Hij mag dat niet zomaar aannemen, ook niet in gevallen waarin bij de aanloop naar het verzoek ook andere artsen betrokken waren.

In het geval van een langdurig ziekbed zal de patiënt doorgaans goed van zijn situatie en vooruitzichten op de hoogte zijn. Mogelijk is ook al enkele malen over euthanasie gesproken. In andere gevallen kan een euthanasieverzoek voor de arts vrij plotseling komen. Vooral in die laatste gevallen is het belangrijk dat de arts zich ervan vergewist dat de patiënt op de hoogte is van alle relevante informatie. Dit houdt verband met het ingrijpende karakter van een verzoek om en een beslissing tot euthanasie.

VOORLICHTING: KERNPUNTEN

- De patiënt is voorgelicht over zijn gezondheidssituatie en de vooruitzichten
- De arts stelt vast dat de patiënt de informatie begrepen heeft

3.5. Ontbreken van een redelijke andere oplossing

De arts moet met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is. Deze zorgvuldigheidseis, die gezien moet worden in relatie tot de uitzichtloosheid van het lijden, houdt verband met het ingrijpende en onomkeerbare karakter van euthanasie. Als er minder ingrijpende manieren zijn om het ondraaglijk lijden van de patiënt weg te nemen of wezenlijk te verminderen, verdienen die de voorkeur.

De vraag of er sprake is van redelijke andere oplossingen moet worden beoordeeld in het licht van de diagnose en prognose. In gevallen waarin de arts onvoldoende deskundig is om te beoordelen of er redelijke alternatieven zijn, is het aangewezen dat hij nagaat of er artsen bij de behandeling betrokken waren die wat dat betreft deskundig zijn of dat hij een collega raadpleegt met meer deskundigheid op het betreffende gebied. Dat hij dit gedaan heeft, zal uit de verslaglegging van de arts moeten blijken.

Het gaat bij deze zorgvuldigheidseis om een overtuiging van de arts en de patiënt gezamenlijk. Dit betekent dat de beleving en de wensen van de patiënt een belangrijke rol spelen. Er is sprake van een alternatief voor euthanasie als er een reële, en voor de patiënt redelijke, mogelijkheid is om het lijden te verzachten of weg te nemen (daarbij hoeft het niet alleen om een medische interventie te gaan). De voordelen van het alternatief moeten groter zijn dan de nadelen. ‘Redelijk’ houdt onder meer in dat er een

gunstige verhouding is tussen het met het alternatief te bereiken effect en de belasting daarvan voor de patiënt. Ook moet de door het alternatief te bereiken verbetering op afzienbare termijn kunnen worden gerealiseerd; hierbij speelt de levensverwachting van de patiënt een rol. De mogelijke belasting voor de patiënt moet worden beoordeeld in het licht van de omstandigheden van het geval. Omstandigheden als het aantal behandelingen dat een patiënt al ondergaan heeft, de eventuele bijwerkingen van een behandeling, de fase van het ziekteproces van de patiënt en diens leeftijd, medische situatie en fysieke en psychische draagkracht. Het is niet noodzakelijk dat alle denkbare mogelijkheden worden uitgetoetst. Soms geldt: “genoeg is genoeg”.

Een ingrijpende of langdurige interventie met een beperkt resultaat is in het algemeen geen “redelijk alternatief”. Een ingreep of behandeling die het lijden gedurende een langere tijd substantieel kan verminderen of wegnemen, wel. Een patiënt die wilsbekwaam is wat betreft het instemmen met een behandeling heeft vanzelfsprekend het recht een dergelijke interventie te weigeren. Echter, het gevolg van die weigering kan zijn dat het euthanasieverzoek van de patiënt op dat moment niet kan worden ingewilligd.

Rond het levenseinde speelt palliatieve zorg een belangrijke rol. Een patiënt kan goede redenen hebben om palliatieve behandeling te weigeren, bijvoorbeeld omdat hij niet suf wil worden of zijn bewustzijn niet wil verliezen. Belangrijk is dat de arts de patiënt goed voorlicht over de voor- en nadelen van palliatieve behandeling, maar de uiteindelijke beslissing om van deze optie gebruik te maken ligt bij de patiënt.

Er is dus sprake van een redelijke andere oplossing als deze:

- a. leidt tot een wezenlijke vermindering van het ondraaglijk lijden van de patiënt;
- b. effect heeft binnen een redelijke termijn;
- c. een aanvaardbare verhouding heeft tussen voor- en nadelen (effect versus belasting).

Bij het beoordelen van de vraag of een oplossing ‘redelijk’ is, heeft de patiënt een belangrijke stem.

De arts dient in zijn verslaglegging ten behoeve van de commissie aan te geven of er alternatieven waren, hoe hij deze met de patiënt heeft besproken, en waarom deze voor de patiënt niet redelijk waren.

ONTBREKEN VAN EEN REDELIJKE ANDERE OPLOSSING: KERNPUNTEN

- Gezamenlijke opvatting van de arts en de patiënt
- Redelijke andere oplossing; wezenlijke impact op het lijden, effect op afzienbare termijn, gedurende een langere tijd, gunstige verhouding tussen voor- en nadelen
- Belasting voor de patiënt beoordelen in het licht van diens specifieke omstandigheden
- Als de patiënt een redelijke andere oplossing weigert, kan dit de uitvoering van euthanasie in de weg staan
- Een afwijzing van palliatieve sedatie door de patiënt hoeft geen belemmering te zijn voor uitvoering van euthanasie

3.6. Onafhankelijke consulent

De arts behoort voorafgaand aan het uitvoeren van de euthanasie ten minste één andere, onafhankelijke arts te raadplegen, die de patiënt ziet en beoordeelt of is voldaan aan de in de § 3.2. tot en met 3.5. behandelde wettelijke zorgvuldigheidseisen a tot en met d. De WtI schrijft niet voor dat de consulent zich uitlaat over de medisch zorgvuldige uitvoering van euthanasie, zorgvuldigheidseisen f (zie hieronder § 3.7.). Er is echter niets op tegen dat de consulent zo nodig de arts hierover adviseert.

De geraadpleegde consulent geeft een onafhankelijk oordeel over de vraag of hij vindt dat aan de eerste vier zorgvuldigheidseisen (a tot en met d) is voldaan en doet daarvan schriftelijk verslag aan de arts. Dit consult is bedoeld om een zo zorgvuldig mogelijk besluitvormingsproces van de arts te bevorderen. Het helpt de arts na te gaan of aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan en te reflecteren op het euthanasieverzoek alvorens hij een definitief besluit neemt. De arts moet kennisnemen van het verslag van de consulent en het betrekken in zijn afweging om over te gaan tot euthanasie. Ook voor de commissie is het verslag essentieel om tot een oordeel te komen dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. De commissie hecht eraan dat de uitvoerend arts het consult aanvraagt. Als de arts daarvan afwijkt, verwacht de commissie dat de arts dit toelicht in zijn verslag.

Het komt voor dat de patiënt onder behandeling is van een aantal met elkaar samenwerkende artsen. In zo’n situatie kan het zijn dat een van hen het consult aanvraagt en dat vervolgens een van de anderen de uitvoering van

de euthanasie op zich neemt. Als de uitvoerend arts een andere is dan de consultvragend arts zal de uitvoerend arts voorafgaand aan de uitvoering van de euthanasie contact moeten opnemen met de consulent om te laten weten dat hij de euthanasie zal gaan uitvoeren. De consulent en de uitvoerend arts zullen zich dan onafhankelijk moeten verklaren ten opzichte van elkaar. De uitvoerend arts moet kennisnemen van het verslag van de consulent en het betrekken in zijn afweging om over te gaan tot euthanasie.

Het is niet de bedoeling dat de consulent de arts beoordeelt. Het is ook niet de taak van de consulent de arts 'toestemming' te geven. Het is de bedoeling dat de consulent zelf tot een oordeel komt of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan en de arts daarover met redenen omkleed schriftelijk informeert.

Bij voorkeur is de als onafhankelijke arts geraadpleegde consulent een zogenoemde SCEN-arts. SCEN betekent: Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland. SCEN is een programma van de KNMG. Een SCEN-arts is een door de KNMG opgeleide arts die bereikbaar en beschikbaar is om een onafhankelijke en deskundige beoordeling uit te voeren in het kader van een euthanasieverzoek. SCEN-artsen verlenen ook steun en verstrekken informatie. Alleen artsen kunnen een SCEN-arts inschakelen. De KNMG heeft een richtlijn voor SCEN-artsen vastgesteld, met als titel *Steun en consultatie bij euthanasie* (2023). De arts heeft groot belang bij een degelijk en volledig consultatieverslag. SCEN heeft daarom een *Checklist consultatieverslag* opgesteld. Ook heeft de KNMG een *Modelverslag voor SCEN-artsen* (2023) opgesteld. De genoemde documenten zijn te vinden

op scen.nl. SCEN-artsen maken deel uit van een regionale SCEN-groep, die zich onder meer richt op kwaliteitsborging door middel van intervisie.

Informatiebehoefte van de arts in een vroege fase

De onafhankelijke consulent zoals bedoeld in de WtI is degene aan wie de arts een 'breed' oordeel over de zaak vraagt: is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen zoals genoemd in art. 2 lid 1 onder a tot en met d WtI (verzoek, lijden, voorlichting, alternatieven)? De stap om een onafhankelijke consulent te raadplegen zal doorgaans in beeld komen als de arts serieus overweegt om het verzoek van de patiënt uit te voeren.

Het is echter ook mogelijk dat de arts vragen heeft voordat hij de euthanasieprocedure echt opstart. Ook dan kan de arts een SCEN-arts raadplegen (de S van steun); hij kan ook een andere collega of een consulent euthanasie van Expertisecentrum Euthanasie om advies vragen. Daarbij kan het gaan om het proces ("Welke stappen moet ik zetten?"), bijvoorbeeld omdat de arts weinig of geen ervaring heeft met euthanasie, maar ook om patiëntfactoren ("Is er aanleiding de wilsbekwaamheid van de patiënt ten aanzien van zijn euthanasieverzoek te laten onderzoeken?", "Zouden er nog behandelalternatieven zijn?"). Het raadplegen van een SCEN-arts of een andere collega of een consulent euthanasie van Expertisecentrum Euthanasie over een dergelijke vraag is geen consultatie zoals bedoeld in de wet. Het gaat dan om een adviesvraag die aan de wettelijk vereiste consultatie voorafgaat.

Verantwoordelijkheid van de arts in relatie tot de consulent

De arts moet, voor hij definitief besluit tot uitvoering, kennisnemen van het verslag van de consulent. De arts moet het oordeel van de consulent zwaar laten wegen. Bij een verschil van mening tussen de arts en de consulent, kan de arts besluiten het verzoek van de patiënt niettemin te honoreren. Dat besluit zal de arts wel afdoende moeten kunnen motiveren; hij dient in dat geval expliciet te reflecteren op de visie die de consulent heeft ingebracht. Bij een verschil van inzicht tussen de arts en de consulent kan de arts ook een andere consulent benaderen. Het is overigens niet de bedoeling dat de arts net zo lang zoekt tot hij een consulent treft die het met hem eens is.²² Een arts die meerdere consulenten heeft geraadpleegd, behoort alle consultatieverslagen via de lijkschouwer aan de commissie te verstrekken.

De arts heeft groot belang bij een degelijk en volledig consultatieverslag. Soms staat de kwaliteit van het consultatieverslag ter discussie, bijvoorbeeld omdat een consulent niet alle zorgvuldigheidseisen heeft beoordeeld, omdat hij zijn conclusies niet voldoende onderbouwt of omdat zijn verslag intern tegenstrijdig is. Een voorbeeld van zo'n tegenstrijdigheid is dat de consulent in zijn verslag aangeeft dat de patiënt nog niet ondraaglijk lijdt of nog geen concreet verzoek heeft gedaan, maar toch concludeert dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. Als de kwaliteit van het verslag van de consulent te wensen overlaat, dient de arts de consulent te vragen zijn verslag aan te passen. De arts kan daarbij zo nodig verwijzen naar de richtlijnen die door KNMG/SCEN zijn opgesteld met

²² Zie onderdeel 4.3 van de KNMG-richtlijn Steun en consultatie bij euthanasie (2023).

betrekking tot de verantwoordelijkheden en de rapportage van de consulent. Als de kwaliteit onvoldoende blijft, dan zal hij een tweede consulent moeten raadplegen.

Onafhankelijkheid van de consulent

De wet spreekt met betrekking tot de consulent van een 'onafhankelijke arts'. Onafhankelijkheid betekent in deze context dat de consulent in staat is een eigen oordeel te geven. Daarbij gaat het om onafhankelijkheid ten opzichte van zowel de arts als de patiënt. Daarom is het van belang dat de consulent en de arts in hun verslagen ingaan op hun onderlinge relatie en dat de consulent in zijn verslag ingaat op zijn relatie met de patiënt.

De vereiste onafhankelijkheid van de consulent *ten opzichte van de arts* houdt in dat er geen persoonlijke, organisatorische, hiërarchische of financiële relatie bestaat. Zo komt bijvoorbeeld een praktijkgenoot, een medelid van een maatschap, een familielid of een arts die in een al dan niet financiële afhankelijkheidsrelatie staat tot de consultvragend arts (zoals een arts-assistent), niet in aanmerking om als consulent op te treden. Ook een consulent die arts of patiënt is van de uitvoerend arts komt hiervoor niet in aanmerking.²³

Van niet-onafhankelijkheid kan ook sprake zijn als beide artsen regelmatig, bijvoorbeeld over en weer, als uitvoerend arts en consulent optreden. Verder wanneer in het traject voorafgaand aan een euthanasie de SCEN-arts steun heeft verleend die verder gaat dan het enkel geven van advies en informatie. Ook de omgang met elkaar van

de arts en de consulent in een privé-situatie roept een vraag naar de onafhankelijkheid ten opzichte van elkaar op. Dat de arts en de consulent elkaar kennen, bijvoorbeeld uit een intervisiegroep, is op zichzelf geen probleem. Kennen beide artsen elkaar uit een waarneemgroep, dan zal van de omstandigheden afhangen of een onafhankelijke beoordeling door de consulent mogelijk is. Belangrijk is dat arts en consulent zich hiervan bewust zijn en hun opvatting daarover met de redenen daarvoor in de verslaglegging vermelden.

Onafhankelijkheid van de consulent *ten opzichte van de patiënt* houdt onder meer in dat er geen onderlinge (familie)relatie of vriendschap bestaat tussen de consulent en de patiënt en dat de consulent geen (mede)behandelaar van de patiënt is of recentelijk geweest is. Een eenmalig contact tussen de arts en de patiënt in het kader van de waarneming hoeft geen probleem te zijn. Dat zal afhangen van de aard van het contact en het moment waarop het plaatsvond.

Duo-euthanasie

Duo-euthanasie vraagt bijzondere aandacht zowel voor de arts als voor de consulent. Zie voor dit onderwerp [paragraaf 4.3](#).

Deskundigheid van de consulent

De commissies geven er de voorkeur aan dat een consulent 'at random' wordt toegewezen, aan de hand van de dienstroosters van de SCEN-artsen. Doorgaans zal de consulent over voldoende deskundigheid beschikken om de betreffende melding te kunnen beoordelen. Twijfelt de

consulent daar echter aan, dan is het belangrijk dat hij dat met de arts bespreekt.

Om zich een goed oordeel te kunnen vormen over de zorgvuldigheidseisen inzake het verzoek, meer in het bijzonder de wilsbekwaamheid aangaande het euthanasieverzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en/of het ontbreken van een redelijke andere oplossing, zal het in sommige gevallen nodig zijn dat de arts naast het oordeel van de consulent (de reguliere SCEN-arts) ook het advies van een onafhankelijke arts met een specifieke deskundigheid (psychiater, geriater e.d.) inwint. Dat zal zich met name voordoen als een psychische stoornis, dementie of een verstandelijke beperking een rol speelt, maar kan soms ook los daarvan aan de orde zijn (bijvoorbeeld als de arts gerede twijfel heeft over de wilsbekwaamheid van een patiënt ten aanzien van zijn euthanasieverzoek).

> zie over het raadplegen van een deskundige bij patiënten met een psychische aandoening, dementie of een verstandelijke beperking § 4.1 en 4.4. tot en met 4.6.

Uitgangspunt: de consulent ziet en spreekt de patiënt

De wet bepaalt dat de consulent de patiënt moet zien.²⁴

In veruit de meeste gevallen zal het daarbij gaan om een combinatie van zien en spreken van de patiënt. Uitgangspunt is dat de consulent de patiënt ook ziet zonder dat anderen daarbij aanwezig zijn. Het kan gebeuren dat de patiënt, op het moment dat de consulent hem bezoekt, niet meer tot een gesprek in staat is. Als de arts zo'n situatie ziet aankomen, doet hij er goed aan de

²³ Zie oordelen 2020-151 en 2021-71 (consulent staat als patiënt ingeschreven bij de arts) op de website van de RTE.

²⁴ De patiënt 'zien' zal normaal gesproken betekenen: de patiënt 'bezoeken'. Op de BES-eilanden kan dat tot praktische problemen leiden, en kan bijvoorbeeld worden gekozen voor een beeldgesprek tussen de consulent en de patiënt via internet.

consulent eerder te laten komen. Zo nodig kan dan nadien nog telefonisch contact tussen de arts en de consulent plaatsvinden. Wanneer de patiënt ten tijde van het bezoek van de consulent niet meer aanspreekbaar is, dient de consulent aan de hand van alle andere beschikbare en relevante feiten en omstandigheden een oordeel te geven. Nadere informatie verkregen van de arts en (eventueel) de familie en zorgmedewerkers kan daarbij behulpzaam zijn. De wet vereist dus niet dat de consulent altijd (verbaal of non-verbaal) met de patiënt kan communiceren. Dit vloeit ook voort uit de wettelijke mogelijkheid om een verzoek tot euthanasie uit te voeren in gevallen waarin de patiënt niet meer kan communiceren, maar hij eerder wel een schriftelijke wilsverklaring opstelde.

› zie over de schriftelijke wilsverklaring § 4.1.

› zie over coma en verlaagd bewustzijn § 4.8.

Het komt voor dat de consulent de patiënt zeer kort voor de uitvoering van de euthanasie bezoekt, soms zelfs op de dag van het overlijden. De omstandigheden van het geval, en met name een onverwachte ernstige verslechtering van de situatie van de patiënt, kunnen dit onvermijdelijk maken. Uit de verslaglegging van de arts moet dan blijken dat hij van de bevindingen van de consulent heeft kennisgenomen voordat hij tot euthanasie overging.

Opnieuw raadplegen van de consulent

Het is niet uitzonderlijk dat er enige tijd is gelegen tussen het bezoek van de consulent aan de patiënt en de euthanasie. Doorgaans is dat geen probleem. De

wet zegt niets over de ‘houdbaarheidsduur’ van een consultatieverslag. In het algemeen is het zo dat het verslag van toepassing blijft zolang de omstandigheden van de patiënt niet wezenlijk veranderen en het ziekteproces verloopt zoals verwacht. Daarbij zal het vaker gaan om dagen of weken dan om maanden. Naarmate de termijn tussen het bezoek van de consulent en de uitvoering van de euthanasie langer is, ligt een nieuw contact tussen de arts en de consulent meer voor de hand, en zal het uitblijven daarvan bij de commissies vragen oproepen. Soms zal de consulent de patiënt een tweede keer moeten bezoeken. Soms voldoet een telefonisch contact tussen de arts en de consulent, dan wel tussen de consulent en de patiënt. Precieze normen hiervoor zijn niet te geven. Dit is ter beoordeling van de arts, in het licht van de eerdere bevindingen van de consulent en de ontwikkelingen die zich nadien met betrekking tot de patiënt voordoen. De arts zal dit zo nodig wel aan de commissie moeten kunnen uitleggen.

Het komt regelmatig voor dat de consulent de patiënt bezoekt terwijl het verzoek nog niet actueel is en het lijden nog (net) niet ondraaglijk. De consulent zal in dergelijke gevallen tot het oordeel moeten komen dat nog niet aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. In bepaalde gevallen kan de consulent vrij nauwkeurig aangeven wat het te verwachten beloop is en wanneer aan alle eisen zal zijn voldaan. Ook in dergelijke gevallen voldoet meestal een telefonisch contact tussen de arts en de consulent op het moment dat het verzoek actueel is geworden en het lijden ondraaglijk. Als de situatie minder eenduidig is, ligt het voor de hand dat de consulent de patiënt opnieuw bezoekt.

In sommige gevallen is een telefonisch contact tussen de consulent en de patiënt voldoende.

Een tweede bezoek van de consulent aan de patiënt zal in beginsel nodig zijn:

- als de consulent in een vroeg stadium de patiënt bezocht en vaststelde dat van ondraaglijk lijden nog geen sprake was;
- als de consulent wel vaststelde dat aan de eisen was voldaan, maar het tijdsverloop tussen de consultatie en de uitvoering lang is, of sprake is van ontwikkelingen die ten tijde van het opstellen van het verslag niet voorzien waren.

Als contact met de betreffende consulent niet mogelijk is, kan een andere consulent worden geraadpleegd. In beginsel zal ook die zelf de patiënt moeten zien en zo mogelijk spreken. Ook van zo’n tweede contact dient de consulent een verslag te maken, eventueel als addendum bij het eerste verslag.

De commissies en de consulent

De commissies toetsen het handelen van de uitvoerend arts, niet dat van de consulent.²⁵ Wel kan de commissie de consulent verzoeken om vragen van de commissie te beantwoorden, schriftelijk of in een gesprek.

De commissies en de KNMG/SCEN hebben eens per jaar contact over de kwaliteit van de consulten en de consultatieverslagen in het algemeen.

²⁵ De KNMG heeft een klachtencommissie SCEN-artsen in het leven geroepen. Bij deze commissie kunnen belanghebbenden klachten indienen over het handelen van SCEN-artsen.

ONAFHANKELIJKE CONSULENT: KERNPUNTEN

- Raadplegen collega over deelaspect is geen formele consultatie als bedoeld in de wet
- Formele consultatie: consulent moet onafhankelijk zijn
- Uitgangspunt is dat de consulent de patiënt ziet en spreekt; als communicatie onmogelijk is, kan alleen zien voldoende zijn
- Onder omstandigheden, met name vanwege tijdsverloop, kan het nodig zijn opnieuw de consulent te raadplegen (of, als deze niet beschikbaar is, een andere consulent)
- De consulent besteedt in zijn verslag expliciet aandacht aan de zorgvuldigheidseisen genoemd in artikel 2 lid 1 onderdelen a tot en met d WtI
- De arts neemt vóór de uitvoering kennis van het verslag van de consulent en laat diens oordeel zwaar wegen

3.7. Medisch zorgvuldige uitvoering

Komt het tot euthanasie, dan moet de arts die medisch zorgvuldig uitvoeren. Het gaat hierbij onder meer om de keuze van de te gebruiken middelen en de dosering daarvan en om de controle van de diepte van de geïnduceerde verlaging van het bewustzijn van de patiënt. Bij het beoordelen van deze zorgvuldigheidseisen hanteren de commissies de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding uit 2021 (hierna: de richtlijn) als leidraad. Deze richtlijn geeft artsen en

apothekers advies over een in de praktijk goed toepasbare en effectieve uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding. De richtlijn geeft de middelen van eerste keuze aan, en noemt ook middelen die worden afgeraden.

Algemeen

Hieronder wordt met betrekking tot de uitvoering onderscheid gemaakt tussen levensbeëindiging op verzoek (= de arts dient de middelen toe) en hulp bij zelfdoding (= de patiënt neemt zelf de door de arts verstrekte middelen in). Bepaalde normen zijn in beide gevallen van belang. Zo is het belangrijk dat de arts in zijn verslaglegging de gebruikte middelen, de dosering en de toedieningswijze vermeldt en het tijdsverloop beschrijft. Conform de richtlijn moet de arts beschikken over een noodset van middelen en materialen voor toediening van de noodset, voor het geval er met de eerste set iets misgaat. Het is de arts niet toegestaan het euthanaticum voorafgaand aan de levensbeëindiging op verzoek of de hulp bij zelfdoding bij de patiënt achter te laten. Dit om te voorkomen dat de patiënt of anderen het buiten aanwezigheid van de arts zouden kunnen toedienen dan wel innemen. In verband met de toetsbaarheid van het handelen van de uitvoerend arts dient één en dezelfde arts alle middelen aan de patiënt toe te dienen.

Levensbeëindiging op verzoek:

volgorde van de middelen en dosering

In het geval van levensbeëindiging op verzoek gaat de genoemde richtlijn uit van de intraveneuze toediening van een coma-inductor, gevolgd door de intraveneuze toediening van een spierverslapper. De richtlijn noemt de

middelen die kunnen worden gebruikt en de aanbevolen dosering daarvan. Wijkt de arts van de richtlijn af, dan zal hij dit afdoende moeten kunnen beargumenteren. Het is raadzaam dat de arts voorafgaand aan de euthanasie met de patiënt en diens familie bespreekt wat het effect van de te gebruiken middelen zal zijn. Het is van belang individuele wensen van de patiënt, zoveel als mogelijk is, te vervullen, voor zover die wensen passen binnen het kader van de richtlijn.

Levensbeëindiging op verzoek:

adequate vaststelling van een voldoende verlaging van het bewustzijn

Voorkomen moet worden dat de arts de spierverslapper toedient voordat het bewustzijn van de patiënt voldoende is verlaagd. Anders zou de patiënt namelijk de negatieve gevolgen van de spierverslapper kunnen ervaren. De arts moet dan ook adequaat vaststellen dat het bewustzijn van de patiënt voldoende is verlaagd alvorens hij de spierverslapper toedient. Hij moet de vraag hierover in het modelverslag beantwoorden.

De RTE zijn van oordeel dat er sprake is van een adequate vaststelling van een voldoende verlaagd bewustzijn van de patiënt als de arts heeft vastgesteld dat een reactie op een beschermende reflex (zoals de wimperreflex en de corneareflex) óf een reactie op een pijnprikkel²⁶ (flinke druk op het vingernagelbed of een kneep in de monnikskapspier) uitblijft.

²⁶ Het geven van een pijnprikkel kan door naasten van de patiënt als aangrijpend worden ervaren.

Bij twijfel zullen de commissies navraag doen over de mate van de verlaging van het bewustzijn van de patiënt en de wijze waarop deze door de arts is vastgesteld.

Levensbeëindiging op verzoek:

uitvoering verloopt niet zoals beoogd: begin opnieuw

Als de uitvoering van euthanasie niet verloopt zoals beoogd, moet de arts **de hele procedure opnieuw doorlopen**. Dit betekent dat de arts een nieuw infuus moet plaatsen en opnieuw alle middelen moet toedienen. De richtlijn schrijft dit ook voor.

Het toedienen van de coma-inductor dient niet langer dan vijf minuten te duren, zodat een juiste piekconcentratie in de hersenen wordt bereikt en herverdeling over het lichaam wordt voorkomen. Het uitgangspunt is dat na het toedienen van de coma-inductor en vaststellen van een adequate bewustzijnsverlaging direct aansluitend de spierverslapper moet worden toegediend. Bij een goed werkend infuus zal na toediening van de coma-inductor de adequate bewustzijnsverlaging snel optreden en zal na toediening van de spierverslapper de ademhaling snel wegvallen. Als de adequate bewustzijnsverlaging na toediening van de coma-inductor niet binnen 10 minuten optreedt of als de ademhaling niet binnen 10 minuten stopt na het toedienen van de spierverslapper, is de kans groot dat het middel naast het bloedvat terecht is gekomen (dat is niet altijd zichtbaar als een bult of zwelling), respectievelijk dat het infuus tijdens/door het toedienen van de coma-inductor is gesneuveld. In beide

gevallen moet de arts de hele procedure opnieuw uitvoeren om bewustzijn van de patiënt tijdens de werking van de spierverslapper (het gevoel te stikken) te voorkomen.

Opnieuw uitvoeren betekent altijd: een nieuwe infuusnaald inbrengen, de coma-inductor toedienen en, na vaststelling van een adequate bewustzijnsverlaging, de spierverslapper toedienen. Juist om deze reden moet de uitvoerend arts altijd een noodset bij zich hebben, waarin alle benodigdheden aanwezig zijn. Bij het aanbreken van de noodset vanwege een problematische situatie tijdens de uitvoering moet dus altijd een nieuw infuus worden ingebracht. **Let op:** ook in het geval dat alleen de spierverslapper niet goed lijkt te werken, kan dus niet worden volstaan met enkel een (herhaalde) coma-check en een nieuwe spierverslapper. De kans is in het betreffende geval namelijk aanwezig dat de patiënt door de toegediende spierverslapper niet meer reageert of kan reageren op een coma-check terwijl wel bewustzijn aanwezig is.

Of de uitvoering bij een gecompliceerd verloop zorgvuldig of onzorgvuldig is geweest, valt niet in precieze regels te normeren. De RTE hanteren bij een gecompliceerd verlopen uitvoering waarbij de voornoemde richtlijn niet is gevolgd in elk geval als algemene toetsnorm een maximale periode van 30 minuten²⁷ tussen de toediening van de (eerste) coma-inductor en de spierverslapper die tot het overlijden leidt als er geen coma-inductor via een nieuw, werkend infuus is toegediend.²⁸ Dit geldt ook als de arts de

bewustzijnsverlaging adequaat heeft gecheckt. Er is dan namelijk een kans op bewustzijn van de patiënt tijdens de werking van de spierverslapper, ook al is dit voor de uitvoerend arts niet zichtbaar.

Levensbeëindiging op verzoek:

uitvoering door de arts zelf

Het is niet toegestaan dat de arts in zijn aanwezigheid een familielid of anderen de euthanatica laat toedienen, bijvoorbeeld via een PEG-sonde. De arts behoort alle onderdelen van het proces zelf uit te voeren en mag dat niet delegeren aan anderen, zoals verpleegkundigen of een collega-arts. Dit houdt ook in dat de arts aanwezig is en blijft tot de dood is ingetreden en het overleg met de lijkschouwer is afgerond.²⁹

Hulp bij zelfdoding:

middel en dosering

Hulp bij zelfdoding houdt in dat de arts het middel (een barbituraat) aan de patiënt overhandigt die dat vervolgens opdrinkt. De eerder beschreven twee fasen (eerst het bewustzijn van de patiënt voldoende verlagen en dan een spierverslapper toedienen) zijn hier niet aan de orde. Wel dient de arts de patiënt voorafgaand aan de hulp bij zelfdoding een middel te geven dat misselijkheid en braken tegengaat. De aard en dosering van de bij hulp bij zelfdoding te gebruiken middelen zijn te vinden in de richtlijn.

²⁷ Gebaseerd op 'expert opinion'.

²⁸ Zie nieuwsbericht RTE en KNMG/KNMP aan artsen: als uitvoering euthanasie niet verloopt zoals beoogd, begin opnieuw | KNMG

²⁹ Zie oordeel 2021-81 op de website van de RTE, waarin de arts de patiënt had verlaten na toediening van een deel van de euthanatica om een reservenaald te halen en de spierverslapper bij de patiënt en de familie had achtergelaten.

Hulp bij zelfdoding:

de arts blijft in de onmiddellijke nabijheid

Als de patiënt dat wenst, kan de arts de kamer verlaten, nadat de patiënt het euthanaticum heeft ingenomen.

De arts behoort echter wel in de directe nabijheid van de patiënt te blijven. Dat is van belang om bij complicaties snel te kunnen ingrijpen (bijvoorbeeld als de patiënt de barbituraatdrank uitbraakt). Het kan dan gebeuren dat de arts alsnog moet overgaan tot levensbeëindiging. Ook kan het vóórkomen dat de patiënt niet overlijdt na het innemen van de barbituraatdrank. De arts zal dan na zekere tijd moeten overgaan tot levensbeëindiging. Die mogelijkheid moet hij van tevoren met de patiënt en diens familie bespreken. Hij moet verder met de patiënt een tijd afspreken waarna tot levensbeëindiging wordt overgegaan. De arts dient in geval van hulp bij zelfdoding vooraf een infuusnaald bij de patiënt in te brengen en de middelen voor levensbeëindiging bij zich te hebben. Na de hulp bij zelfdoding moet de arts aanwezig blijven tot de patiënt is overleden en het overleg met de lijkschouwer is afgerond.³⁰

De verhouding tussen de arts en de apotheker

De arts is eindverantwoordelijk voor een medisch zorgvuldige uitvoering. De commissie beoordeelt zijn handelen. De apotheker heeft een eigen verantwoordelijkheid, als hij de spuiten of de drank bereidt, voor de bereiding en etikettering. De arts behoort te controleren of hij ook daadwerkelijk de juiste middelen met de juiste dosering aangeleverd krijgt.

Belangrijk is dat de apotheker voldoende tijd heeft om tot een juiste afweging te kunnen komen wat betreft de

farmaceutische aspecten, zoals de juiste middelen en methode. Tijdig contact tussen arts en apotheker is dus van belang.

Een apotheker is, net zoals een arts, niet verplicht om mee te werken aan euthanasie.

MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING LEVENSBEËINDIGING OP VERZOEK: KERNPUNTEN

- Achtereenvolgens:
 - toedienen door de arts van coma-inductor
 - adequaat vaststellen dat het bewustzijn van de patiënt voldoende is verlaagd
 - toedienen door de arts van spierverslapper
- Arts blijft aanwezig tot hij de dood heeft vastgesteld, de lijkschouwer is geweest en het overleg is afgerond.
- Te gebruiken middelen, dosering, toedieningswijze en adequate vaststelling van voldoende verlaging van het bewustzijn van de patiënt: KNMG/KNMP richtlijn 2021
- Arts heeft noodset intraveneuze middelen en materialen voor toediening van de noodset bij zich
- Als de uitvoering niet verloopt zoals beoogd: begin opnieuw. Dat betekent: een nieuw infuus plaatsen, de coma-inductor toedienen en na de vaststelling van een adequate bewustzijnsverlaging, de spierverslapper toedienen.

MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING HULP BIJ ZELFDODING: KERNPUNTEN

- Achtereenvolgens:
 - tijdsverloop en eventuele levensbeëindiging met de patiënt en diens familie bespreken
 - van tevoren intraveneuze naald inbrengen en antibraakmiddel geven
 - overhandiging door de arts zelf van de barbituraatdrank
- arts blijft aanwezig of in de directe nabijheid tot hij de dood heeft vastgesteld, de lijkschouwer is geweest en het overleg is afgerond.
- Te gebruiken middelen, dosering en toedieningswijze: KNMG/KNMP richtlijn 2021
- Arts heeft noodset intraveneuze middelen en materialen voor toediening van de noodset bij zich

³⁰ Zie oordeel 2019-57 op de website van de RTE, waarin de arts was weggegaan bij de patiënt na inname van de barbituraatdrank door de patiënt, maar voordat de patiënt was overleden.

4. Enkele bijzondere onderwerpen

4.1. Schriftelijke wilsverklaring

Art. 2 lid 2 Wtl bepaalt dat een patiënt, die ter zake wilsbekwaam is, een schriftelijke verklaring kan opstellen waarin hij een verzoek om euthanasie doet (hierna te noemen: schriftelijke wilsverklaring). Doet zich nadien de situatie voor dat de patiënt zijn wil ten aanzien van euthanasie niet langer kan uiten (bijvoorbeeld ten gevolge van voortgeschreden dementie of een verlaagd bewustzijn), dan mag de arts de schriftelijke wilsverklaring opvatten als het verzoek als bedoeld in art. 2 lid 1 onder a Wtl. Daarmee heeft de schriftelijke wilsverklaring dezelfde status als een mondeling verzoek om euthanasie.³¹

De wet stelt niet de eis dat een eenmaal opgestelde schriftelijke wilsverklaring een bepaalde geldigheidsduur heeft of op gezette tijden moet worden geactualiseerd. Hoe ouder echter de wilsverklaring is, hoe meer twijfel mogelijk is over de vraag of deze nog wel weergeeft wat de patiënt werkelijk wilde. In gevallen waarin de patiënt de wilsverklaring heeft geactualiseerd, of na het opstellen ervan mondeling de inhoud heeft herbevestigd, zal aan de verklaring meer waarde kunnen worden gehecht dan wanneer dat niet het geval is. Het is van belang dat de patiënt zo veel mogelijk de concrete omstandigheden beschrijft waarin hij wil dat de levensbeëindiging plaatsvindt. Het is de verantwoordelijkheid van de patiënt de wilsverklaring ten tijde van het opstellen en het

actualiseren daarvan, met de arts te bespreken. De arts dient deze informatie in het dossier op te nemen. Het is ook raadzaam voor de patiënt om de wilsverklaring aan de arts te overleggen, zodat de arts deze kan toevoegen aan het dossier. Een schriftelijke wilsverklaring is vormvrij, in die zin dat de patiënt deze in zijn eigen woorden kan opstellen. Een persoonlijk opgestelde verklaring van de patiënt, waarin deze een beschrijving in eigen woorden geeft, heeft doorgaans meer betekenis dan een voorgedrukt formulier. Het is niet nodig dat de patiënt de wilsverklaring bij een notaris in een levenstestament vastlegt.

Zorgvuldigheidseisen ‘van overeenkomstige toepassing’

Art. 2 lid 2 Wtl bepaalt dat in het geval van een schriftelijke wilsverklaring de in art. 2 lid 1 Wtl genoemde zorgvuldigheidseisen van overeenkomstige toepassing zijn. Dat betekent volgens de wetsgeschiedenis dat de zorgvuldigheidseisen “zoveel als feitelijk mogelijk is in de gegeven situatie van toepassing zijn”.³² Met andere woorden: de arts moet de zorgvuldigheidseisen invullen op een manier die recht doet aan de bijzonderheid van dergelijke gevallen. Hij moet rekening houden met de specifieke omstandigheden, zoals het gegeven dat communicatie met de patiënt niet meer mogelijk is en de patiënt dus geen vragen meer kan beantwoorden. Doorgaans zal de arts al contact hebben gehad met de patiënt toen deze nog wel in staat was zijn wil wat betreft euthanasie te uiten. Ontstaat nadien een situatie waarin

de schriftelijke wilsverklaring van de patiënt een rol gaat spelen, dan zal de informatie uit de eerdere mondelinge contacten met de patiënt voor de arts bijzonder waardevol zijn.

Bij euthanasie op basis van een schriftelijke wilsverklaring zijn de zorgvuldigheidseisen van overeenkomstige toepassing. Daarover kan het volgende worden opgemerkt:

a. De arts moet ervan overtuigd zijn dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt

De arts moet tot de overtuiging zijn gekomen dat de patiënt de schriftelijke wilsverklaring destijds vrijwillig en weloverwogen heeft opgesteld. De arts zal zich hierbij moeten baseren op zijn eigen beoordeling van het medische dossier en de concrete situatie van de patiënt. Verder zijn overleg met andere hulpverleners die met de patiënt een behandelrelatie hebben of hadden en overleg met familie en naasten belangrijke bronnen van informatie in deze situatie waarin mondelinge verificatie van de wensen van de patiënt niet mogelijk is.

Daarnaast moet de arts vaststellen dat de actuele situatie van de patiënt valt onder hetgeen de patiënt heeft geschetst in zijn schriftelijke wilsverklaring. Dit vergt allereerst de vaststelling van de inhoud van de schriftelijke wilsverklaring. De arts dient de schriftelijke wilsverklaring

³¹ Zie brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 juli 2014 betreffende Schriftelijke wilsverklaring bij euthanasie.

³² Aldus de toelichting op het amendement dat leidde tot de opname in art. 2 lid 2 Wtl van de zinsnede over de “overeenkomstige toepassing” (Kamerstukken II, 26691, nr. 35).

daarbij uit te leggen met het oog op het achterhalen van de bedoelingen van de patiënt. Daarbij moet de arts letten op alle omstandigheden van het geval en niet slechts op de letterlijke bewoordingen van het verzoek. Er is dus ruimte voor interpretatie van de schriftelijke wilsverklaring. Onduidelijkheden of tegenstrijdigheden van wezenlijke aard in de schriftelijke wilsverklaring kunnen er echter toe leiden dat aan een verzoek geen gevolg kan worden gegeven.

De schriftelijke wilsverklaring moet steeds ten minste inhouden dat de patiënt om euthanasie verzoekt in de situatie waarin hij zijn wil aangaande euthanasie niet meer kan uiten. Als de patiënt zijn verzoek ook gehonoreerd wil zien als er geen sprake is van ondraaglijk lijden ten gevolge van zijn fysieke aandoening, moet daarnaast uit de schriftelijke wilsverklaring naar voren komen dat de patiënt zijn (verwachte) psychische lijden aan deze situatie aanmerkt als ondraaglijk en dat hij dit aan zijn verzoek ten grondslag legt.

De arts zal moeten beoordelen of er contra-indicaties zijn waardoor de euthanasie niet kan plaatsvinden. Contra-indicaties uit de periode toen de patiënt zijn wil betreffende euthanasie nog kon uiten, kan de arts opvatten als de intrekking of aanpassing van de eerdere schriftelijke wilsverklaring. De euthanasie kan dan niet plaatsvinden. Contra-indicaties uit de periode toen de patiënt (bijvoorbeeld door voortgeschreden dementie) zijn wil aangaande euthanasie niet meer kon uiten, kunnen niet worden opgevat als de intrekking of aanpassing van

de eerdere schriftelijke wilsverklaring. De arts kan ze wel opvatten als een indicatie die, in samenhang met het hele ziektebeeld en gedrag van de patiënt, relevant is voor de beoordeling van diens actuele lichamelijke en geestelijke gesteldheid. Die gesteldheid kan zodanig zijn dat de arts tot de conclusie moet komen dat de door de patiënt ten tijde van de formulering van zijn verzoek voorziene situatie, waarin hij zijn leven beëindigd wil zien, zich niet voordoet. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer duidelijke verbale uitingen of consequent gedrag van de patiënt niet met de strekking van het verzoek overeenstemmen. Het onderzoek van de arts naar omstandigheden die kunnen wijzen op contra-indicaties is ook van belang bij de beoordeling van de ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt.

De arts moet zich inspannen om betekenisvol te communiceren met de patiënt over onder meer het voornemen om euthanasie uit te voeren. De arts is niet verplicht om te informeren naar een actuele levens- of stervenswens van een patiënt die zijn wil wat dat betreft niet meer kan uiten. Daarmee zou een eis worden gesteld die de wet niet kent. De specifieke positie van een patiënt die zijn wil aangaande euthanasie niet meer kan uiten, brengt met zich mee dat mondelinge verificatie van zijn wens en zijn lijden niet mogelijk is. Een verificatie-eis doet afbreuk aan de schriftelijke wilsverklaring. Immers, het schriftelijk euthanasieverzoek is juist bedoeld voor de situatie waarin degene die de verklaring heeft afgegeven niet langer in staat is zijn wil ten aanzien van euthanasie te uiten.

b. De arts moet ervan overtuigd zijn dat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt

Ten tijde van de uitvoering van de euthanasie moet de arts ervan overtuigd zijn dat de patiënt ondraaglijk lijdt.³³ Er kan sprake zijn van actueel ondraaglijk lijden door fysieke aandoeningen, maar er kan ook sprake zijn van actueel ondraaglijk lijden als de patiënt in de situatie verkeert die hij in zijn schriftelijke wilsverklaring heeft aangemerkt als (verwacht) ondraaglijk lijden en uit het bestendig gedrag van de patiënt kan worden afgeleid dat hij ondraaglijk lijdt. De enkele omstandigheid dat de patiënt zich bevindt in de in de schriftelijke wilsverklaring beschreven situatie volstaat niet voor de conclusie dat er daadwerkelijk sprake is van actueel ondraaglijk lijden. De arts zal steeds op een zorgvuldige en navolgbare wijze moeten vaststellen dat daadwerkelijk sprake is van actueel ondraaglijk lijden van de patiënt. Dit vergt een zorgvuldige beoordeling van de actuele toestand van de patiënt op basis van alle omstandigheden van het concrete geval. De arts zal de vraag naar de ernst van het lijden van de patiënt moeten beantwoorden op basis van zijn gevolgtrekkingen uit de actuele gesteldheid van de patiënt. De arts kan zich hierbij baseren op zijn eigen beoordeling van het medische dossier en de concrete situatie van de patiënt. Daarbij kunnen alle (non)verbale uitingen van de patiënt een rol spelen. Ook is overleg van belang met andere hulpverleners die met de patiënt een behandelrelatie hebben of hadden en overleg met familie en naasten. Als de arts er niet van overtuigd is dat er sprake is van actueel ondraaglijk lijden van de patiënt, kan er geen euthanasie plaatsvinden.

³³ Zie voor een uitzondering op de regel dat de patiënt lijden moet ervaren § 4.8.

De vaststelling of er feitelijk sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden is een medisch-professioneel oordeel en derhalve voorbehouden aan de arts. De toetsing achteraf of de arts tot de overtuiging kon komen dat sprake was van ondraaglijk lijden komt neer op een toetsing of de arts in redelijkheid tot de conclusie kon komen dat sprake was van ondraaglijk lijden.

c. De arts heeft de patiënt voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten

De arts moet tot de overtuiging zijn gekomen dat de patiënt destijds voldoende was voorgelicht over zijn situatie en vooruitzichten en over de betekenis en de consequenties van zijn schriftelijke wilsverklaring. Tevens moet de arts zich, binnen de beperkingen die het onvermijdelijke gevolg zijn van de toestand van de patiënt, inspannen om hierover betekenisvol te communiceren met de patiënt.

d. De arts is met de patiënt tot de overtuiging gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was

De arts moet tot de overtuiging zijn gekomen dat er zowel naar medisch inzicht, als in het licht van de schriftelijke wilsverklaring van de patiënt, geen redelijke andere oplossing is voor de actuele situatie waarin de patiënt zich bevindt. De arts zal zich hierbij moeten baseren op zijn eigen beoordeling van het medische dossier en de concrete situatie van de patiënt, overleg met andere hulpverleners die met de patiënt een behandelrelatie hebben of hadden en overleg met familie en naasten van de patiënt. Omdat de patiënt zijn wil wat betreft euthanasie niet meer kan uiten komt veel betekenis toe aan hetgeen de patiënt hierover in zijn schriftelijke wilsverklaring heeft opgenomen en er over gezegd heeft toen met hem nog wel communicatie mogelijk was.

e. De raadpleging van ten minste één andere, onafhankelijke arts, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld onder a tot en met d

Deze eis geldt onverminderd in geval van euthanasie bij een patiënt die zijn wil betreffende euthanasie niet meer kan uiten. De wet schrijft voor dat de consulent de patiënt ziet. Dat is ook in deze situatie noodzakelijk. Van betekenisvolle communicatie tussen de consulent en de patiënt zal waarschijnlijk niet of nauwelijks sprake zijn. Dat betekent dat de consulent naast zijn eigen observatie, ook informatie van de arts en aanvullende informatie van anderen dan de arts zal moeten gebruiken om tot een oordeel te komen. Daarbij kan het gaan om het patiëntendossier en mondelinge informatie van de arts, specialistenbrieven, de inhoud van de wilsverklaring en gesprekken met naasten en/of verzorgenden.

De omstandigheid dat de patiënt zijn wil aangaande euthanasie niet meer kan uiten zal doorgaans aanleiding geven om een tweede onafhankelijke arts, met specifieke deskundigheid ten aanzien van het ziektebeeld, te raadplegen (zoals een geriater, een specialist ouderengeneeskunde of een internist-ouderengeneeskunde, een ouderenpsychiater of een neuroloog). Deze deskundige dient een op eigen onderzoek berustend oordeel te geven over de wilsbekwaamheid van de patiënt ten aanzien van zijn euthanasieverzoek, de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden van de patiënt en eventuele redelijke alternatieven. Met betrekking tot de positie van de onafhankelijk deskundige wordt opgemerkt dat de in [paragraaf 3.6.](#) weergegeven voorwaarden en eisen ten aanzien van de onafhankelijkheid van de consulent van overeenkomstige toepassing zijn.

Het ligt in de rede dat de arts de consulent en de deskundige ook de gelegenheid geeft om zich uit te laten over de concrete wijze waarop de arts voornemens is de euthanasie uit te voeren.

Als de kwaliteit van de verslagen van de (SCEN-)consulent en/of de onafhankelijk deskundige te wensen overlaat, dient de arts de (SCEN-)consulent en/of onafhankelijk deskundige te vragen hun verslag aan te passen. Als de kwaliteit onvoldoende blijft, dan zal hij een tweede (SCEN-)consulent en/of onafhankelijk deskundige moeten raadplegen.

Bij uiteenlopende visies van de (SCEN-)consulent en/of onafhankelijk deskundige dient de arts expliciet te reflecteren op de visie die de anderen hebben ingebracht. Het ligt bovendien in de rede om dan een tweede (SCEN-)consulent en/of onafhankelijk deskundige te raadplegen, omwille van de vereiste grote behoedzaamheid.

› zie ook § 3.6. en 4.5.

f. De medisch zorgvuldige uitvoering

Onderdeel van een medisch zorgvuldige uitvoering is een voorbereiding en uitvoering van de euthanasie waarbij de arts ook rekening houdt met mogelijk irrationeel of onvoorspelbaar gedrag van de patiënt als gevolg van diens aandoening. De toepassing van euthanasie moet op een voor de patiënt zo comfortabel mogelijke manier gebeuren. Als er bij een wat betreft euthanasie wilsonbekwame patiënt aanwijzingen zijn dat onrust, agitatie of agressie kan ontstaan bij de uitvoering van euthanasie, kunnen de

door de arts in acht te nemen medische maatstaven hem tot de conclusie brengen dat premedicatie is aangewezen.

Uitgangspunt is dat de arts zich inspanst om betekenisvol te communiceren met de patiënt over het moment en de wijze waarop de euthanasie zal worden uitgevoerd, waaronder de eventuele toediening van premedicatie, tenzij dat voor de patiënt nadelig is, bijvoorbeeld omdat een gesprek hierover hevige agitatie of onrust veroorzaakt. Als echter blijkt dat deze onderwerpen het bevattingsvermogen van de patiënt te boven gaan en daardoor geen betekenisvolle communicatie met de patiënt hierover mogelijk is, dan is het niet noodzakelijk dat de arts hierover met de patiënt overlegt. Een gesprek hierover is dan zinloos en zou mogelijk ook agitatie en onrust bij de patiënt kunnen veroorzaken. Tijdens zijn contacten met de patiënt moet de arts letten op contra-indicaties voor de euthanasie.

› zie ook § 4.5. patiënten met dementie

› zie ook § 4.8. coma/verlaagd bewustzijn

SCHRIFTELIJKE WILSVERKLARING: AANDACHTSPUNTEN

- Is de patiënt niet meer in staat om zijn wil te uiten met betrekking tot euthanasie?
- Was de patiënt wilsbekwaam wat betreft euthanasie toen hij zijn verzoek neerlegde in zijn schriftelijke wilsverklaring?
- Is aan de zorgvuldigheidseisen voldaan zoveel als in de gegeven situatie feitelijk mogelijk is? De arts dient de zorgvuldigheidseisen in te vullen op een manier die recht doet aan de bijzonderheid van het geval.
- Komt de actuele situatie van de patiënt overeen met de situatie die hij heeft geschetst in zijn schriftelijke wilsverklaring? De arts mag de schriftelijke wilsverklaring uitleggen met het oog op het achterhalen van de bedoelingen van de patiënt.
- Zijn er contra-indicaties die in de weg staan aan de uitvoering van euthanasie?
- Is er sprake van actueel ondraaglijk lijden?
- Is naast de consulent tevens een deskundige inzake de aandoeningen van de patiënt geraadpleegd?
- Is premedicatie aangewezen? Als er geen betekenisvolle communicatie mogelijk is met de patiënt, hoeft de arts niet met de patiënt te overleggen over de wijze van uitvoering (waaronder de toediening van premedicatie).

4.2. Minderjarige patiënten

De Wtl is van toepassing op euthanasie bij personen van twaalf jaar en ouder. Wel stelt de wet met betrekking tot minderjarigen enkele aanvullende eisen:

- de minderjarige kan tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake worden geacht;
- in het geval van een minderjarige tussen de twaalf en zestien jaren, is naast het verzoek van de patiënt ook de instemming van een ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd vereist (art. 2 lid 4 Wtl);
- in het geval van een minderjarige van zestien of zeventien jaren is vereist dat de ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd bij de besluitvorming worden betrokken; hun instemming is niet vereist (art. 2 lid 3 Wtl).

In beide gevallen zijn uiteraard de in hoofdstuk 3 genoemde zorgvuldigheidseisen van toepassing. De wettelijke vereisten met betrekking tot het bij de besluitvorming betrekken van ouder(s) of voogd gelden ook als het verzoek van de minderjarige wordt gedaan door middel van een schriftelijke wilsverklaring.³⁴

Meldingen van euthanasie bij minderjarigen tussen de twaalf en achttien jaren komen nauwelijks voor.

³⁴ Art. 2 lid 2 Wtl noemt de leeftijd van zestien jaren. Op grond van de laatste zinsnede van art. 2 lid 4 kunnen overigens ook patiënten tussen de twaalf en zestien jaren een rechtsgeldige schriftelijke wilsverklaring opstellen.

4.3. Duo-euthanasie

Soms komt het voor dat twee personen die in nauwe relatie met elkaar staan tegelijkertijd een euthanasieverzoek doen met de wens de euthanasie ook gelijktijdig uit te voeren.

Te denken valt dan aan twee partners, ouder-kind of broers en zussen. Als artsen daaraan tegemoetkomen, noemt men dit 'duo-euthanasie'. De arts moet in zo'n geval voor ieder van beide personen een andere consulent raadplegen. Dit is nodig om te waarborgen dat beide verzoeken om euthanasie afzonderlijk worden beoordeeld. Beide consulenten moeten zich daarnaast ervan vergewissen dat er geen druk bestaat van de ene persoon op (het euthanasieverzoek van) de andere persoon.

4.4. Patiënten met een psychische aandoening of met een combinatie van een somatische en een psychische aandoening

Algemeen

Als de patiënt een psychische aandoening heeft of in de recente voorgeschiedenis heeft gehad, zullen de arts en de consulent nadrukkelijk moeten overwegen:

- of de psychische aandoening de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek van de patiënt in de weg staat;
- of de psychische aandoening bijdraagt aan het ervaren lijden en, als dit laatste het geval is;

- of de arts overtuigd is van de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing.

Het bovenstaande geldt in de **volgende drie situaties**:

- A.** het lijden wordt volledig veroorzaakt door een psychische aandoening;
- B.** het lijden wordt veroorzaakt door een combinatie van een somatische en een psychische aandoening;
- C.** het lijden wordt veroorzaakt door een somatische aandoening en daarnaast heeft de patiënt een psychische aandoening of heeft hij deze in de recente voorgeschiedenis gehad.

Bij de beoordeling van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek gaat het erom dat de arts uitsluit dat het oordeelsvermogen van de patiënt door de psychische aandoening is aangetast. Is het oordeelsvermogen van de patiënt wat betreft het verzoek onvoldoende, dan is er geen sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De arts moet erop letten dat de patiënt relevante informatie kan bevatten, ziekte-inzicht heeft en ondubbelzinnig is in zijn overwegingen.

> zie ook § 3.2.

Waar het gaat om de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing, moet de arts nauwkeurig onderzoeken of er nog mogelijkheden zijn om het lijden van de patiënt op te heffen of te verminderen.

Dit is met name ook aan de orde in gevallen waarin de patiënt relatief jong is en nog een groot aantal jaren zou kunnen leven.³⁵ Wijst de patiënt een redelijk alternatief af, dan is er geen sprake van uitzichtloos lijden. Het is echter niet zo dat een patiënt alle nog denkbare behandelingen en interventies moet ondergaan.

> zie ook § 3.5.

Situatie A en B: Lijden door psychische aandoening en lijden door combinatie van somatische en psychische aandoening: uitgangspunt is het raadplegen van een onafhankelijk psychiater

Als het euthanasieverzoek voortkomt uit lijden dat het gevolg is van een psychische aandoening of van een combinatie van een somatische en een psychische aandoening (situaties zoals hierboven vermeld onder A en B) wordt van de arts grote behoedzaamheid verwacht. Veelal gaat het in dergelijke zaken om complexe problematiek en is de inbreng van specifieke deskundigheid vereist. Het **uitgangspunt** van de RTE is dat de arts bij deze patiënten **altijd psychiatrische expertise moet inroepen**. Dit vloeit voort uit de grote behoedzaamheid die in dergelijke situaties van de arts wordt gevraagd. Doel van het inroepen van psychiatrische expertise is dat de arts zich goed laat voorlichten en kritisch reflecteert op de eigen overtuiging. Dit waarborgt een zorgvuldig afwegingsproces.

³⁵ Zie meldingen 2016-41 en 2016-78 uit het RTE Jaarverslag 2016. Beide meldingen zijn gepubliceerd op de website van de RTE: euthanasiecommissie.nl. Het ging hierbij om een vrouw tussen de 40-50 jaar en om een man tussen de 30-40 jaar. In deze meldingen was naar het oordeel van de commissie aan alle zorgvuldigheidseisen voldaan.

De RTE geven invulling aan bovengenoemd uitgangspunt door te toetsen of de arts een onafhankelijk psychiater heeft geraadpleegd en of deze, naast een oordeel over de diagnose, heeft beoordeeld:

- of er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek (artikel 2, eerste lid, onder a, Wtl);
- of er sprake is van uitzichtloos lijden (artikel 2, eerste lid, onder b, Wtl);
- of een redelijke andere oplossing ontbreekt (artikel 2, eerste lid, onder d, Wtl).

De onafhankelijk psychiater mag zo nodig behandeladviezen geven.

De arts kan zelf beslissen:

- of hij een onafhankelijk psychiater náást een (SCEN-)consulent raadpleegt, dan wel,
- of hij een (SCEN-)consulent raadpleegt die tevens psychiater is (verder: SCEN-psychiater).

Als de arts kiest voor de raadpleging van een SCEN-psychiater hoeft na deze raadpleging niet meer een reguliere (SCEN-)consulent te worden ingeschakeld. De SCEN-psychiater zal evenals de onafhankelijk psychiater een op eigen onderzoek berustend oordeel moeten geven over de psychiatrische diagnose(s) en of de behandeling hiervoor tot dan toe toereikend is geweest. Daarnaast zal hij in zijn rol als (SCEN-)consulent het verzoek ook moeten beoordelen aan de hand van de zorgvuldigheidseisen. Ook de SCEN-psychiater mag in dit geval behandeladviezen geven.

Voor de RTE is voor de procedure niet van belang of de arts die de euthanasie uitvoert een psychiater is of een andere arts, zoals een huisarts. In beide situaties moet een onafhankelijk psychiater worden geraadpleegd, ook al mag deze tevens de te raadplegen (SCEN-)consulent zijn. Deze invulling door de RTE wijkt (beperkt) af van de criteria in de *Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis* van de NVvP uit 2018 (hierna: richtlijn NVvP 2018, te raadplegen op nvvp.net en op richtlijndatabase.nl) en het addendum consultatiefase uit 2025.

De subparagrafen ‘Onafhankelijkheid van de consulent’, ‘Uitgangspunt: de consulent ziet en spreekt de patiënt’ en ‘Het opnieuw raadplegen van de consulent’ van [paragraaf 3.6.](#) zijn voor de onafhankelijk psychiater van overeenkomstige toepassing. Dit houdt onder andere in dat de onafhankelijk psychiater zijn onafhankelijkheid ten opzichte van de arts en de patiënt toelicht, dat hij de patiënt ziet en spreekt en dat het voor de hand ligt dat er opnieuw contact is tussen de arts en de onafhankelijk psychiater als er geruime tijd is verstreken tussen het opmaken van het verslag en de beoogde datum van de euthanasie, onder meer over de vraag of een nieuw verslag nodig is.

Als de kwaliteit van het verslag van de (SCEN-)psychiater te wensen overlaat, dient de arts hem te vragen zijn verslag aan te passen. Als de kwaliteit onvoldoende blijft, dan zal de arts een tweede (SCEN-)psychiater moeten raadplegen.

Als de visie van de (SCEN-)psychiater afwijkt van de visie van de arts, geldt des te meer dat de arts expliciet dient te reflecteren op de visie die de (SCEN-)psychiater heeft ingebracht. Het ligt bovendien in de rede om dan een tweede (SCEN-)psychiater te raadplegen. Het raadplegen van nog een (SCEN-)psychiater in een dergelijk geval getuigt van de vereiste grote behoedzaamheid.

Als zich een bijzondere combinatie van een somatische aandoening en een psychische aandoening (situatie B) voordoet, is het inschakelen van alleen een onafhankelijk psychiater niet altijd afdoende. Een voorbeeld is een patiënt die zowel dementie als een psychische aandoening heeft. Deze aandoeningen kunnen elkaar beïnvloeden en kunnen beide van invloed zijn op het oordeelsvermogen van de patiënt. De arts zal moeten overwegen of hiervan sprake is. Het kan nodig zijn om naast een onafhankelijk psychiater ook één of meer andere onafhankelijke artsen met een specifieke deskundigheid te raadplegen, dan wel een (SCEN-)consulent met specifieke deskundigheid.

Situatie C: Lijden door somatische aandoening en daarnaast psychische aandoening (gehad)

Als het lijden wordt veroorzaakt door een somatische aandoening en de patiënt daarnaast een psychische aandoening heeft of in de recente voorgeschiedenis heeft gehad (situaties zoals hierboven vermeld onder C), zullen de arts en de consulent moeten overwegen of de psychische aandoening van invloed is op de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek. In deze gevallen kan het nodig zijn om een onafhankelijk psychiater of een SCEN-psychiater om advies te vragen over de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek.³⁶ De uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing hebben in dit geval betrekking op de somatische aandoening, omdat deze ten grondslag ligt aan het lijden.

Wanneer de arts ervan overtuigd is dat de psychische aandoening niet van invloed is op de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, dan hoeft de arts geen onafhankelijk psychiater te raadplegen. Hiermee krijgt de arts ruimte voor een eigen afweging. De arts zal wel inzichtelijk moeten maken waarom hij dat niet nodig vond en hoe hij tot de overtuiging is gekomen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

Hetgeen hierboven over de situaties, als bedoeld onder A, B en C is opgemerkt, is schematisch weergegeven in het stroomdiagram hiernaast:

SCHEMA 4

Stroomdiagram psychische aandoening



³⁶ Zie oordeel 2022-039 op de website van de RTE.

PATIËNTEN MET EEN PSYCHISCHE AANDOENING OF EEN COMBINATIE VAN EEN SOMATISCHE EN PSYCHISCHE AANDOENING: AANDACHTSPUNTEN

- Hebben de arts en de consulent overwogen of de psychische aandoening van invloed is op de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek en op de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing?
- Heeft de arts hierover een onafhankelijk psychiater of een (SCEN-)consulent, tevens psychiater, geraadpleegd? Dit is noodzakelijk als:
 - het lijden het gevolg is van een psychische aandoening; of
 - het lijden het gevolg is van een combinatie van een somatische en psychische aandoening; of
 - de psychische aandoening mogelijk de wilsbekwaamheid beïnvloedt.

4.5. Patiënten met dementie

Ook bij patiënten met dementie is er aanleiding om met grote behoedzaamheid na te gaan of aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan, in het bijzonder aan de eisen inzake het vrijwillig en weloverwogen verzoek en het ondraaglijk lijden. Naarmate het ziekteproces bij patiënten met dementie voortschrijdt, neemt de wilsbekwaamheid van de patiënt af.

Nog wel wilsbekwaam wat betreft een euthanasieverzoek

In veruit de meeste gevallen die tot nu toe aan de commissies zijn gemeld, ging het om patiënten die nog voldoende inzicht in hun ziekte hadden en die nog wilsbekwaam waren ten aanzien van hun euthanasieverzoek. Het lijden van deze patiënten wordt, naast een actuele achteruitgang in cognitieve vermogens en functioneren, veelal medebepaald door de angst voor verdere achteruitgang en de daarmee verbonden negatieve gevolgen voor (in het bijzonder) de autonomie en de waardigheid van de patiënt (zie ook § 3.3.). Het gaat om de beleving van het steeds verder voortschrijdende verlies van persoonlijkheid, functies en vaardigheden en het besef dat dit proces alleen maar door zal gaan. Dit vooruitzicht kan groot, actueel lijden doen ontstaan.

Als een patiënt met dementie nog wilsbekwaam is ten aanzien van zijn euthanasieverzoek voldoet in het algemeen de reguliere consultatieprocedure. Nodig is dan wel dat de diagnose dementie lege artis (op de gebruikelijke medische wijze) is gesteld. Bij twijfel over de wilsbekwaamheid wat betreft het euthanasieverzoek van de patiënt ligt het voor de hand dat de arts specifiek daarover advies van een onafhankelijk deskundige vraagt. Met betrekking tot de positie van de onafhankelijk deskundige zijn de in [paragraaf 3.6.](#) weergegeven voorwaarden en eisen ten aanzien van de onafhankelijkheid van de consulent van overeenkomstige toepassing. Als er geruime tijd is verstreken tussen het uitbrengen van het verslag van de onafhankelijk deskundige en de beoogde

datum van de euthanasie, ligt het voor de hand dat er opnieuw contact is tussen de arts en de onafhankelijk deskundige onder meer over de vraag of opnieuw een advies nodig is.

Als de kwaliteit van het verslag van de onafhankelijk deskundige te wensen overlaat, dient de arts de onafhankelijk deskundige te vragen zijn verslag aan te passen. Als de kwaliteit onvoldoende blijft, dan zal hij in beginsel een tweede onafhankelijk deskundige moeten raadplegen.

Bij een afwijkende visie van de onafhankelijk deskundige dient de arts expliciet te reflecteren op de visie die de onafhankelijk deskundige heeft ingebracht. Het ligt bovendien in de rede om dan een tweede onafhankelijk deskundige te raadplegen, omwille van de vereiste grote behoedzaamheid.

Niet meer wilsbekwaam wat betreft een euthanasieverzoek

In de fase waarin het proces van dementie zodanig is voortschreden dat de patiënt niet langer wilsbekwaam is ten aanzien van zijn euthanasieverzoek, is euthanasie mogelijk in die gevallen waarin de patiënt, toen hij nog wilsbekwaam ter zake was, een schriftelijke wilsverklaring inhoudende een euthanasieverzoek heeft opgesteld.

➤ *Zie over euthanasie op basis van een schriftelijke wilsverklaring § 4.1.*

PATIËNTEN MET DEMENTIE: AANDACHTSPUNTEN

- Is de patiënt nog wilsbekwaam ter zake?
- Zo nee, is er een schriftelijke wilsverklaring? Zie over euthanasie op basis van een schriftelijke wilsverklaring [paragraaf 4.1](#).

4.6. Patiënten met een verstandelijke beperking

Meldingen over gevallen van euthanasie bij patiënten met een verstandelijke beperking zijn zeldzaam.³⁷ Er zijn patiënten met een (lichte) verstandelijke beperking die een vrijwillig en weloverwogen verzoek om euthanasie kunnen doen en waarbij ook aan de overige zorgvuldigheidseisen wordt voldaan.³⁸ In deze gevallen zal bijzondere aandacht moeten uitgaan naar de wilsbekwaamheid van de patiënt ter zake van zijn euthanasieverzoek.

Raadplegen onafhankelijk deskundige

Bij twijfel over de wilsbekwaamheid van een patiënt ten aanzien van het verzoek dient de arts, naast de reguliere consulent die een oordeel geeft over alle zorgvuldigheidseisen genoemd in de [paragraaf 3.2](#), tot en met 3.5., ook een arts te raadplegen die deskundig is om de wilsbekwaamheid van de patiënt te beoordelen (zoals een arts voor verstandelijk gehandicapten). Ook hier geldt weer dat het raadplegen van één (SCEN-)consulent die tevens deskundige is voldoende kan zijn. Met betrekking tot de positie van de onafhankelijk deskundige wordt opgemerkt

dat de in [paragraaf 3.6](#), weergegeven voorwaarden en eisen ten aanzien van de onafhankelijkheid van de consulent van overeenkomstige toepassing zijn.

Als de kwaliteit van het verslag van de onafhankelijk deskundige te wensen overlaat, dient de arts de onafhankelijk deskundige te vragen zijn verslag aan te passen. Als de kwaliteit onvoldoende blijft, dan zal hij een tweede onafhankelijk deskundige moeten raadplegen.

Bij een afwijkende visie van de onafhankelijk deskundige dient de arts expliciet te reflecteren op de visie die de onafhankelijk deskundige heeft ingebracht. Het ligt bovendien in de rede om dan een tweede onafhankelijk deskundige te raadplegen, omwille van de vereiste grote behoedzaamheid.

4.7. Patiënten met een stoornis in het vermogen verbaal te communiceren

Een patiënt met een stoornis in het vermogen verbaal te communiceren (zoals bijvoorbeeld een patiënt met afasie) kan over het algemeen wel een vrijwillig en weloverwogen verzoek doen, maar het probleem zit hem veelal in de mogelijkheden tot het verbaal uiten van zijn wensen en opvattingen. Vaak zal een patiënt met een stoornis in het vermogen verbaal te communiceren wel op andere manieren uiting kunnen geven aan zijn wil aangaande het euthanasieverzoek of antwoord kunnen geven op vragen. Dat kan bijvoorbeeld door in iemands hand te

knippen, of met gelaatsuitdrukkingen en gebaren. Een optie is ook om eenvoudige gesloten vragen te stellen, die de patiënt, bijvoorbeeld door signalen te geven of met ja of nee kan beantwoorden. Aldus kunnen de arts en de consulent ondanks de taalstoornis van de patiënt een goed beeld krijgen van het verzoek om euthanasie en de daarvoor vereiste wilsbekwaamheid. Als ook aan de andere zorgvuldigheidseisen is voldaan, maakt dit de uitvoering van euthanasie mogelijk.

Heeft de patiënt een schriftelijke wilsverklaring opgesteld dan kan deze de beperkte verbale uitingen van de patiënt ondersteunen en aanvullen.

4.8. Coma en verlaagd bewustzijn

De KNMG heeft een *Richtlijn Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn* (2010) vastgesteld. Het toetsingskader van de RTE komt grotendeels overeen met deze richtlijn.

De arts moet het verlaagde bewustzijn of het coma vaststellen, bijvoorbeeld met behulp van de Glasgow Coma Scale (GCS).³⁹ Voor het beantwoorden van de vraag of euthanasie mogelijk is wanneer de patiënt anders dan door palliatieve sedatie in coma of in een toestand van verlaagd bewustzijn raakt, is vooral het door de patiënt ervaren lijden van belang.

➤ [zie over euthanasie en palliatieve sedatie § 4.9.](#)

³⁷ Zie melding 2016-03 euthanasiecommissie.nl.

³⁸ Zie de Richtlijn Medische beslissingen rond het levenseinde bij mensen met een verstandelijke beperking (2007) van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (verder: NVAVG) en ook de Handreiking Omgaan met vragen om levensbeëindiging bij wilsbekwame mensen met een verstandelijke beperking (2013) van de NVAVG.

³⁹ De Glasgow Coma Scale (GCS) biedt handvatten om (de mate van) verlaging van bewustzijn - en daarmee het mogelijke lijden - te bepalen; de GCS is opgenomen in KNMG-richtlijn Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn. Utrecht, 2010.

Coma:

Lijden veronderstelt de aanwezigheid van bewustzijn. Verkeert een patiënt in coma, dat wil zeggen een toestand waarin het bewustzijn geheel ontbreekt, dan kan hij geen lijden ervaren.

Verlaagd bewustzijn:

Als een patiënt in een toestand van verlaagd bewustzijn verkeert, is het niet uitgesloten dat hij (ondraaglijk) lijdt.

Situatie 1.

Coma of verlaagd bewustzijn ontstaat nadat de patiënt de arts heeft verzocht om euthanasie, maar vóór het voorgenomen moment van uitvoering

Een problematische situatie kan ontstaan als de patiënt de arts heeft verzocht om euthanasie, maar vóór het voorgenomen moment van de euthanasie in een coma of een toestand van verlaagd bewustzijn raakt. Dit roept de vraag op of de uitvoering van de euthanasie nog wel mogelijk is.

Daarbij moet een onderscheid worden gemaakt tussen verschillende situaties.

Onderscheid tussen irreversibel en reversibel coma of verlaagd bewustzijn

- Situatie 1a. *irreversibel coma* (door ziekte ontstaan, niet op te heffen).
De patiënt kan in de laatste fase van zijn ziekteproces spontaan in een coma raken. Omdat hij in die situatie geen lijden meer kan ervaren, kan de euthanasie, ook al heeft de arts zich daartoe eerder bereid verklaard, geen doorgang vinden.

- Situatie 1b. *irreversibele verlaging van het bewustzijn* (door ziekte ontstaan, niet op te heffen):
 1. Er zijn wel tekenen van lijden. De patiënt kan spontaan in een niet op te heffen situatie van verlaagd bewustzijn geraken, terwijl er nog wel tekenen van lijden zijn. In het bijzonder kreunen, benauwdheid met of zonder abnormale ademhaling, en grimassen op het gezicht. Bijkomende symptomen kunnen onrust, verwardheid en (fecaal) braken zijn. In deze situatie kan de arts de euthanasie wel uitvoeren.
 2. Er zijn geen tekenen van lijden. Euthanasie is niet mogelijk.
- Situatie 1c. *reversibel coma of reversibele verlaging van het bewustzijn* (door medicatie ontstaan, door staken van medicatie op te heffen).
Is het coma of de toestand van verlaagd bewustzijn niet spontaan ontstaan, maar door medicatie veroorzaakt, en vertoont de patiënt geen tekenen van lijden, maar is het aannemelijk dat door het terughalen van het bewustzijn lijden ontstaat, dan zou, om te kunnen controleren of de patiënt inderdaad nog lijden ervaart, het coma of de verlaging van het bewustzijn kunnen worden opgeheven. Dat is naar de mening van de commissies inhumain. In deze situatie kan de arts de euthanasie uitvoeren als de patiënt eerder, mondeling of in een schriftelijke wilsverklaring, om euthanasie heeft verzocht. Een reversibel coma en een reversibele toestand van verlaagd bewustzijn (ook zonder tekenen van lijden) behoeven dus niet te worden opgeheven met het enkele doel om de patiënt de ondraaglijkheid van het lijden tegenover de arts en/of de consultant te laten bevestigen.

In bovengenoemde situaties 1b, onder 1 (irreversibele verlaging van het bewustzijn, met tekenen van lijden bij de patiënt), en 1c (reversibel coma of verlaagd bewustzijn van de patiënt) kan de arts dus euthanasie uitvoeren. Hierbij is het voor het verdere traject van belang of er al een consultatie door een onafhankelijke arts had plaatsgevonden op het moment dat de patiënt in een toestand van verlaagd bewustzijn of reversibel coma raakte:

- *de patiënt heeft de arts verzocht om euthanasie en vervolgens, vóórdat de consultatie heeft plaatsgevonden, raakt de patiënt in een toestand van verlaagd bewustzijn of in een reversibel coma.*
De patiënt kan in een situatie van verlaagd bewustzijn of reversibel coma raken, vóórdat de consultant hem heeft kunnen zien. In dat geval kan de consultant niet meer met de patiënt communiceren en zal hij zijn oordeel met betrekking tot het verzoek moeten baseren op informatie van de arts, een eventuele schriftelijke wilsverklaring van de patiënt, het medisch dossier en informatie van anderen. Zijn oordeel over het lijden van de patiënt zal de consultant moeten baseren op zijn eigen observatie, het patiëntenjournaal en de mondelinge informatie van de arts maar ook op informatie van anderen, zoals specialistenbrieven en informatie van naasten of verzorgenden. Anders dan de richtlijn van de KNMG stelt, zijn de RTE van oordeel dat in deze situatie geen schriftelijke wilsverklaring is vereist.

- de patiënt heeft de arts verzocht om euthanasie en vervolgens, nádat consultatie heeft plaatsgevonden, raakt patiënt in een toestand van verlaagd bewustzijn of in een reversibel coma. Heeft de consulent de patiënt bezocht en met hem kunnen communiceren vóór een situatie ontstond van verlaagd bewustzijn of van reversibel coma, dan hoeft na het ontstaan van deze situatie de consulent in beginsel niet opnieuw te worden ingeschakeld. Ook al is de patiënt ten tijde van de uitvoering van de euthanasie niet meer in staat zijn wil wat dat betreft te uiten, een schriftelijke wilsverklaring is in deze situatie evenmin vereist.

Situatie 2.

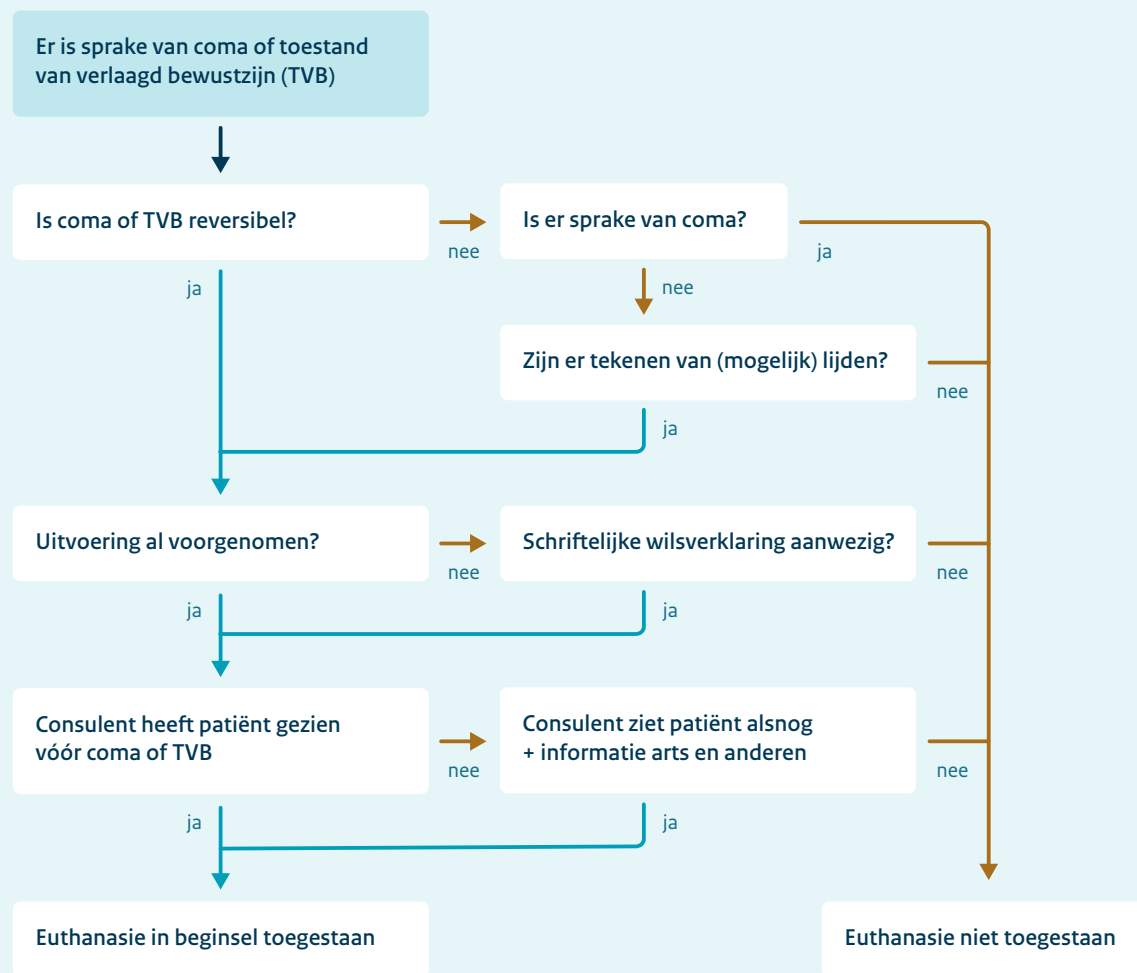
Coma of verlaagd bewustzijn ontstaat zonder voornemen van uitvoering

Een patiënt kan ook in coma of een toestand van verlaagd bewustzijn raken, voordat het euthanasieproces tussen de arts en de patiënt is afgerond en zelfs voor het in gang was gezet. Om tot euthanasie te kunnen overgaan zal er in elk geval een door de patiënt opgestelde schriftelijke wilsverklaring, inhoudende een euthanasieverzoek, moeten zijn. De consulent zal de patiënt moeten zien. Ook hier zal hij zijn oordeel mede moeten baseren op informatie van de arts, de schriftelijke wilsverklaring van de patiënt, het medisch dossier en informatie van anderen. Ook moeten er, als de bewustzijnsverlaging irreversibel is, tekenen zijn van lijden.

› zie ook § 3.6. en 4.1.

SCHEMA 5

Stroomdiagram euthanasie bij coma of toestand van verlaagd bewustzijn



COMA OF VERLAAGD BEWUSTZIEN: AANDACHTSPUNTEN

- Euthanasie is niet mogelijk in geval van:
 - irreversibel coma, omdat de patiënt dan geen lijden meer kan ervaren;
 - irreversibel verlaagd bewustzijn zonder tekenen van lijden bij de patiënt.
- Euthanasie is wel mogelijk in geval van:
 - irreversibel verlaagd bewustzijn met tekenen van lijden bij de patiënt;
 - reversibel coma of reversibel verlaagd bewustzijn, met of zonder tekenen van lijden bij de patiënt.
- Een reversibel coma en een reversibel verlaagd bewustzijn (ook zonder tekenen van lijden) hoeven niet te worden opgeheven met het enkele doel om de patiënt de ondraaglijkheid van het lijden tegenover de arts en/of de consultant te laten bevestigen, als aannemelijk is dat door het terughalen van het bewustzijn lijden ontstaat.
- Verlaagd bewustzijn of reversibel coma voor voorgenomen uitvoering:
 - heeft arts coma of (mate van) verlaging van bewustzijn vastgesteld? Met behulp van GCS?
 - zijn er, in geval van irreversibele bewustzijnsverlaging, tekenen van lijden?
 - heeft de consultant, als hij de patiënt niet heeft gezien vóórdat de situatie van verlaagd bewustzijn of reversibel coma ontstond, voldoende informatie om tot een oordeel te komen?
- Verlaagd bewustzijn of reversibel coma zonder voornemen van uitvoering:
 - naast hiervoor genoemde aandachtspunten: is er een schriftelijke wilsverklaring?

4.9. Euthanasie en palliatieve sedatie

Euthanasie en palliatieve sedatie zijn twee verschillende manieren om het ondraaglijk lijden van de patiënt te beëindigen dan wel te verminderen. Bij euthanasie gebeurt dat door het leven te (laten) beëindigen en bij palliatieve sedatie door de patiënt tot het moment van overlijden in een toestand van verlaagd bewustzijn te brengen. Palliatieve sedatie behoort, in tegenstelling tot euthanasie, tot het normale medische handelen, maar is wel aan bijzondere voorwaarden gebonden. Eén van de voorwaarden is een levensverwachting van twee weken of minder.⁴⁰

Sommige patiënten voelen niet voor euthanasie; voor hen kan palliatieve sedatie een goed alternatief zijn. Andere patiënten willen tot het laatste moment helder zijn en wijzen om die reden palliatieve sedatie af. De patiënt mag om die reden concluderen dat palliatieve sedatie geen ‘redelijke andere oplossing’ is. Een afwijzing van palliatieve sedatie is dan ook geen belemmering voor euthanasie.

› zie ook § 3.5.

Het komt ook voor dat een patiënt een ‘voorwaardelijk’ euthanasieverzoek doet. De patiënt kiest dan voor palliatieve sedatie maar spreekt met de arts af dat die in bepaalde situaties alsnog overgaat tot euthanasie. Bij die bepaalde situaties kan men denken aan:

- de situatie dat het overlijden langer op zich laat wachten dan de patiënt wenste;⁴¹
- de situatie dat patiënt, ondanks het verlagen van zijn bewustzijn, nog tekenen van lijden vertoont.

⁴⁰ Zie richtlijn Palliatieve sedatie, 2022.

⁴¹ In dit geval kan worden gesteld dat de toestemming van de patiënt voor het continueren van de palliatieve sedatie ontbreekt. Het gaat daarbij om toestemming als bedoeld in de Wgbo (art. 7:450 lid 1 BW).

De commissies achten het van groot belang dat de patiënt zelf van tevoren aan de arts uitdrukkelijk de omstandigheden aangeeft waaronder zijn instemming met de palliatieve sedatie niet langer geldt en hij wenst dat de arts het euthanasieverzoek alsnog inwilligt. De arts zal in dergelijke situaties, voorafgaand aan de palliatieve sedatie, een consulent moeten inschakelen.

Ook komt het voor dat afgesproken is uitvoering te geven aan een verzoek van de patiënt om euthanasie, maar dat voorafgaand aan dat moment sedatie wordt toegepast. Een dergelijke situatie kan zich voordoen wanneer de klachten van de patiënt plotseling verergeren, maar uitvoering van de euthanasie nog niet mogelijk is. Dat kan bijvoorbeeld gebeuren omdat de arts afwezig is en de waarnemer de euthanasie niet kan of wil doen of omdat de arts nog niet de beschikking heeft over de euthanatica.

De patiënt wordt dan in een toestand van verlaagd bewustzijn gebracht en is daardoor niet meer in staat om direct voorafgaand aan de euthanasie zijn verzoek te herhalen of te bevestigen. Euthanasie is mogelijk als de patiënt voorafgaand aan de sedatie heeft herbevestigd dat hij om euthanasie verzoekt en alleen sedatie wil ter overbrugging van de periode tot het moment dat uitvoering van de euthanasie mogelijk is. Het kan ook gaan om een toestand die de patiënt eerder, mondeling of in een schriftelijke wilsverklaring, heeft aangemerkt als een situatie waarin hij om tegemoetkoming aan zijn eerdere euthanasieverzoek zou vragen. Ook in deze gevallen is

het naar de mening van de commissies inhumaan om de patiënt te laten ontwaken met het enkele doel om hem tegenover de arts en/of de consulent zijn ondraaglijk lijden te laten herbevestigen.

4.10. ‘Voltooid leven’ of ‘klaar met leven’

Zoals uit de wetsgeschiedenis blijkt, doelt men met ‘voltooid leven’ (ook wel ‘klaar met leven’ genoemd) op de situatie van mensen die veelal op hoge leeftijd zijn en die, zonder dat zij overigens in medisch opzicht een met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening hebben, voor zichzelf hebben vastgesteld dat voor hen de waarde van het leven zodanig is afgenomen dat zij de dood verkiezen boven verder leven. Over ‘voltooid leven’ is al een aantal jaren een maatschappelijke discussie gaande. Deze discussie gaat over de vraag of euthanasie ook in deze gevallen mogelijk zou moeten zijn.⁴² Dat is nu niet het geval. Zoals uit de jurisprudentie en de wetsgeschiedenis blijkt, is vereist dat het ondraaglijk lijden van de patiënt een medische grondslag heeft (zie ook § 3.3.). Het is echter niet zo, dat er sprake moet zijn van een levensbedreigende aandoening. Ook een stapeling van ouderdomsaandoeningen kan gepaard gaan met uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

› zie over stapeling van ouderdomsaandoeningen § 3.3.

4.11. Orgaan- en weefseldonatie na euthanasie

De Wtl doet geen uitspraken over wat er na euthanasie mag gebeuren met het lichaam en werpt daarmee geen belemmeringen op voor orgaan- en weefseldonatie. Echter, de voorgenomen donatieprocedure mag de zorgvuldigheid van de euthanasieprocedure niet beïnvloeden.

De donatie staat formeel los van de euthanasieprocedure, maar heeft wel invloed op de gang van zaken rond de euthanasie. Zo is het bij orgaandonatie nodig dat de euthanasie in een ziekenhuis plaatsvindt. In andere gevallen, zoals bij weefseldonatie, zal het lichaam na de euthanasie vaak naar het ziekenhuis moeten worden overgebracht.

De arts die met deze combinatie van euthanasie en donatie wordt geconfronteerd, moet de donatiewens van de patiënt met hem bespreken. Daarna moet hij vóórdat de euthanasie plaatsvindt de procedure zorgvuldig afspreken met het ziekenhuis, in dit geval de transplantatiecoördinator. Vervolgens moet hij de patiënt en zijn naasten inlichten over de gang van zaken. Er zijn een *Richtlijn orgaandonatie na euthanasie* (2022) en een *Handleiding weefseldonatie na euthanasie* opgesteld die de arts kunnen ondersteunen bij de besluitvorming. Deze zijn te raadplegen via de website van de Nederlandse Transplantatie Stichting.⁴³

⁴² Zie hierover: het rapport van de Commissie Schnabel, *Voltooid leven*. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten, Den Haag, januari 2016, alsmede de Kabinetsreactie en visie voltooid leven, brief aan de Tweede Kamer, 12 oktober 2016. En: Het PERSPECTIEF-onderzoek. Perspectieven op de doodswens van ouderen die niet ernstig ziek zijn: de mensen en de cijfers, ZonMw 2020.

⁴³ transplantatiestichting.nl.

4.12. Eisen die de wet niet stelt

Over de criteria en voorwaarden die in het geval van euthanasie gelden, bestaan misverstanden. Uit de door de commissies ontvangen meldingen blijkt soms dat artsen of consultants eisen stellen die in de Wtl niet worden genoemd. De eisen die de wet wel stelt zijn in het voorafgaande besproken en toegelicht. Uit deze bespreking kan worden afgeleid welke eisen de wet niet stelt. Samengevat:

- Vereist is niet dat de patiënt aan een levensbedreigende aandoening lijdt (zie [§ 2.1.](#) en [3.3.](#));
- Vereist is niet dat de patiënt in de stervensfase verkeert (zie [§ 2.2.](#));
- Er is geen behandelrelatie tussen de arts en de patiënt vereist (zie [§ 3.1.](#));
- Het is niet vereist dat de patiënt een verzoek om euthanasie, behalve mondeling, ook schriftelijk doet (zie [§ 3.2.](#));
- Het is niet vereist dat de patiënt een schriftelijke wilsverklaring inhoudende een verzoek om euthanasie vastlegt bij de notaris in een levenstestament (zie [§ 4.1.](#));
- Het verzoek van de patiënt dient weloverwogen te zijn, maar hoeft in beginsel niet duurzaam te zijn (zie [§ 3.2.](#));
- Voor het inwilligen van een euthanasieverzoek is geen ‘toestemming’ van de consultant nodig (zie [§ 3.6.](#));
- Vereist is niet dat de wilsbekwaamheid van een patiënt ten aanzien van zijn euthanasieverzoek altijd door een onafhankelijk psychiater moet worden beoordeeld. Dat is anders bij een patiënt met een psychische aandoening. Dan moet de wilsbekwaamheid ten aanzien van zijn euthanasieverzoek altijd door een onafhankelijk psychiater worden beoordeeld. In andere gevallen hoeft de beoordeling van de wilsbekwaamheid van een patiënt ten aanzien van zijn euthanasieverzoek alleen door een ter zake deskundige arts te geschieden als er gerede twijfel bestaat over die wilsbekwaamheid. (zie ook [§ 4.2.](#) tot en met 4.5.);
- Palliatieve sedatie wordt niet beschouwd als ‘redelijke andere oplossing’ in de zin van art. 2 lid 1 onder d Wtl (zie [§ 4.9.](#));
- Het is doorgaans wenselijk en vanzelfsprekend om de familie bij een euthanasieverzoek te betrekken, maar dat is niet vereist, laat staan dat de familie zou moeten instemmen met de euthanasie.

5. Nuttige verwijzingen

5.1. Website van de commissies

De website van de commissies is euthanasiecommissie.nl. Op deze site is nadere informatie te vinden over de werkwijze van de commissies. Ook kunnen via deze site een selectie van de oordelen van de commissies en hun gezamenlijke jaarverslagen worden geraadpleegd. In de jaarverslagen zijn ook beschrijvingen van meldingen opgenomen. Op deze website zijn ook te vinden:

- het modelformulier voor de melding van de arts aan de gemeentelijk lijkschouwer;
- het door de arts bij deze melding te voegen modelverslag;
- het modelformulier voor de melding van de gemeentelijk lijkschouwer aan de commissie.
- de Klachtenregeling Regionale Toetsingscommissies Euthanasie

5.2. SCEN-programma

Met betrekking tot de zorgvuldigheidseis inzake onafhankelijke consultatie speelt het SCEN-programma van de KNMG (zie § 3.6.) een belangrijke rol. Het heeft de voorkeur dat de consultatie wordt uitgevoerd door een arts die de SCEN-opleiding heeft gevolgd. De KNMG heeft een richtlijn voor SCEN-artsen vastgesteld, met als titel *Steun en consultatie bij euthanasie* (2023). De arts heeft groot belang bij een degelijk en volledig consultatieverslag. SCEN heeft daarom een *Checklist consultatieverslag* opgesteld. Ook heeft de KNMG een *Modelverslag voor SCEN-artsen* (2023) opgesteld. Zie voor meer informatie scen.nl.

5.3. Evaluaties van de Wtl

Tot op heden is de Wtl vier keer geëvalueerd. Deze evaluatierapporten zijn gepubliceerd in 2007, 2012, 2017 en 2023. De evaluatierapporten zijn te vinden op zonmw.nl:

- Evaluatierapport 2007: Zoek op *eerste evaluatie wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*.
- Evaluatierapport 2012: Zoek op *tweede evaluatie wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*.
- Evaluatierapport 2017: Zoek op *derde evaluatie wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*.
- Evaluatierapport 2023: Zoek op *vierde evaluatie wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*.

5.4. Beleidsregels van het Openbaar Ministerie

Meldingen van euthanasie die volgens de commissies niet voldeden aan een of meer wettelijke zorgvuldigheidseisen, worden toegezonden aan het Openbaar Ministerie en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. De aanpak van het Openbaar Ministerie in dergelijke gevallen wordt uiteengezet in de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake actieve levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding) wetten.overheid.nl/BWBR0039555/2017-05-17.

5.5. Medisch-professionele normen

De KNMG heeft meerdere standpunten en richtlijnen voor artsen vastgesteld met betrekking tot euthanasie. Voorbeelden hiervan zijn het *Standpunt Beslissingen rond het levenseinde* (2021), de *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* (samen met KNMP, 2021) en de *Richtlijn Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn* (2010). Deze en meer informatie zijn te raadplegen op knmg.nl.

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft de *Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis* (2018) vastgesteld. Deze richt zich tot psychiaters en andere artsen bij wie een verzoek tot euthanasie wordt neergelegd door een patiënt met een psychische stoornis en is te raadplegen op nvvp.net en op richtlijndatabase.nl.

5.6. Expertisecentrum Euthanasie

Expertisecentrum Euthanasie kan hulp en ondersteuning bieden aan artsen, onder andere via de informatielijn, nascholing en de consulent euthanasie. Zie expertisecentrumeeuthanasie.nl.

Bijlage Relevante Wetsbepalingen

Staatsblad 2001, nr. 194

Wet van 12 april 2001, houdende toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de lijkbezorging.⁴⁴

Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WtI)⁴⁵

Hoofdstuk I Begripsomschrijvingen

Artikel 1

In deze wet wordt verstaan onder:

- a. Onze Ministers: de Ministers van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- b. hulp bij zelfdoding: het opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam zijn of hem de middelen daartoe verschaffen als bedoeld in artikel 294, tweede lid, tweede volzin, Wetboek van Strafrecht;
- c. de arts: de arts die volgens de melding levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend;
- d. de consulent: de arts die is geraadpleegd over het

voornemen van een arts om levensbeëindiging op verzoek toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen;

- e. de hulpverleners: hulpverleners als bedoeld in artikel 446, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek;
- f. de commissie: een regionale toetsingscommissie als bedoeld in artikel 3;

Hoofdstuk II Zorgvuldigheidseisen

Artikel 2

1. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 293, tweede lid, Wetboek van Strafrecht, houden in dat de arts:
 - a. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt,
 - b. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt,
 - c. de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten,
 - d. met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was,
 - e. ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d, en

f. de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

2. Indien de patiënt van zestien jaren of ouder niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordat hij in die staat geraakte tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat werd geacht, en een schriftelijke verklaring, inhoudende een verzoek om levensbeëindiging, heeft afgelegd, dan kan de arts aan dit verzoek gevolg geven. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in het eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing.
3. Indien de minderjarige patiënt een leeftijd heeft tussen de zestien en achttien jaren en tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht, kan de arts aan een verzoek van de patiënt om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding gevolg geven, nadat de ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd bij de besluitvorming zijn betrokken.
4. Indien de minderjarige patiënt een leeftijd heeft tussen de twaalf en zestien jaren en tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht, kan de arts, indien een ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd zich met de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding kan of kunnen verenigen, aan het verzoek van de patiënt gevolg geven. Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing.

⁴⁴ Zie voor de behandeling in de Staten-Generaal: Kamerstukken II 1998/1999, 1999/2000, 2000/2001, 26 691. Handelingen II 2000/2001, blz. 2001-2072; 2107-2139; 2202-2223; 2233-2260; 2372-2375. Kamerstukken I 2000/2001, 26 691 (137, 137a, 137b, 137c (herdr.); 137d, 137e, 137f, 137g, 137h). Handelingen I 2000/2001, zie vergadering d.d. 10 april 2001.

⁴⁵ Zoals die luidt op 1 januari 2026. Zie <https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410> voor de meest actuele versie.

Hoofdstuk III

Regionale toetsingscommissies voor levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Paragraaf 1. Instelling, samenstelling en benoeming

Artikel 3

1. Er zijn regionale commissies voor de toetsing van meldingen van gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 293, tweede lid, onderscheidenlijk 294, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht.
2. Een commissie bestaat uit een oneven aantal leden, waaronder in elk geval één rechtsgeleerd lid, tevens voorzitter, één arts en één deskundige inzake ethische of zingevingsvraagstukken. Van een commissie maken mede deel uit plaatsvervangende leden van elk van de in de eerste volzin genoemde categorieën.

Artikel 4

1. De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden worden door Onze Ministers benoemd voor de tijd van vier jaar. Herbenoeming kan eenmaal plaatsvinden voor de tijd van vier jaar.
2. Een commissie heeft een secretaris en één of meer plaatsvervangend secretarissen, allen rechtsgeleerden, die door Onze Ministers worden aangewezen. De secretaris heeft in de vergaderingen van de commissie een raadgevende stem. De aanwijzing eindigt van rechtswege met ingang van de datum dat de uitoefening van de functie van secretaris of plaatsvervangend secretaris geen onderdeel meer uitmaakt van de werkzaamheden van de betreffende ambtenaar.

3. De secretaris is voor zijn werkzaamheden voor de commissie uitsluitend verantwoording schuldig aan de commissie.

Paragraaf 2. Ontslag

Artikel 5

De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden kunnen te allen tijde op hun eigen verzoek worden ontslagen door Onze Ministers.

Artikel 6

De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden kunnen door Onze Ministers worden ontslagen wegens ongeschiktheid of onbekwaamheid of op andere zwaarwegende gronden.

Paragraaf 3. Bezoldiging

Artikel 7

1. Onverminderd de artikelen 4 tot en met 6 worden bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels gesteld over de rechtspositie van de voorzitters, waaronder in ieder geval regels over de vergoeding.
2. De regels, bedoeld in het eerste lid, kunnen voor de onderscheiden voorzitters verschillend worden vastgesteld naar gelang de aard en omvang van de door hen te verrichten werkzaamheden.

Paragraaf 4. Taken en bevoegdheden

Artikel 8

1. De commissie beoordeelt op basis van het verslag bedoeld in artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging, of de arts die levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding

heeft verleend, heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2.

2. De commissie kan de arts verzoeken zijn verslag schriftelijk of mondeling aan te vullen, indien dit voor een goede beoordeling van het handelen van de arts noodzakelijk is.
3. De commissie kan bij de gemeentelijke lijkschouwer, de consulent of de betrokken hulpverleners inlichtingen inwinnen, indien dit voor een goede beoordeling van het handelen van de arts noodzakelijk is.

Artikel 9

1. De commissie brengt haar gemotiveerde oordeel binnen zes weken na ontvangst van het verslag als bedoeld in artikel 8, eerste lid, schriftelijk ter kennis van de arts.
2. De commissie brengt haar oordeel ter kennis van het College van procureurs-generaal en de inspecteur van de Inspectie gezondheidszorg en jeugd:
 - a. indien de arts naar het oordeel van de commissie niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2; of
 - b. indien de situatie zich voordoet als bedoeld in artikel 12, laatste volzin van de Wet op de lijkbezorging.
 De commissie stelt de arts hiervan in kennis.
3. De in het eerste lid genoemde termijn kan eenmaal voor ten hoogste zes weken worden verlengd. De commissie stelt de arts hiervan in kennis.
4. De commissie is bevoegd het door haar gegeven oordeel mondeling tegenover de arts nader toe te lichten. Deze mondelinge toelichting kan plaatsvinden op verzoek van de commissie of op verzoek van de arts.

Artikel 10

De commissie is verplicht aan de officier van justitie desgevraagd alle inlichtingen te verstrekken, welke hij nodig heeft:

- 1^e. ten behoeve van de beoordeling van het handelen van de arts in het geval als bedoeld in artikel 9, tweede lid; of
- 2^e. ten behoeve van een opsporingsonderzoek.
Van het verstrekken van inlichtingen aan de officier van justitie doet de commissie mededeling aan de arts.

Paragraaf 6. Werkwijze

Artikel 11

De commissie draagt zorg voor registratie van de ter beoordeling gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding. Bij ministeriële regeling van Onze Ministers kunnen daaromtrent nadere regels worden gesteld.

Artikel 12

1. Een oordeel wordt vastgesteld bij gewone meerderheid van stemmen.
2. Een oordeel wordt vastgesteld door drie leden van de commissie die elk een van de in artikel 3, tweede lid, eerste zin, genoemde categorieën van deskundigheid vertegenwoordigen.

Artikel 13

De voorzitters van de regionale toetsingscommissies voeren ten minste twee maal per jaar overleg met elkaar over werkwijze en functioneren van de commissies. Bij het overleg worden uitgenodigd een arts en een deskundige inzake ethische of zingevingsvraagstukken die ieder de andere leden van de betreffende categorie van deskundigheid vertegenwoordigen.

Paragraaf 7. Geheimhouding en Verschoning

Artikel 14

De leden en plaatsvervangend leden van de commissie zijn verplicht tot geheimhouding van de gegevens waarover zij bij de taakuitvoering de beschikking krijgen, behoudens voor zover enig wettelijk voorschrift hen tot mededeling verplicht of uit hun taak de noodzaak tot mededeling voortvloeit.

Artikel 15

Een lid van de commissie, dat voor de behandeling van een zaak zitting heeft in de commissie, verschoont zich en kan worden gewraakt indien er feiten of omstandigheden bestaan waardoor de onpartijdigheid van zijn oordeel schade zou kunnen lijden.

Artikel 16

Een lid, een plaatsvervangend lid en de secretaris van de commissie onthouden zich van het geven van een oordeel over het voornemen van een arts om levensbeëindiging op verzoek toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen.

Paragraaf 8. Rapportage

Artikel 17

1. De commissies brengen jaarlijks vóór 1 april aan Onze Ministers een gezamenlijk verslag van werkzaamheden uit over het afgelopen kalenderjaar. Onze Ministers stellen hiervoor bij ministeriële regeling een model vast.
2. Het in het eerste lid bedoelde verslag van werkzaamheden vermeldt in ieder geval:
 - a. het aantal gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding waarover de commissie een oordeel heeft uitgebracht;
 - b. de aard van deze gevallen;
 - c. de oordelen en de daarbij gemaakte afwegingen.

Artikel 18

Onze Ministers brengen jaarlijks ter gelegenheid van het indienen van de begroting aan de Staten-Generaal verslag uit met betrekking tot het functioneren van de commissies naar aanleiding van het in het artikel 17, eerste lid, bedoelde verslag van werkzaamheden.

Artikel 19

1. Op voordracht van Onze Ministers worden bij algemene maatregel van bestuur met betrekking tot de commissies regels gesteld betreffende
 - a. hun aantal en relatieve bevoegdheid;
 - b. hun vestigingsplaats.
2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen Onze Ministers met betrekking tot de commissies nadere regels stellen betreffende
 - a. hun omvang en samenstelling;
 - b. hun werkwijze en verslaglegging.
 - c. het overleg met een vertegenwoordiger van het College van procureurs-generaal en een vertegenwoordiger van de Inspectie gezondheidszorg en jeugd.

Hoofdstuk IIIa Bonaire, Sint Eustatius en Saba

Artikel 19a

Deze wet is mede van toepassing in de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba met inachtneming van het in dit hoofdstuk bepaalde.

Artikel 19b

1. Voor de toepassing van:
 - artikel 1, onderdeel b, wordt in plaats van «artikel 294, tweede lid, tweede volzin, Wetboek van Strafrecht» gelezen: artikel 307, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht BES.
 - artikel 1, onderdeel f, wordt in plaats van «een regionale toetsingscommissie als bedoeld in artikel 3» gelezen: een commissie als bedoeld in artikel 19c.
 - artikel 2, eerste lid, aanhef, wordt in plaats van «artikel 293, tweede lid, van het Wetboek van Strafrecht» gelezen: artikel 306, tweede lid, van het Wetboek van Strafrecht BES.
 - artikel 8, eerste lid, wordt in plaats van «artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging» gelezen: artikel 1, derde lid, van de Wet verklaringen van overlijden BES.
 - artikel 8, derde lid, vervalt: of de betrokken hulpverleners.
 - artikel 9, tweede lid, aanhef, wordt in plaats van «het College van procureurs-generaal» gelezen: de procureur-generaal.
2. Artikel 1, onder e, is niet van toepassing.

Artikel 19c

In afwijking van artikel 3, eerste lid, is er een door Onze Ministers aan te wijzen commissie, die bevoegd is de meldingen van gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 306, tweede lid, onderscheidenlijk 307, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht BES te toetsen.

Artikel 19d

Bij het overleg, bedoeld in artikel 13, is de voorzitter van de commissie, bedoeld in artikel 19c, betrokken.

Wetboek van Strafrecht

Artikel 293

1. Hij die opzettelijk het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen beëindigt, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaren of geldboete van de vijfde categorie.
2. Het in het eerste lid bedoelde feit is niet strafbaar, indien het is begaan door een arts die daarbij voldoet aan de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en hiervan mededeling doet aan de gemeentelijke lijkschouwer overeenkomstig artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging.

Artikel 294

1. Hij die opzettelijk een ander tot zelfdoding aanzet, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de vierde categorie.
2. Hij die opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam is of hem de middelen daartoe verschaft, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de vierde categorie. Artikel 293, tweede lid, is van overeenkomstige toepassing.

Wet op de lijkbezorging

Artikel 7

1. Hij die de schouwing heeft verricht geeft een verklaring van overlijden af, indien hij ervan overtuigd is dat de dood is ingetreden ten gevolge van een natuurlijke oorzaak.
2. Indien het overlijden het gevolg was van de toepassing van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 293, tweede lid, onderscheidenlijk artikel 294, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht, geeft de behandelende arts geen verklaring van overlijden af en doet hij van de oorzaak van dit overlijden onverwijld door invulling van een formulier mededeling aan de gemeentelijke lijkschouwer of een der gemeentelijke lijkschouwers. Bij de mededeling voegt de arts een beredeneerd verslag inzake de inachtneming van de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.
3. Indien de behandelende arts in andere gevallen dan die bedoeld in het tweede lid meent niet tot afgifte van een verklaring van overlijden te kunnen overgaan, doet hij hiervan onverwijld door invulling van een formulier mededeling aan de gemeentelijke lijkschouwer of een der gemeentelijke lijkschouwers.

Index

0-9

30 minuten 21

A

Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake actieve levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding) (OM, 2017) 37

acute situatie 11

adequate vaststelling van voldoende verlaging van het bewustzijn 10, 20, 22

afasie 13, 31

apotheker 22

arrest inzake euthanasie bij patiënt met voortgeschreden dementie (2020) 23

B

behandelend arts 7, 11

behandelrelatie 23, 24, 25, 36

beredeneerd verslag 7, 41

Brongersma-arrest 6, 14

C

Chabot-arrest 6, 14

coma 13, 19, 20, 21, 22, 26, 31, 32, 33, 34

Combinatie psychiatrie en somatiek 27

combinatie van aandoeningen 15

communicatie 11, 12, 20, 23, 25, 26

consistentie verzoek 11

consulent 4, 7, 9, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39

consulent euthanasie van Expertisecentrum Euthanasie 17

consultatie 13, 17, 19, 20, 32, 33, 37

consultatieverslag 4, 17, 19, 37

D

dementie 6, 13, 15, 18, 23, 24, 26, 28, 30, 31

dertig minuten. Zie 30 minuten

deskundige (op specifiek terrein) 13, 17, 18, 25, 26, 30, 31, 36, 39, 40

Deskundigheid van de consulent 18

duo-euthanasie 18, 27

E

euthanasie (begrip) 6

evaluatie(rapporten) Wtl 37

Expertisecentrum Euthanasie 7, 17, 37

F

forensisch arts. Zie lijkschouwer

G

gecompliceerde uitvoering 21

geen redelijke andere oplossing. Zie redelijke andere oplossing

grote behoedzaamheid 25, 27, 28, 30, 31

H

Hoge Raad 6, 13

hulp bij zelfdoding 5, 6, 7, 10, 20, 21, 22, 37, 38, 39, 40, 41

I

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) 7, 37, 39, 40

irreversibel coma en irreversibele toestand van

verlaagd bewustzijn 31

irreversibel en reversibel coma of verlaagd bewustzijn 32

J

jaarsverslag RTE 5, 27, 37

K

klaar met leven. Zie voltooid leven

klachtenregeling RTE 37

KNMG 7, 10, 17, 19, 20, 21, 22, 31, 32, 37

L

levensbeëindiging op verzoek 4, 5, 7, 10, 20, 21, 22, 28, 37, 38, 39, 40, 41

levensverwachting 6, 16, 34

lijdensdruk 13, 14

lijkschouwer 7, 9, 17, 21, 22, 37, 39, 41

M

medische grondslag van het lijden 14

medisch-professionele normen / richtlijnen / standpunten 5, 10, 37

medisch zorgvuldige uitvoering 5, 16, 20, 22, 25

melden levensbeëindiging op verzoek of hulp

bij zelfdoding 7

minderjarige 26, 38

Modelverslag voor de behandelend arts 7, 9, 17, 20, 37

Modelverslag voor SCEN-artsen (KNMG, 2022) 17, 37

mondeling verzoek 11, 12, 13, 23

N

niet-behandelend arts 11

‘niet vragen oproepende’ meldingen (NVO’s) 8

noodset 20, 21, 22

NVvP 10, 28, 37

O

onafhankelijk deskundige 25, 30, 31
onafhankelijkheid consulent 16
onafhankelijk psychiater 27, 28, 29, 30, 36
ondraaglijkheid van het lijden 14, 15, 24, 32, 34
Openbaar Ministerie (OM) 7, 37
orgaan- en weefseldonatie 35

P

palliatieve sedatie 13, 16, 31, 34, 35, 36
palliatieve zorg 16
premedicatie 26
psychische stoornis 10, 13, 18, 28, 37

R

redelijke andere oplossing 6, 7, 14, 15, 16, 18, 25, 27, 28, 29, 30, 34, 36, 38
reflectiekamer 10
Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) 5, 7, 9, 10, 11, 14, 18, 20, 21, 27, 28, 29, 31, 32
reversibel coma en reversibele toestand van verlaagd bewustzijn 32
reversibel coma of reversibele verlaging van het bewustzijn 32
Richtlijn Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn (KNMG, 2010) 10, 31, 37
Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis (NVvP, 2018) 10, 28, 37
Richtlijn Steun en consultatie bij euthanasie (2023) 37
Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding (KNMG/KNMP, 2021) 10, 20, 37

S

SCEN-arts 4, 17, 18
SCEN-programma van de KNMG 37
Schoonheim-arrest (1984) 13
schriftelijke wilsverklaring 7, 11, 12, 13, 19, 23, 24, 25, 26, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36
Standpunt Beslissingen rond het levenseinde (KNMG, 2021) 10, 37
stapeling van ouderdomsaandoeningen 14, 15, 35
stervensfase 6, 36
steun consulent. Zie SCEN-arts
stoornis in het vermogen verbaal te communiceren 31

T

terminale fase. Zie stervensfase
toetsing 5, 7, 10, 25, 37, 38, 39, 41

U

uitvoerend arts 4, 7, 9, 11, 16, 17, 18, 19, 20, 21
Uitvoering: begin opnieuw 21, 22
uitzichtloosheid van het lijden 14, 15, 18, 25, 27, 29, 30

V

verlaagd bewustzijn 10, 13, 19, 20, 23, 26, 31, 32, 33, 34, 35, 37
verslaglegging 7, 11, 15, 16, 18, 19, 20, 40
verstandelijke beperking 13, 18, 31
vertegenwoordiging 12
verzoek. Zie vrijwillig verzoek; Zie weloverwogen verzoek; Zie consistentie verzoek; Zie mondeling verzoek en schriftelijke wilsverklaring

voltooid leven 14, 35
voorlichting aan de patiënt 15
voortgeschreden dementie 6, 23, 24
‘vragen oproepende’ meldingen (VO’s) 8
vrijwillig verzoek 12
vroeg consultatie 17

W

waarnemer 11, 35
website RTE 37
weloverwogen verzoek 6, 7, 11, 13, 15, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 38
Wetboek van Strafrecht 6, 38, 39, 41
Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) 12
Wet op de lijkbezorging 7, 38, 39, 41
Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) 5, 6, 7, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 23, 26, 28, 35, 36, 37, 38
wilsbekwaamheid 12, 13, 17, 18, 25, 30, 31, 36
wilsverklaring. Zie schriftelijke wilsverklaring

Z

ziekte-inzicht 12, 13, 27
zorgvuldigheidseisen 5, 6, 7, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 37, 38, 39, 41

REGIONALE
TOETSINGSCOMMISSIES
EUTHANASIE



Uitgave

Regionale Toetsingscommissies Euthanasie
euthanasiecommissie.nl

Januari 2026