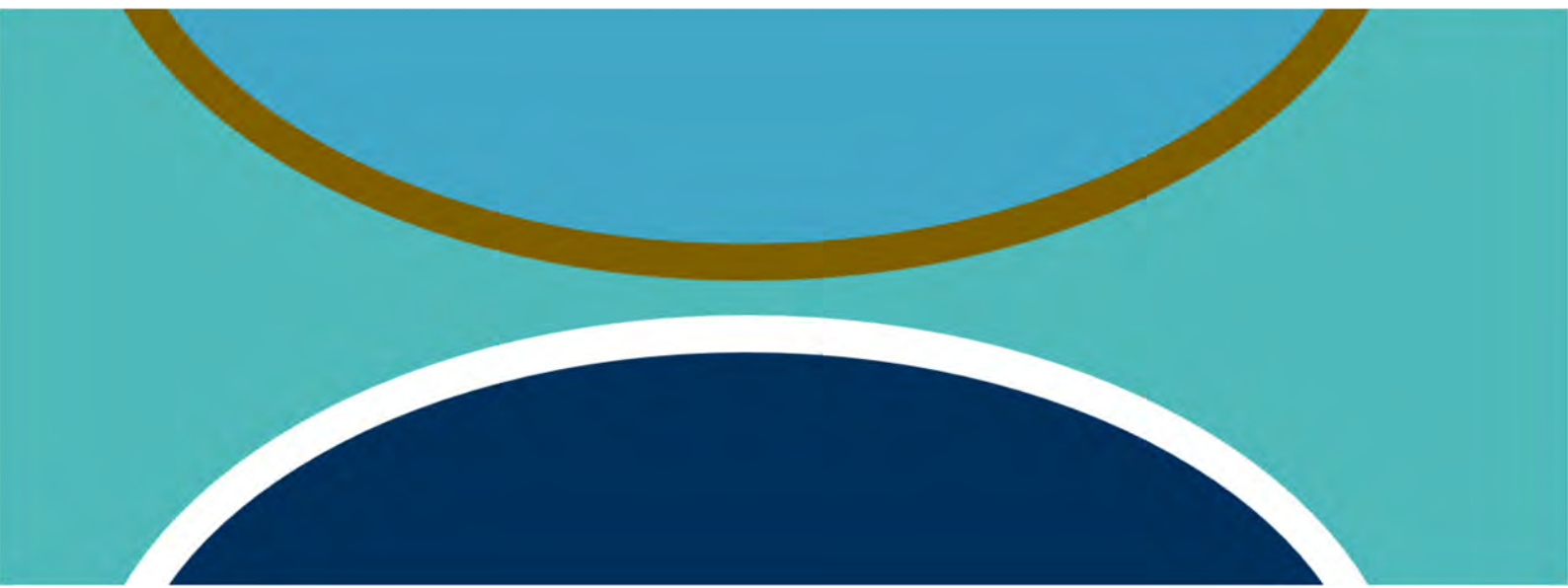


# Jaarverslag 2025

Regionale  
Toetsingscommissies  
Euthanasie



## Voorwoord

Dit is het jaarverslag van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (hierna: RTE) over 2025. Voor het eerst is dit jaarverslag uitsluitend digitaal. Nieuw is ook dat enkele leden en medewerkers aan het woord komen over de werkzaamheden bij de RTE. Onveranderd is dat de RTE streeft naar een inhoudelijk objectief jaarverslag, door cijfers te presenteren zonder in te gaan op oorzaken.



Foto: Nadine van den Berg

Een zo objectief mogelijk jaarverslag presenteren is iets anders dan een compleet beeld geven van de euthanasiepraktijk in Nederland in 2025. Daarvoor zijn ook cijfers van andere organisaties en instanties nodig die zich bezighouden met euthanasie. In dit jaarverslag vindt u bijvoorbeeld geen informatie over het aantal keer dat een euthanasie niet is ingewilligd in 2025. Dat komt misschien wel vaker voor dan het aantal keer dat euthanasie uiteindelijk wel wordt verleend.

In dit jaarverslag vindt u ook niet de mogelijke oorzaken achter de verschillende cijfers. Al jaren stijgt het aantal meldingen van euthanasie, maar dit jaar is die stijging lager dan voorgaande jaren. Het aantal meldingen van euthanasie met als grondslag psychiatrie zowel bij jongeren als bij ouderen is lager. Het aantal meldingen van euthanasie wegens dementie is gestegen. Ook is er een stijging te zien van het aantal meldingen van duo-euthanasie. De veranderingen kunnen een specifieke oorzaak hebben, een combinatie van oorzaken of het kan puur toeval zijn. Het is niet aan de RTE om daarover te speculeren.

Zelfs met alle cijfers van alle organisaties en alle antwoorden op de waarom vragen is er nog steeds geen compleet beeld van de gehele euthanasiepraktijk. De cijfers en oorzaken zeggen namelijk niets over de emoties en gevoelens die gepaard gaan met het verlenen of weigeren van euthanasie. Emoties van patiënten, nabestaanden en niet in de laatste plaats van betrokken artsen. Emoties laten zich lastig vangen in cijfers maar zijn niet los te denken van een euthanasietraject.

Patiënten die in aanmerking willen komen voor euthanasie (het is geen recht) moeten in elk geval de arts die de euthanasie verleent en de arts die ter consultatie wordt geraadpleegd overtuigen van de uitzichtloosheid van hun lijden. Dat levert regelmatig ontroerende gesprekken op over bijvoorbeeld de soms jarenlange fysieke of mentale pijn, de angst voor verdere aftakeling of de zorg om een partner of kind achter te moeten laten. De inhoud van deze gesprekken is vaak treffend verwoord in de dossiers die RTE-leden bestuderen voordat ze tot een oordeel komen.

Voor verreweg de meeste artsen is het geen sinecure om euthanasie te verlenen. Een huisarts tekende ooit in het verslag op: "Hij was één van mijn leukste patiënten, ik zal hem missen." Toch

heeft deze arts zijn patiënt geholpen. Daarbij heeft de arts zich bij de beslissing om wel of geen euthanasie te verlenen niet laten leiden door emoties. Er zijn objectieve criteria waaraan moet zijn voldaan voordat euthanasie is toegestaan. De RTE-medewerkers en -leden die de dossiers voorbereiden en beoordelen, lezen over de pijn, de uitzichtloosheid en de angst. Tegelijkertijd moeten ook zij ieder dossier zakelijk en objectief beoordelen volgens de wettelijke criteria. Los van emoties.

Euthanasie roept niet alleen emoties op bij betrokkenen maar ook in de maatschappij. Begrijpelijk, het gaat over leven en dood. Evenzeer is het begrijpelijk dat in de media verschillende meningen worden gegeven over euthanasie. Het is belangrijk dat er ruimte is voor debat. Als echter emoties in het debat de overhand nemen is het goed om terug te kunnen grijpen op feiten en cijfers. Die cijfers liggen nu voor u.

**Mariëtte Moussault**

Coördinerend voorzitter RTE

## Inhoud

|                                                                                    |           |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Voorwoord .....</b>                                                             | <b>2</b>  |
| <b>Kerncijfers 2025 .....</b>                                                      | <b>6</b>  |
| Aantal meldingen .....                                                             | 6         |
| Zorgvuldig en onzorgvuldig .....                                                   | 6         |
| Aandoeningen.....                                                                  | 6         |
| Leeftijd .....                                                                     | 7         |
| Dementie – wilsbekwaamheid .....                                                   | 7         |
| Psychische aandoening .....                                                        | 7         |
| <b>Inleiding / leeswijzer .....</b>                                                | <b>8</b>  |
| <b>De organisatie.....</b>                                                         | <b>9</b>  |
| Samenstelling commissies.....                                                      | 9         |
| Het secretariaat .....                                                             | 9         |
| Interview - Ontwikkelingen op het secretariaat.....                                | 11        |
| <b>Wijze van toetsen .....</b>                                                     | <b>13</b> |
| <b>Ontwikkelingen in de werkwijze .....</b>                                        | <b>16</b> |
| Medisch zorgvuldige uitvoering in het licht van de 30-minuten regel .....          | 16        |
| Interview - “Begin opnieuw als de uitvoering anders gaat dan verwacht” .....       | 18        |
| Onder vier ogen spreken .....                                                      | 20        |
| Interview - Ethisch belang van één-op-ééngesprek tussen consulent en patiënt ..... | 22        |
| Actualisatie EuthanasieCode .....                                                  | 24        |
| <b>Cijfers in 2025 .....</b>                                                       | <b>25</b> |
| Aantal meldingen .....                                                             | 25        |
| Verhouding man/vrouw.....                                                          | 25        |
| Verhouding levensbeëindiging op verzoek/hulp bij zelfdoding .....                  | 25        |
| Duo-euthanasie .....                                                               | 26        |
| Leeftijd .....                                                                     | 26        |
| Niet gehandeld volgens de zorgvuldigheidseisen .....                               | 27        |
| Aandoeningen.....                                                                  | 28        |
| Veel voorkomende lichamelijke aandoeningen.....                                    | 28        |
| Dementie .....                                                                     | 28        |
| Psychische aandoeningen .....                                                      | 29        |
| Combinatie van lichamelijke en psychische aandoeningen .....                       | 30        |
| Stapeling van ouderdomsaandoeningen .....                                          | 30        |
| Andere aandoeningen .....                                                          | 30        |
| Uitvoerend artsen.....                                                             | 31        |
| Meldingen van Expertisecentrum Euthanasie.....                                     | 31        |
| Locatie van de levensbeëindiging .....                                             | 31        |
| Orgaan- en weefseldonatie na euthanasie .....                                      | 31        |
| <b>Praktijkvoorbeelden.....</b>                                                    | <b>33</b> |
| Praktijkvoorbeelden meest voorkomende aandoeningen.....                            | 34        |

|                                                                                            |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Kanker .....                                                                               | 34        |
| Aandoening van het zenuwstelsel .....                                                      | 35        |
| Hart- en vaataandoening .....                                                              | 36        |
| Longaandoening .....                                                                       | 37        |
| Combinatie van aandoeningen .....                                                          | 38        |
| Praktijkvoorbeelden bijzondere categorieën aandoeningen .....                              | 39        |
| Psychische aandoening.....                                                                 | 39        |
| Stapeling van ouderdomsaandoeningen .....                                                  | 41        |
| Dementie .....                                                                             | 42        |
| Praktijkvoorbeelden zorgvuldigheidseisen.....                                              | 45        |
| Vrijwillig en weloverwogen verzoek.....                                                    | 45        |
| Uitzichtloos en ondraaglijk lijden .....                                                   | 47        |
| Ontbreken redelijke andere oplossing .....                                                 | 49        |
| Consultatie .....                                                                          | 51        |
| Medisch zorgvuldige uitvoering .....                                                       | 52        |
| <b>Meldingen die als onzorgvuldig zijn beoordeeld .....</b>                                | <b>53</b> |
| Consultatie .....                                                                          | 53        |
| Uitvoerend arts aanwezig bij consultatie.....                                              | 53        |
| Grote behoedzaamheid bij psychische aandoeningen .....                                     | 56        |
| Geen onafhankelijke consultatie psychiater .....                                           | 56        |
| Medisch onzorgvuldige uitvoering – Richtlijn niet gevolgd.....                             | 59        |
| Geen adequate comacheck bij gecompliceerde uitvoering .....                                | 60        |
| Geen nieuw infuus bij gecompliceerde uitvoering.....                                       | 62        |
| Procedure niet opnieuw gestart bij gecompliceerde uitvoering .....                         | 64        |
| Medisch onzorgvuldige uitvoering – arts dient euthanatica niet zelf toe .....              | 66        |
| Geen verlengde arm-constructie mogelijk bij het uitvoeren van euthanasie .....             | 67        |
| Combinatie hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd door twee artsen | 69        |
| <b>Bijlage 1: Procedure voor het selecteren van meldingen .....</b>                        | <b>71</b> |
| <b>Colofon .....</b>                                                                       | <b>72</b> |

# Kerncijfers 2025

## Aantal meldingen

Totaal aantal meldingen: 10.341

Dat is een stijging van 3,8% ten opzichte van 2024.

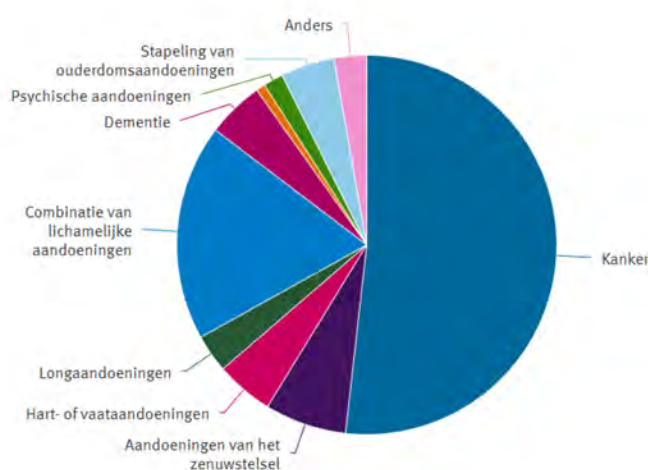
Gemiddelde doorlooptijd: 37 dagen

## Zorgvuldig en onzorgvuldig

Het aantal oordelen 'zorgvuldig' en 'onzorgvuldig' in 2025.

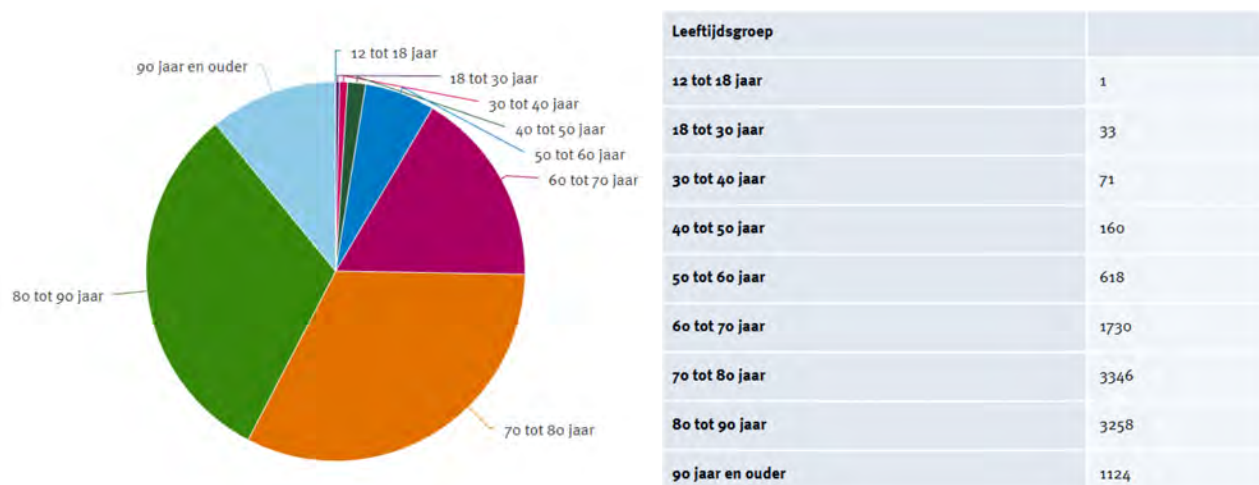
|                                                           |              |
|-----------------------------------------------------------|--------------|
| <b>Zorgvuldig</b>                                         | <b>10334</b> |
| <b>Niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen, waarvan:</b> | <b>7</b>     |
| • Onafhankelijke consultatie                              | 1            |
| • Grote behoedzaamheid bij een psychische aandoening      | 1            |
| • Medisch onzorgvuldige uitvoering                        | 5            |

## Aandoeningen



| 2025                                                          |             |
|---------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Kanker</b>                                                 | <b>5355</b> |
| <b>Aandoeningen van het zenuwstelsel</b>                      | <b>719</b>  |
| <b>Hart- of vaatziekten</b>                                   | <b>509</b>  |
| <b>Longaandoeningen</b>                                       | <b>335</b>  |
| <b>Combinatie van lichamelijke aandoeningen</b>               | <b>1908</b> |
| <b>Dementie</b>                                               | <b>499</b>  |
| <b>Combinatie van lichamelijke en psychische aandoeningen</b> | <b>80</b>   |
| <b>Psychische aandoeningen</b>                                | <b>174</b>  |
| <b>Stapeling van ouderdomsaandoeningen</b>                    | <b>475</b>  |
| <b>Anders</b>                                                 | <b>287</b>  |

## Leeftijd



Bovenstaande informatie laat zien dat in 2025 één melding van euthanasie is geweest van een minderjarige patiënt. Dat was op basis van een lichamelijke aandoening.

## Dementie – wilsbekwaamheid

Het aantal meldingen van wilsbekwame en niet-wilsbekwame patiënten met dementie in 2025.

|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| Wilsbekwaam                     | 492 |
| Niet-wilsbekwaam, waarvan:      | 11  |
| • Door de RTE ontvangen in 2025 | 7   |
| • Door de RTE ontvangen in 2024 | 4   |

## Psychische aandoening

Het aantal meldingen in 2025 van euthanasie om een [psychische aandoening](#) is bijna 21% lager dan in 2024.

In 2025 was er geen melding van euthanasie op grond van een [psychische aandoening bij minderjarige patiënten](#).

NB: op de website publiceert de RTE [diverse cijfers van de afgelopen vijf jaar](#).

## Inleiding/leeswijzer

In dit jaarverslag doet de RTE verslag van haar werkzaamheden over het kalenderjaar 2025. Er zijn vijf Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Voor de leesbaarheid van dit jaarverslag wordt “de RTE” in het enkelvoud vermeld.

De RTE legt hiermee verantwoording af aan de samenleving en politiek over de manier waarop zij haar wettelijke taak heeft uitgevoerd, namelijk: meldingen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding toetsen aan de zorgvuldigheidseisen zoals opgenomen in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: Wtl). In dit jaarverslag worden deze beide vormen van levensbeëindiging aangeduid met het overkoepelende begrip ‘euthanasie’. Alleen waar dat nodig is, maakt de tekst een onderscheid tussen levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Elke euthanasie die in Nederland wordt uitgevoerd en gemeld, wordt door de RTE getoetst.

Het jaarverslag heeft daarnaast als doel om artsen en andere geïnteresseerden inzicht te geven in de manier waarop de RTE meldingen van euthanasie toetst. Daarom komen praktijkvoorbeelden uitgebreid aan bod. In het jaarverslag zijn voorbeelden opgenomen van zowel veelvoorkomende als bijzondere meldingen van euthanasie. Verder zijn alle meldingen opgenomen die in het afgelopen jaar als ‘onzorgvuldig’ zijn beoordeeld.

Om het jaarverslag voor een breed publiek toegankelijk te maken, probeert de RTE zoveel mogelijk juridische en medische termen te vermijden of toe te lichten.

Ook kiest de RTE er voor om in dit jaarverslag ‘zij’ of ‘haar’ te gebruiken bij verwijzingen naar artsen of patiënten in algemene zin. Uiteraard kunt u daarvoor ook andere persoonlijke voornaamwoorden lezen.

Wanneer de tekst spreekt van ‘de arts’, bedoelt de RTE een meldend/uitvoerend arts. De term ‘consulent’ wordt gebruikt voor artsen die de arts raadpleegt als onafhankelijk arts. Dit is bijna altijd een SCEN-arts. Een SCEN-arts (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland) is een arts die is opgeleid om als consulent op te treden en aan uitvoerende artsen steun en advies te verlenen.

In het verslagjaar 2025 gold de EuthanasieCode 2022. Daar wordt in dit jaarverslag naar verwezen. Sinds 1 januari 2026 is de EuthanasieCode geactualiseerd. Daar waar het jaarverslag verwijst naar de EuthanasieCode 2022, staat steeds de betreffende pagina van de geactualiseerde EuthanasieCode.

Zie de [EuthanasieCode](#) en [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl) voor meer informatie over onder andere de hoofdlijnen van de wet en de werkwijze van de commissies.

## De organisatie

Dé Regionale Toetsingscommissie Euthanasie bestaat eigenlijk niet. Er zijn vijf regionale toetsingscommissies: één voor Groningen/Friesland/Drenthe/BES-eilanden, één voor Overijssel/Gelderland/Utrecht/Flevoland, één voor Noord-Holland, één voor Zuid-Holland/Zeeland en één voor Noord-Brabant/Limburg.

## Samenstelling commissies

Iedere regio heeft als leden in ieder geval drie juristen, drie ethici en drie artsen, die daarmee drie commissies vormen. De jurist is tevens voorzitter van de commissie. In elke regio is één van de juristen ook regiovoorzitter.

Op 31 december 2025 bestond de RTE uit 54 commissieleden. Er is een coördinerend voorzitter. De taak van de coördinerend voorzitter is om zoveel mogelijk de eenheid en consistentie van de toetsing te bewaken. De coördinerend voorzitter van de RTE zit het beleidsbepalende overleg van de voorzitters voor. Bij dat overleg is ook een vertegenwoordiger van de artsen en ethici en de algemeen secretaris aanwezig.

De commissieleden worden openbaar geworven en op voordracht van de commissies voor vier jaar benoemd door de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Justitie & Veiligheid (J&V). Omdat de ministers de leden benoemen, hebben zij vooraf inzage in de lijst met kandidaten die de sollicitatiecommissie uitnodigt. De leden kunnen eenmaal worden herbenoemd. De commissies zijn onafhankelijk. Dat wil zeggen dat de commissies de euthanasiemeldingen toetsen aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen en dat zij oordelen zonder bemoeienis van de minister, politiek of derden. Anders gezegd: de ministers benoemen de leden wel, maar zij mogen geen invloed uitoefenen op de inhoud van de oordelen.

## Het secretariaat

Een secretariaat bestaande uit zes procesondersteuners (administratief medewerkers) en dertien secretarissen (juristen) ondersteunt de commissies. De secretarissen zijn aanwezig bij commissievergaderingen. De operationele aansturing van het secretariaat is in handen van de algemeen secretaris, die ook als taak heeft om de coördinerend voorzitter te ondersteunen.

In het jaarverslag over 2024 heeft de RTE toegelicht dat zij een gedeelte van dat jaar kampte met een groot capaciteitsgebrek op het secretariaat. Hierdoor ontstond een werkachterstand. Aan het einde van 2024 was die achterstand na het werven van nieuwe secretarissen deels ingelopen.

### Inhaalslag

In 2025 is onverminderd hard gewerkt om de achterstand verder in te lopen. Dit was mede door een soms haperend ICT-systeem niet altijd eenvoudig. De eerste paar maanden van het verslagjaar gaf het secretariaat prioriteit aan het verder inwerken van nieuwe secretarissen en het afhandelen van meldingen. Andere inhoudelijke werkzaamheden en het publiceren van oordelen werden tijdelijk gestaakt.

Het secretariaat is weer op sterkte en maakte in 2025 een inhaalslag van werkzaamheden die stillagen. Sinds het tweede kwartaal van 2025 zijn de doorlooptijden weer vergelijkbaar met voorgaande jaren. Inmiddels zijn ook de andere taken weer opgepakt. Sinds december 2025 is de achterstand met het publiceren van oordelen zo goed als ingelopen.

### Tijdige beoordeling

De RTE hecht er veel waarde aan om meldingen van euthanasie tijdig te beoordelen. Er zijn elk jaar meer meldingen. Het is daarom van belang om goed te monitoren of de doorlooptijden ruim

binnen de wettelijke termijn van zes weken blijven, zodat snel kan worden ingegrepen als blijkt dat deze tijden oplopen. Om de continuïteit te borgen, heeft het secretariaat een continuïteitsplan gemaakt om te voorkomen dat de werkvoorraad te groot wordt. De algemeen secretaris heeft een leidende rol in het monitoren daarvan.

In het verleden had de RTE langere periodes geen algemeen secretaris. Om het secretariaat goed te kunnen aansturen heeft de RTE daarom het ministerie van VWS verzocht om een plaatsvervangend algemeen secretaris aan te stellen. In overleg wordt bezien of verdere maatregelen nodig zijn om in de toekomst onwenselijke achterstanden te voorkomen.

### **Stakeholders**

Om haar taak goed uit te voeren, heeft de RTE regelmatig contact en overleg met onder meer de artsenfederatie KNMG, het Openbaar Ministerie (OM), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Expertisecentrum Euthanasie (EE) en 113 Zelfmoordpreventie. Daarnaast geeft de RTE presentaties tijdens de SCEN-opleiding en op verzoek bij andere bijeenkomsten, zoals bij regiogroepen van SCEN-artsen. SCEN-artsen (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland) zijn opgeleid om als consulent op te treden en aan uitvoerende artsen steun en advies te verlenen. Ook geeft de RTE antwoord op informatieverzoeken van burgers en media, door op aanvraag specifieke geanonimiseerde cijfers te verschaffen.

In 2025 is het klachtreglement aangepast om aan te sluiten bij hoofdstuk 9 van de Algemene wet bestuursrecht. De klachtregeling houdt in dat een belanghebbende schriftelijk een klacht kan indienen bij de coördinerend voorzitter. Er is in 2025, net zoals het jaar daarvoor, geen formele klacht ingediend bij de RTE.

## Interview - Ontwikkelingen op het secretariaat

**Mr. Richard Coenraad – algemeen secretaris**

**Mr. Miriam Saridi – secretaris**

In 2025 startte Richard Coenraad als algemeen secretaris bij de RTE. Miriam Saridi is secretaris sinds 2021. Ze kijken terug op een jaar vol ontwikkelingen binnen het secretariaat van de RTE.



### **Achterstanden weggewerkt**

Allereerst is het secretariaat van de RTE met acht nieuwe collega's nu volledig bemenst. Richard Coenraad: "Met elkaar hebben we de achterstanden die in 2024 zijn ontstaan, kunnen weggewerken: in 2025 zijn vóór de meldingen van dat jaar eerst alle meldingen verwerkt die in 2024 waren blijven liggen."

Om dit voor elkaar te krijgen, is prioriteit gegeven aan de selectie van meldingen. Miriam Saridi: "We hebben twee maanden lang alle commissievergaderingen geannuleerd, de publicaties van oordelen tijdelijk stopgezet en de theoretisch inhoudelijke werkzaamheden bijna een jaar stilgelegd. Dit gaf secretarissen de tijd om zich volledig te richten op het selecteren van meldingen en daarmee zo snel mogelijk artsen van een oordeel te voorzien. De RTE is nu druk bezig met het inlopen van de achterstanden in de werkzaamheden die in 2025 zijn stilgelegd."

### **Termijn voor ontvangen van oordeel**

De RTE gaat ervan uit dat artsen dan ook niet meer lang hoeven te wachten op het oordeel over hun melding, zegt Coenraad. "Zes weken is de wettelijke termijn voor het uitsturen van het oordeel van de RTE naar de arts. Voor de niet-vragen-oproepende meldingen, de NVO, halen we die termijn weer."

Een deel van de meldingen roept wel direct vragen op. Dit wordt opgemerkt door de secretaris die verantwoordelijk is voor de eerste selectie van meldingen. "Dat gebeurt bijvoorbeeld wanneer er twijfel is over het volgen van één of meerdere van de zorgvuldigheidseisen door de arts", vertelt Saridi. "We kunnen de termijn van zes weken verlengen met nog eens zes weken. Voor deze vragen-oproepende meldingen (VO) houden we dan ook een maximale termijn van twaalf weken aan voor een oordeel."

In sommige gevallen duurt het langer dan twaalf weken voordat de arts het oordeel krijgt thuisgestuurd. Coenraad: “Bijvoorbeeld als de commissie de arts om een nadere toelichting moet vragen. Of wanneer het gaat om een voorgenomen oordeel ‘onzorgvuldig’, als een arts is afgeweken van de EuthanasieCode, of als een nieuw juridisch kader nodig is. In zo’n geval lichten we de arts daarover in, zodat ze weet waar ze aan toe is. Daarnaast zetten we zo’n melding in de online discussieruimte van de RTE, om hem te kunnen bespreken met leden van de andere regio’s.”

### **Publicatie van praktijkvoorbeelden**

Enkele tientallen oordelen zijn in 2025 zoals gebruikelijk door de RTE [gepubliceerd op de website](#), vertelt Coenraad. “Een deel daarvan betreft vragen oproepende meldingen. Artsen die zich bezighouden met euthanasie kunnen deze oordelen gebruiken om van te leren, omdat het meldingen zijn die niet standaard zijn.”

Saridi voegt toe: “Daarnaast hebben we als beleid om, ten behoeve van de transparantie, alle oordelen te publiceren van euthanasie bij niet-wilsbekwame patiënten met dementie en bij jonge patiënten met psychiatrische aandoeningen.”

In de praktijk bleek het voor artsen lastig om de oordelen te lezen. Coenraad: “In 2025 heeft de RTE daarom een nieuwe vorm gevonden voor het publiceren van deze praktijkvoorbeelden. Een inhoudelijke kop, een (samenvattende) introductie-alinea en het gebruik van uitklapvelden maken de oordelen beter toegankelijk voor lezers.”

### **Cijfers beter vergelijkbaar**

Als maatschappelijke organisatie wil de RTE bijdragen aan het toegankelijk maken van de cijfers over euthanasie. Daarom is het verloop van de cijfers van de afgelopen vijf jaar in kaart gebracht. Coenraad: “We maken die inzichtelijk via diagrammen op de website. Dit onder meer vanwege vragen die binnenkwamen uit de politiek en media.”

Er is voor gekozen om voortaan dezelfde leeftijdscategorieën aan te houden als in 2024. De jongste twee leeftijdsgroepen zijn die tot en met 17 jaar en van 18 tot en met 29 jaar. “Eenduidige leeftijdscategorieën maken het beter mogelijk om jaarcijfers met elkaar te vergelijken”, zegt Coenraad. “Daarmee reageert de RTE op een wens die leeft in de samenleving.”

# Wijze van toetsen

## Meldingsplicht arts

Een arts die euthanasie heeft verleend, is wettelijk verplicht dit te melden bij de gemeentelijk lijkschouwer. Die stuurt de melding en de bijbehorende stukken, meestal via tussenkomst van een Gemeentelijke Gezondheidsdienst, door naar de RTE. Het door de arts aangeleverde dossier bestaat in hoofdzaak uit een verslag van de uitvoerend arts, een verslag van de als onafhankelijk arts geraadpleegde consultant, delen van het medisch dossier van de patiënte zoals specialistenbrieven, een schriftelijk euthanasieverzoek van de patiënte als dat aanwezig is en een verklaring van de gemeentelijk lijkschouwer.

Als de melding afkomstig is van Expertisecentrum Euthanasie (EE) of een ambulante arts die geen behandelrelatie had met de patiënte, levert de arts ook verslagen aan van gesprekken die zij over het euthanasieverzoek met de patiënte heeft gevoerd. De onafhankelijke arts is bijna altijd een arts die geraadpleegd is via het programma Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN) van artsenfederatie KNMG.

## Toetsing op wettelijke zorgvuldigheidseisen

Bij het toetsen baseert de RTE zich op de wet, de wetsgeschiedenis, de relevante jurisprudentie en de EuthanasieCode die is opgesteld op basis van eerdere beslissingen van de RTE. Verder houden de commissies rekening met richtlijnen van beroepsgroepen die zijn opgenomen in de EuthanasieCode en met beslissingen van het Openbaar Ministerie (OM) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

De commissie beoordeelt of de uitvoerend arts heeft voldaan aan de zes zorgvuldigheidseisen die de Wtl in artikel 2 lid 1 stelt.

De zorgvuldigheidseisen in de Wtl houden in dat de arts:

- a. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënte,
- b. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënte,
- c. de patiënte heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten,
- d. met de patiënte 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 patiënte heeft gezien en schriftelijk haar 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.

De RTE beoordeelt niet alle zorgvuldigheidseisen op dezelfde manier. De RTE oordeelt of vast is komen te staan dat is voldaan aan het vereiste van: (c) voorlichting, (e) consultatie en (f) een medisch zorgvuldige uitvoering. Het gaat om zaken die feitelijk zijn na te gaan. De overige drie zorgvuldigheidseisen schrijven voor dat de arts tot de overtuiging is gekomen dat sprake was van: (a) een vrijwillig en weloverwogen verzoek, (b) uitzichtloos en ondraaglijk lijden en dat (d) een redelijke andere oplossing ontbreekt.

Gekeken naar de formulering van deze laatste drie zorgvuldigheidseisen (waardoor de arts 'de overtuiging heeft gekregen') is aan de arts een zekere beoordelingsruimte gelaten. Bij de toetsing beoordeelt de commissie hoe de arts het onderzoek naar de feiten heeft gedaan, hoe zij haar besluitvorming heeft gemotiveerd en zo in redelijkheid tot de overtuiging heeft kunnen komen dat

aan deze drie zorgvuldigheidseisen is voldaan. Het verslag van de consulent draagt vaak bij aan deze onderbouwing.

### **Meldingen selecteren**

De RTE hanteert de volgende werkwijze bij de beoordeling van een melding, die ook is terug te zien in de schema's:

Een secretaris van de RTE selecteert eerst een binnengekomen melding. De secretaris bekijkt of het een 'niet vragen oproepende melding' (NVO) betreft of een 'vragen oproepende melding' (VO). Dit is geen oordeel van de commissie maar een voorlopig advies van de secretaris. In 2025 selecteerde de secretaris 95,29% van het aantal ontvangen meldingen als NVO.

Vervolgens beoordeelt de commissie de melding.

#### *Niet vragen oproepende meldingen (NVO)*

Commissieleden beoordelen NVO's digitaal (zie schema 1, bijlage I). Zij kunnen daarover onderling overleggen via een beveiligd digitaal systeem. NVO's worden niet op een vergadering besproken, maar digitaal beoordeeld door een voltallige commissie.

Als een melding na een digitale vergadering definitief als NVO wordt beoordeeld, krijgt de arts een beknopt oordeel. Daarin staat dat de commissie op grond van de melding tot het oordeel is gekomen dat de arts aan alle zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. Elders in dit jaarverslag zijn samenvattingen opgenomen van meldingen waarin de arts een beknopt oordeel ontving.

#### *Vragen oproepende meldingen (VO)*

Rijzen tijdens de digitale behandeling van een NVO vragen, dan verandert in onderling overleg tussen commissieleden de NVO in een VO. Dat gebeurde in 2025 in 65 gevallen. VO's worden tijdens een fysieke commissievergadering beoordeeld (zie schema 2, bijlage I). Van alle ontvangen meldingen werd 4,45% direct bestempeld als vragen oproepend.

Een melding kan vanwege twee redenen als VO worden geselecteerd: omdat het valt in een categorie die per definitie VO is, of omdat er vragen worden opgeroepen over één van de zorgvuldigheidseisen.

De RTE merkt bepaalde categorieën meldingen per definitie aan als vragen oproepend. Dit doet zij omdat bepaalde meldingen extra tijd en aandacht behoeven. Door deze meldingen als VO te categoriseren, wordt hiervoor ruimte gemaakt. Dat is bijvoorbeeld het geval als het euthanasieverzoek (deels) voortkwam uit een psychische aandoening, als sprake was van voortgeschreden dementie, van een minderjarige patiënte of als de uitvoerend arts een ambulante arts is die niet is aangesloten bij Expertisecentrum Euthanasie (EE). Het is dus niet zo, dat alle VO meldingen vragen oproepen.

Daarnaast kan een melding vragen oproepen over één van de zorgvuldigheidseisen, of omdat het door de uitvoerend arts aangeleverde dossier onvoldoende informatie bevat om tot een oordeel te komen.

Een commissie zal in veel gevallen besluiten om bij een VO-melding niet een beknopt oordeel te schrijven, maar het oordeel uit te schrijven. Dit betekent dat de commissie expliciet de elementen van de melding naloopt die vragen oproepen. De commissie legt dan uit welke overwegingen leidden tot het oordeel 'voldaan aan de zorgvuldigheidseisen' of 'niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen'.

### **Nadere informatie**

De arts moet antwoord geven op de vragen in het modelverslag. De consulent beoordeelt in haar verslag of aan de eerste vier zorgvuldigheidseisen is voldaan. Bij voorkeur gebruikt de consulent hiervoor het modelformulier van SCEN. Als de verstrekte informatie onvolledig is of vragen oproept, kan de commissie de uitvoerend arts of de consulent vragen om nadere informatie (zie

schema 3, bijlage I). Eenvoudige of feitelijke vragen worden meestal per e-mail of telefonisch gesteld. De commissie kan ook de arts of de consulent verzoeken de informatie schriftelijk aan te vullen. De RTE vroeg in 2025 in achttien meldingen bij de arts om een nadere schriftelijke toelichting.

Bovendien kan de commissie de arts of de consulent uitnodigen voor een toelichtend gesprek. In 23 meldingen nodigde de RTE de arts, en in een enkel geval ook de SCEN-arts, uit om tijdens een commissievergadering mondeling antwoord te geven op vragen, al dan niet nadat de arts eerst schriftelijk vragen had beantwoord. Dit is inclusief de zeven meldingen waarin de commissie uiteindelijk oordeelde dat niet was voldaan aan de zorgvuldigheidseisen. De commissie maakt van dit gesprek een verslag. De arts (of de consulent als deze met de commissie heeft gesproken) ontvangt dit verslag 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. Toch kan een mondelinge toelichting nodig zijn om onduidelijkheden op te helderen. In sommige gevallen kan zo'n toelichting essentieel zijn voor een goede beoordeling. In de praktijk blijkt een gesprek met de arts tijdens een vergadering met de commissie verhelderend.

Als de commissie overweegt te oordelen dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld, ontvangt de arts voorafgaand aan dat oordeel altijd een uitnodiging voor een gesprek. Daarin krijgt zij de gelegenheid om haar handelen nader toe te lichten. Ook dan ontvangt de arts het gespreksverslag en kan zij daarop commentaar geven.

#### **De 'discussieruimte' van de RTE**

De RTE beschikt over een digitale discussieruimte waarin een commissie een conceptoordeel aan de leden en secretarissen van alle commissies kan voorleggen. De commissieleden en secretarissen voeren dan onderling intensief overleg over complexe meldingen waarbij het wenselijk is dat alle commissieleden en secretarissen zich kunnen uitspreken.

Een commissie die overweegt te oordelen dat een euthanasie niet aan de zorgvuldigheidseisen voldoet, legt het voorgenomen oordeel met onderliggend dossier altijd voor in de discussieruimte. Ook van andere meldingen waarin de commissie behoefte heeft aan een RTE-brede raadpleging, komen voorgenomen oordelen in de discussieruimte. Het doel is om de kwaliteit en de zorgvuldigheid van de oordeelsvorming zo hoog mogelijk te houden en zoveel mogelijk uniformiteit in de oordelen te bereiken. Meldingen waarin euthanasie is verleend aan een wilsonbekwame patiënte op basis van diens schriftelijke wilsverklaring volgen altijd deze route. Na de reacties te hebben afgewogen, komt de commissie vervolgens tot een definitief oordeel.

In 2025 zijn 25 meldingen in de discussieruimte geplaatst. Dit is inclusief de meldingen die werden beoordeeld als 'niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen'. In sommige gevallen worden oordelen naderhand ook nog besproken in het overleg van juristen, artsen en/of ethici.

#### **Doorlooptijden**

Het duurde in 2025 gemiddeld 37 dagen voordat een oordeel over een ontvangen melding werd verstuurd. Dat is binnen de termijn van maximaal tweemaal zes weken, zoals vastgesteld in artikel 9, eerste lid, Wtl.

Deze gemiddelde doorlooptijd geeft niet een volledig beeld, omdat die tot de zomer langer was dan daarna. Dit is ontstaan doordat de RTE in de eerste helft van 2025 de achterstand van 2024 moest inlopen. De doorlooptijd in de eerste zes maanden was 42 dagen. De doorlooptijd in de tweede helft van het jaar bedroeg 32 dagen.

## Ontwikkelingen in de werkwijze

In elk jaarverslag schenkt de RTE bijzondere aandacht aan veranderingen in haar werkwijze. Dit jaar geeft de RTE uitleg over het nieuwe toetsingskader voor een medisch zorgvuldige uitvoering, de extra aandacht die is besteed aan het principe dat de consulent de patiënte onder vier ogen spreekt, en de op een paar punten gewijzigde EuthanasieCode.

### Medisch zorgvuldige uitvoering in het licht van de 30-minuten regel

De zesde zorgvuldigheidseis in de Wtl is een medisch zorgvuldige uitvoering van de euthanasie. Vanaf 1 juli 2025 heeft de RTE een nieuwe norm: uitvoeringen vanaf deze datum worden in ieder geval als medisch onzorgvuldig beoordeeld als 30 of meer minuten zijn verstreken tussen het toedienen van de coma-inductor en de (laatste) spierverslapper. Hieronder legt de RTE uit wat de achtergrond is van deze wijziging en wat dit concreet betekent voor artsen.

#### Achtergrond en Richtlijn

De arts moet de euthanasie medisch zorgvuldig uitvoeren. Om te beoordelen of een uitvoering van euthanasie medisch zorgvuldig is, gebruikt de RTE als leidraad de *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* van de KNMG/KNMP (hierna: Richtlijn). De Richtlijn maakt een onderscheid tussen hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging op verzoek. Deze paragraaf behandelt de procedure van uitvoering van levensbeëindiging op verzoek. Dit is veruit de meest gebruikte methode.

Om levensbeëindiging op verzoek te verlenen, dient de arts eerst via een infuusnaald in een bloedvat een coma-inductor toe en vervolgens een spierverslapper. Deze coma-inductor leidt bij de patiënte tot een verlaagd bewustzijn. Het doel van de coma-inductor is dat de patiënte het effect van de spierverslapper niet ervaart. De arts moet controleren of het bewustzijn van de patiënte voldoende is verlaagd (comacheck). Nadat de arts op de juiste wijze heeft gecontroleerd dat dit het geval is (door vast te stellen dat de beschermende reflex afwezig is of door een pijnprikkel toe te dienen), gaat zij over tot het toedienen van de spierverslapper. De patiënte overlijdt vervolgens.

De Richtlijn schrijft voor dat, nadat de coma-inductor is toegediend en een adequate bewustzijnsverlaging is vastgesteld, de spierverslapper *direct aansluitend* moet worden toegediend. De Richtlijn stelt daaraan geen tijdslimiet, maar legt uit dat lang wachten als risico heeft dat de bewustzijnsverlaging minder diep wordt op het moment dat de spierverslapper wordt toegediend. Het kan dan zijn dat de patiënte alsnog de werking van de spierverslapper ervaart. Dit zou betekenen dat zij zichzelf zou voelen stikken.

#### Uitvoering niet zoals beoogd

In uitzonderlijke gevallen verloopt de uitvoering niet zoals beoogd. Het gebeurt soms dat de patiënte na het toedienen van de coma-inductor niet (snel) in een verlaagd bewustzijn raakt of dat de patiënte niet overlijdt na toedienen van de spierverslapper. De doseringen die in de Richtlijn genoemd zijn voor beide middelen, zijn bewust hoog. Als één van de middelen dus niet werkt zoals verwacht, is de kans groot dat het middel niet in het bloedvat is terechtgekomen. De arts moet de hele procedure opnieuw uitvoeren. Dat betekent dat de arts een nieuwe infuusnaald moet inbrengen en via het nieuwe infuus alle middelen nogmaals moet toedienen. Het is daarom belangrijk dat de arts een noodset bij zich heeft.

De RTE heeft gemerkt dat niet alle artsen op de hoogte zijn van het belang van het snel toedienen van de middelen en het opnieuw starten van de procedure als een middel niet werkt zoals verwacht. Het komt daardoor wel eens voor dat een arts, wanneer de patiënte niet overlijdt, extra spierverslapper toedient zonder een nieuwe infuusnaald in te brengen en opnieuw een coma-inductor toe te dienen. Dit brengt het risico met zich mee dat de patiënte geen voldoende bewustzijnsverlaging (meer) heeft en er dus een kans is dat de patiënte het gevoel ervaart dat zij stikt.

### **Nieuw toetsingskader**

Om het risico te minimaliseren dat de patiënte de werking van de spierverslapper ervaart, heeft de RTE besloten om een nieuwe toetsnorm toe te passen. Hierover is overleg geweest tussen de RTE en de richtlijncommissie van artsenfederatie KNMG. Als 30 of meer minuten zijn verstreken tussen het toedienen van de coma-inductor en de (laatst toegediende) spierverslapper, is het risico te groot dat de patiënte het effect van de spierverslapper ervaart. De comacheck is dan niet meer voldoende betrouwbaar. De RTE zal daarom in ieder geval de uitvoering als medisch onzorgvuldig beoordelen in de gevallen waarin 30 of meer minuten zijn verstreken tussen het toedienen van de coma-inductor en de (laatste) spierverslapper.

## Interview - “Begin opnieuw als de uitvoering anders gaat dan verwacht”

**Hilda Tjeerdsma – arts-lid**

Sinds 1 juli 2025 hanteert de RTE de zogenoemde 30-minutenregel. De belangrijkste boodschap: als er onverhoopt iets misgaat met de uitvoering van euthanasie, moet de arts de hele procedure opnieuw doen. Arts-lid van de RTE Hilda Tjeerdsma geeft een toelichting op de juiste procedure en op de reden voor het opstellen van de regel.



### **Stapsgewijze procedure**

Allereerst benadrukt Tjeerdsma wat het opnieuw uitvoeren van de procedure stapsgewijs inhoudt: “Plaats een nieuwe infuusnaald, dien opnieuw de volledige dosering coma-inductor toe, gevolgd door een zoutoplossing, check daarna of sprake is van een adequate bewustzijnsverlaging en zo ja, dien dan aansluitend opnieuw de volledige dosering spierverslapper toe. Het is daarom van groot belang dat een arts altijd een noodset met euthanasiemedicatie bij zich heeft.”

### **In onverwachte situaties Richtlijn soms niet meer gevolgd**

Tjeerdsma vertelt over de aanleiding om de 30-minutenregel te introduceren. “Uit de KNMG/KNMP Richtlijn over de uitvoering van euthanasie volgde al dat een euthanasie die probleemloos verloopt, niet lang duurt. Soms doen zich echter onverwachte problemen voor: de patiënt raakt niet in een adequate bewustzijnsverlaging door de coma-inductor of overlijdt niet na de spierverslapper. Dit kan ook voorkomen bij artsen die al veel ervaring hebben met euthanasie. De Richtlijn is duidelijk: start als dit zich voordoet de hele procedure opnieuw. Maar in de hectiek van dat moment neemt de arts soms een beslissing die niet volgens de Richtlijn is.”

### **Awareness als risico van verkeerd aangelegd infuus**

De oorzaak van dit soort onverwachte situaties tijdens de uitvoering is meestal dat de infuusnaald ongemerkt niet of niet meer in het bloedvat zit. Tjeerdsma: “De coma-inductor komt dan niet in het bloedvat terecht, maar onder de huid. Dat zie je lang niet altijd als een zwelling, waardoor de arts soms denkt dat het niet aan de infuusnaald kan liggen. De coma-inductor verspreidt zich via deze subcutane weg veel langzamer door het lichaam dan normaal. Daardoor wordt, op een later moment dan normaal, een lagere piekconcentratie in de hersenen bereikt.” De patiënt komt dan alsnog, maar na langere tijd, in een verlaagd bewustzijn. En de arts kan denken dat de uitvoering toch goed is gegaan.

Maar het verlaagde bewustzijn dat op deze manier ontstaat, is minder diep en houdt minder lang aan. Tjeerdsma vertelt wat daarvan de mogelijke gevolgen zijn: “Wanneer vervolgens de spierverslapper wordt toegediend, bestaat het risico dat de patiënt net weer bij bewustzijn komt. Zij kan dan bewust meemaken dat de spieren in het lichaam verslappen, zonder dat zij dit kan aangeven aan de arts omdat ze haar spieren niet meer kan bewegen. Omdat ook de ademhalingspijpen verslappen, kan de patiënt het gevoel hebben te stikken.

Deze awareness van de patiënt van de uitvoering moeten we te allen tijde zien te voorkomen, aldus Tjeerdsma. “Daarom geeft de KNMG/KNMP Richtlijn ook aan: start bij onverwachte situaties tijdens de uitvoering opnieuw, te beginnen met een nieuwe infuusnaald. De RTE sluit zich daarbij aan.”

#### **Medische uitvoering zorgvuldig of onzorgvuldig**

De RTE toetst of de medische uitvoering zorgvuldig is geweest. Dat is het geval als de juiste euthanasiemiddelen in de juiste dosering zijn gegeven en er geen risico was op awareness van de patiënt van de uitvoering.

Tjeerdsma: “Er is in ieder geval risico op awareness als dertig minuten of meer zijn verstreken tussen het toedienen van de eerste coma-inductor en het toedienen van de spierverslapper die tot het overlijden leidt.\* De medische uitvoering is dan zéker onzorgvuldig. Dit wordt de 30-minutenregel genoemd en deze regel geldt sinds 1 juli 2025.”

Dat wil overigens niet zeggen dat een medische uitvoering waarbij het tijdsverloop minder dan dertig minuten is altijd zorgvuldig is. “Dit hangt af van de omstandigheden”, zegt Tjeerdsma. “Als binnen die dertig minuten een risico op awareness is geweest of als zich andere omstandigheden hebben voorgedaan, zoals het alleen laten van een patiënt tijdens de uitvoering, kan dit ook leiden tot het oordeel ‘onzorgvuldige medische uitvoering’.”

#### **Ook toevoeging aan Richtlijn**

Eind 2025 is ook de *KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* op dit punt aangepast in een nieuwe paragraaf 3.6. De boodschap van de Richtlijn is, conform de EuthanasieCode: begin opnieuw als het bewustzijn van de patiënt niet binnen tien minuten na toedienen van een volledige dosering coma-inductor adequaat is verlaagd, of als de ademhaling niet stopt binnen tien minuten na toedienen van de spierverslapper.

Tjeerdsma: “Wanneer artsen deze heldere toevoeging in de KNMG/KNMP Richtlijn volgen, is de kans minimaal dat de RTE de medische uitvoering als onzorgvuldig moet beoordelen op basis van de 30-minutenregel. Want de kans is dan klein dat meer dan dertig minuten verstrijken tussen de toediening van de eerste coma-inductor en de spierverslapper die tot het overlijden leidt.”\*

\* Behalve wanneer in de tussentijd een coma-inductor via een nieuw, werkend infuus is toegediend.

## Onder vier ogen spreken

De RTE acht het van belang dat onafhankelijk artsen, zoals consulenten en onafhankelijk deskundigen, de patiënte óók onder vier ogen spreken. De arts die de euthanasie gaat uitvoeren mag niet bij dat gesprek aanwezig zijn. De RTE legt hieronder uit wat het belang is van een (gedeeltelijk) gesprek onder vier ogen.

### **Raadplegen consulent**

Voordat een arts euthanasie mag verlenen, moet zij eerst een andere arts raadplegen. De vijfde zorgvuldigheidseis in de WtI spreekt over het 'raadplegen van ten minste één andere, onafhankelijke arts die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d'.<sup>1</sup> Deze onafhankelijke arts wordt in dit jaarverslag 'de consulent' genoemd en is bijna altijd een SCEN-arts. Een SCEN-arts (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland) is een arts die is opgeleid om als consulent op te treden en aan uitvoerende artsen steun en advies te verlenen.

### **Patiënte alleen zien en spreken**

Het is de bedoeling van de wet dat de consulent een patiënte ook alléén ziet en (indien mogelijk) spreekt. Het gesprek met de consulent is namelijk ook bedoeld als moment waarop een patiënte in alle vrijheid over haar euthanasieverzoek kan spreken met een arts die tot dan toe niet betrokken was bij het euthanasietraject. Het is daarbij belangrijk dat de consulent zonder inmenging of bijzijn van anderen met een patiënte kan praten, zodat een patiënte niet beïnvloed wordt door anderen. Ditzelfde geldt ook voor een onafhankelijk deskundige.

Daarom is het wenselijk dat de consulent of onafhankelijk deskundige ook (een gedeelte van) het gesprek met de patiënte zonder familie of andere naasten voert. Dat maakt het mogelijk om bij de patiënte te controleren dat het verzoek vanuit haarzelf komt, dat zij zonder druk van buitenaf tot dit verzoek heeft kunnen komen en hier ook nog steeds achter staat. In uitzonderingsgevallen is de aanwezigheid van naasten geen probleem, bijvoorbeeld wanneer de patiënte anders in paniek kan raken of onvoldoende verstaanbaar is. In die gevallen blijft vereist dat deze aanwezigen zich niet met de inhoud van het gesprek inlaten en heeft het de voorkeur dat de onafhankelijk arts toch ook even met de patiënte alleen spreekt.

### **Beoogd uitvoerend arts mag niet aanwezig zijn**

Het zou ook kunnen gebeuren dat een patiënte beïnvloed wordt door de aanwezigheid van de arts die de beoogde euthanasie gaat uitvoeren. De arts die de euthanasie gaat uitvoeren dient daarom niet aanwezig te zijn tijdens het gesprek met de consulent. Als er een onafhankelijk deskundige wordt geraadpleegd, dient de arts daar ook weg te blijven. In het verslagjaar 2025 kwam het meerdere keren voor dat gesprekken tussen een patiënte en een consulent (of onafhankelijk deskundige) plaatsvonden in aanwezigheid van de (beoogd) uitvoerend arts. In één geval waarbij de uitvoerend arts aanwezig was bij het gesprek met de consulent leidde dit tot het oordeel dat niet aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan.

### **Extra aandacht: spreek elkaar onder vier ogen**

In het afgelopen jaar viel het de RTE op dat consulenten regelmatig de patiënte niet onder vier ogen spreken. De RTE heeft daarover contact gezocht met SCEN en deze organisatie gevraagd om dit vraagstuk onder de aandacht te brengen. De RTE heeft hier expliciet aandacht aan besteed in presentaties tijdens de opleiding van SCEN-artsen en tijdens hun intervisiebijeenkomsten. Ook stond dit onderwerp op verzoek van de RTE in de nieuwsbrief van SCEN.

---

<sup>1</sup> Artikel 2, eerste lid onder e WtI

De RTE blijft de komende tijd aandacht vragen voor de kwetsbaarheid van een gesprek met de patiënte dat niet (gedeeltelijk) onder vier ogen plaatsvindt, in het bijzonder als de beoogde uitvoerend arts hierbij aanwezig is. Daarnaast wijst de RTE alle artsen erop dat het de verantwoordelijkheid van de uitvoerend arts is dat zij handelt volgens de zorgvuldigheidseisen. Dit betekent dat de uitvoerend arts ook verantwoordelijk is voor de onafhankelijkheid van de consulent en de onafhankelijk deskundige.

## Interview - Ethisch belang van één-op-ééngesprek tussen consulent en patiënt

**Marie- José Burger – lid-ethicus**

Ethische afwegingen zijn een onlosmakelijk onderdeel van de wettelijke eisen aan een zorgvuldige euthanasie. Marie-José Burger is als ethicus lid van toetsingscommissie regio 3 en van het Dagelijks Bestuur van de RTE. Zij reflecteert op het belang van een gesprek tussen de consulent en de patiënt, zonder de aanwezigheid van anderen.



Een van de wettelijke vereisten voor een zorgvuldige euthanasie is dat de patiënt het verzoek vrijwillig en weloverwogen heeft gedaan. De consulent zal zich daarover dan ook moeten uitspreken. Uitgangspunt is dat de consulent de patiënt ziet en spreekt zonder dat anderen daarbij aanwezig zijn.

### **Bewuste of onbewuste beïnvloeding uitsluiten**

Marie-José Burger vertelt waarom het van belang is om de zorgvuldigheidseisen te bekijken vanuit ethisch perspectief: "Euthanasie is een proces, waarin naast de patiënt ook diens omgeving een belangrijke rol speelt. Vrijwilligheid wordt beïnvloed door de context. Voor de consulent is het van belang om het eigen verhaal van de patiënt te horen, hoe die tot het euthanasieverzoek is gekomen, en vast te stellen dat het diens eigen keuze is."

Wanneer de uitvoerend arts of familieleden aanwezig zijn bij het gesprek tussen consulent en patiënt, is moeilijker vast te stellen dat de patiënt zijn keuze zelf maakt. Burger: "Alleen al oogcontact met een naaste of eigen dokter kan ervoor zorgen dat een patiënt niet ongedwongen spreekt. Hij denkt bijvoorbeeld dat dit het beste is voor iedereen, of wil niet terugkomen op een eerdere keuze."

De aanwezigheid van de uitvoerend arts kan bovendien invloed hebben op het gesprek van de consulent met de patiënt. Burger: "Dat zou ertoe kunnen leiden dat de onafhankelijkheid van de consulent niet te garanderen is. Het is van belang dat de consulent de ruimte voelt om dóór te vragen. En dat de patiënt de ruimte heeft vrijuit te spreken. Dat kan het beste als er geen andere personen aanwezig zijn bij het gesprek."

### **Vermelden in verslag**

Niet altijd vermeldt de consulent in het verslag dat (een deel van) het gesprek onder vier ogen heeft plaats gevonden. Dat geeft de RTE onvoldoende inzicht in de situatie. “Daarom hebben we in 2025 contact gehad met SCEN, Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland”, zegt Burger. “Om consulenten erop te wijzen dat het belangrijk is in het verslag te vermelden dat het gesprek, deels of geheel, onder vier ogen heeft plaatsgevonden.”

Overigens gebeurt het soms ook dat het de consulent niét lukt om de patiënt één-op-één te spreken. Burger: “Wanneer er zwaarwegende redenen zijn dat dit niet kan, dan kan de consulent dat vermelden en toelichten. Ook in zo’n situatie is de vrijwilligheid van het verzoek leidend. De consulent moet ervan overtuigd zijn dat het verzoek vrijwillig is gedaan.”

## Actualisatie EuthanasieCode

Over de jaren heen heeft de RTE de EuthanasieCode twee keer grootschalig herzien: in 2018 en in 2022. In dit verslagjaar is besloten om de EuthanasieCode voortaan niet meer te herzien met een nieuwe gedrukte versie, maar alleen nog digitaal uit te brengen. Deze nieuwe werkwijze sluit aan bij richtlijnen van beroepsgroepen en maakt het ook mogelijk om de EuthanasieCode regelmatig te actualiseren.

Voortaan kan de EuthanasieCode zo nodig twee keer per jaar aangepast worden: per 1 januari en per 1 juli van elk jaar. Het is de bedoeling dat artsen de meest recente versie van de EuthanasieCode digitaal raadplegen. De geactualiseerde digitale EuthanasieCode is sinds januari 2026 te raadplegen.

[Ga naar de actuele EuthanasieCode.](#)

## Cijfers in 2025

In dit hoofdstuk staan cijfers over de meldingen die de RTE het afgelopen jaar heeft behandeld. Zowel het totale aantal cijfers als uitsplitsingen komen aan bod. Daarin wordt onder meer een onderscheid gemaakt in de verhoudingen man/vrouw, de verschillende leeftijdscategorieën en de verhouding tussen levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Ook geven de cijfers inzicht in de hoeveelheden meldingen op basis van verschillende aandoeningen, welke artsen de euthanasie hebben uitgevoerd en hoeveel meldingen niet volgens alle zorgvuldigheidseisen zijn uitgevoerd.

### Aantal meldingen

In 2025 heeft de RTE 10.341 meldingen van euthanasie ontvangen en geregistreerd. Dat is 3,8% meer dan in 2024, toen er 9.958 waren. In 2025 overleden in totaal in Nederland 173.314 mensen<sup>2</sup>. Dat betekent dat dit in 5,97% van de gevallen gebeurde door euthanasie. In 2024 was dit 5,79%.

Er is een verschil tussen het ontvangen en registreren van meldingen enerzijds en het beoordelen van meldingen anderzijds. De RTE kan niet alle aan het eind van een kalenderjaar ontvangen meldingen beoordelen in dat kalenderjaar. Het is gebruikelijk dat die meldingen aan het begin van het volgende kalenderjaar worden beoordeeld. Elk jaar beoordeelt de RTE dan ook een aantal meldingen van het jaar ervoor. Door het inlopen van de achterstand is dit aantal in 2025 groter dan in andere jaren. In totaal zijn er ruim 900 meer meldingen beoordeeld dan ontvangen in 2025. Waar de RTE een toelichting geeft over beoordeelde meldingen, wordt daarbij vermeld of deze in 2024 of 2025 zijn ontvangen. Wel worden alle meldingen bij binnenkomst al geregistreerd. Daarbij worden gegevens als man/vrouw, leeftijd en aard van de ziekte geregistreerd.

Hieronder volgt een overzicht met het aantal in 2025 ontvangen meldingen van euthanasie bij de vijf afzonderlijke regionale commissies:

Regio 1: Groningen, Friesland, Drenthe en BES-eilanden – 971 meldingen;  
Regio 2: Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland – 2.696 meldingen;  
Regio 3: Noord-Holland – 2.047 meldingen;  
Regio 4: Zuid-Holland en Zeeland – 2.058 meldingen; en  
Regio 5: Noord-Brabant en Limburg – 2.569 meldingen.

### Verhouding man/vrouw

Het percentage mannen en vrouwen in de in 2025 ontvangen meldingen ligt iets verder uit elkaar dan in voorgaande jaren: 5.292 mannen en 5.049 vrouwen (respectievelijk 51,18% en 48,82%). In 2024 was dit 50,17% en 49,83%.

### Verhouding levensbeëindiging op verzoek/hulp bij zelfdoding

In 10.150 meldingen (98,15%) was sprake van levensbeëindiging op verzoek en in 175 meldingen (1,70%) van hulp bij zelfdoding. In zestien meldingen (0,15%) was het een combinatie van beide: de arts reikte de patiënte een drankje aan om hulp bij zelfdoding te verlenen, maar de patiënte

---

<sup>2</sup> Dit is het voorlopige sterftecijfer van het CBS en kan in de loop van het jaar aangepast worden.

overleed niet binnen de afgesproken tijd. De arts gaat dan over tot levensbeëindiging op verzoek door via het vooraf ingebrachte infuus de middelen toe te dienen.

## 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 en kind of broers en zussen. Als artsen daaraan tegemoetkomen, noemt de RTE dit een 'duo-euthanasie'.

Vanzelfsprekend moet een arts in beide gevallen afzonderlijk voldoen aan de zorgvuldigheidseisen die de WtI stelt. De euthanasie kan door dezelfde arts uitgevoerd worden, maar beide patiënten moeten door verschillende SCEN-artsen bezocht worden, om de afzonderlijke en daarmee onafhankelijke beoordeling van hun verzoeken te waarborgen.

In 2025 was 60 keer sprake van een duo-euthanasie, dus in 120 meldingen. Dit is een stijging van 11% ten opzichte van 2024, toen 54 keer een duo-euthanasie is beoordeeld.

## Leeftijd

Het hoogste aantal meldingen van euthanasie ging in 2025 net als in voorgaande jaren over mensen in de leeftijdscategorie 70-80 jaar, namelijk 3.346 meldingen. Binnen de categorie 80-90 jaar waren het 3.258 meldingen en in de categorie 60-70 jaar 1.730 meldingen.

In de leeftijdscategorie 50-60 jaar kwamen 618 meldingen binnen. In de categorie 40-50 jaar zijn dat 160 meldingen en in de categorie 30-40 jaar 71 meldingen. In de leeftijdscategorie 18-30 jaar kwamen 33 meldingen binnen. Eén melding ging over een patiënt tussen 12 en 18 jaar.

In 2025 beoordeelde de RTE één melding over euthanasie bij een minderjarige patiënte in de leeftijdscategorie 12-18 jaar. Deze melding ging over een patiënte die om euthanasie vroeg vanwege lijden als gevolg van een lichamelijke aandoening.

### Aantal meldingen per leeftijdsgroep in 2025



| Leeftijdsgroep   |      |
|------------------|------|
| 12 tot 18 jaar   | 1    |
| 18 tot 30 jaar   | 33   |
| 30 tot 40 jaar   | 71   |
| 40 tot 50 jaar   | 160  |
| 50 tot 60 jaar   | 618  |
| 60 tot 70 jaar   | 1730 |
| 70 tot 80 jaar   | 3346 |
| 80 tot 90 jaar   | 3258 |
| 90 jaar en ouder | 1124 |

Binnen de categorie dementie (499 meldingen) had het hoogste aantal meldingen betrekking op patiënten tussen 80 en 90 jaar oud (207 meldingen), gevolgd door de leeftijdscategorie 70-80 jaar (186 meldingen).

Binnen de categorie psychische aandoeningen (174 meldingen) waren in 2025 in de leeftijdscategorie 30-60 jaar 84 meldingen. 71 meldingen gingen over patiënten die 60 jaar of ouder waren. Tot slot kwamen in de leeftijdscategorie 18-30 jaar negentien meldingen binnen. Deze negentien meldingen waren uitgevoerd door zeventien verschillende artsen.

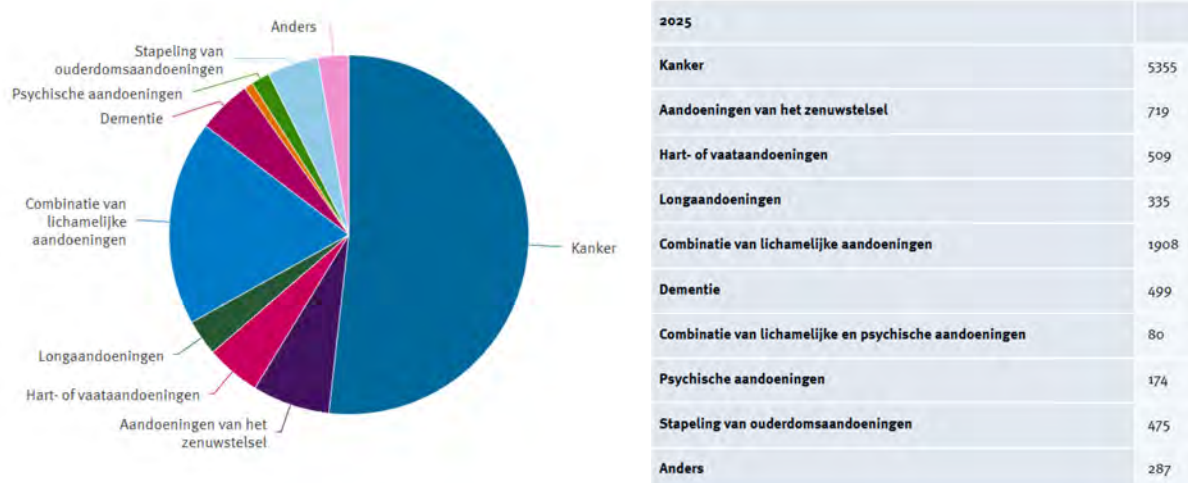
Binnen de categorie 'stapeling van ouderdomsaandoeningen' (475 meldingen) was het merendeel van de patiënten 90 jaar of ouder (290 van de 475 meldingen).

## Niet gehandeld volgens de zorgvuldigheidseisen

In 2025 kwam de RTE in zeven meldingen tot het oordeel dat de uitvoerend arts niet had voldaan aan alle zorgvuldigheidseisen uit de Wtl. Twee van deze meldingen zijn ontvangen in 2024 en de overige vijf in 2025. In één geval ging het om de consultatie, één melding ging over de grote behoedzaamheid die een arts in acht moet nemen als het euthanasieverzoek (grotendeels) voortkomt uit lijden dat het gevolg is van een psychische aandoening. In de andere gevallen was de uitvoering medisch onzorgvuldig. De oordelen leest u verderop in dit jaarverslag samengevat. Op de website van de RTE zijn ze in meer uitgebreide vorm te vinden.

## Aandoeningen

### Aantal meldingen per aandoening in 2025



### Veel voorkomende lichamelijke aandoeningen

In 8.826 meldingen (85,35%) die de RTE in 2025 ontving, was sprake van patiënten met:

- kanker (5.355)
- aandoeningen van het zenuwstelsel (719), bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson, MS of ALS
- hart- of vaatandoeningen (509)
- longaandoeningen (335)
- een combinatie van lichamelijke aandoeningen (1.908)

Bij de andere categorieën van aandoeningen staan wij hieronder apart stil.

### Dementie

#### Wilsbekwaam

In 499 meldingen is euthanasie verleend aan een patiënte met een vorm van dementie. Daarvan waren 492 patiënten nog wilsbekwaam ten aanzien van hun euthanasieverzoek. Dit zijn patiënten die nog inzicht hadden in (de symptomen van) hun ziekte, zoals verlies van persoonlijkheid en van oriëntatie in tijd en ruimte. In 2024 ontving de RTE 427 meldingen van patiënten in de categorie 'dementie'.

Daarnaast waren er dit verslagjaar 202 meldingen van patiënten bij wie sprake was van een combinatie van aandoeningen, waaronder dementie. Bij deze patiënten was een dementieel beeld mede een reden voor het euthanasieverzoek, maar speelden daarnaast ook andere aandoeningen een rol. In 2024 ging dit om 154 patiënten.

#### Wilsonbekwaam

In elf meldingen die in 2025 zijn beoordeeld, ging het om patiënten in een voortgeschreden stadium van dementie. Daarvan zijn er vier ontvangen in 2024 en zeven in 2025. Zij waren niet

meer wilsbekwaam ten aanzien van hun verzoek en niet meer in staat om betekenisvol over hun verzoek te communiceren. Hun eerder opgestelde schriftelijke euthanasieverzoek kwam in de plaats van een mondeling verzoek. Meer informatie over deze groep patiënten staat verderop in dit jaarverslag bij de praktijkvoorbeelden van bijzondere aandoeningen. Al deze elf oordelen zijn gepubliceerd op de website van de RTE.

Bij patiënten met dementie moeten artsen met “grote behoedzaamheid” te werk gaan. Zie voor de aandachtspunten bij euthanasie bij patiënten met dementie de [EuthanasieCode](#) pagina 30 en verder.

### Psychische aandoeningen

In 174 meldingen van euthanasie in 2025 kwam het lijden (grotendeels) voort uit één of meer psychische aandoeningen. Daarbij was de uitvoerend arts 52 keer een psychiater, 36 keer een huisarts en 27 keer een andere medisch specialist (onder wie ook specialisten ouderengeneeskunde). In de overige 59 meldingen was de uitvoerend arts een ‘andere arts’. In 96 meldingen was de uitvoerend arts verbonden aan Expertisecentrum Euthanasie (EE).

In 2024 ging het om 219 meldingen. Dit betekent dat in 2025 bijna 21% minder euthanasie is uitgevoerd bij patiënten op grond van een psychische aandoening.

Een voorbeeld van een melding waarbij een psychische aandoening de reden was voor het euthanasieverzoek, staat in het hoofdstuk over de praktijkvoorbeelden.

#### Meldingen van euthanasie om een psychische aandoening in de periode 2021-2025



#### Meldingen euthanasie om een psychische aandoening bij patiënten van 12 tot 30 jaar

| Leeftijd / jaar | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | Totaal |
|-----------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--------|
| 2025            | -  | -  | -  | -  | -  | -  | -  | -  | -  | -  | -  | 6  | 1  | 1  | -  | 7  | 2  | 2  | 19     |
| 2024            | -  | -  | -  | -  | -  | -  | -  | -  | 2  | -  | 7  | 1  | 3  | 3  | 1  | 2  | 7  | 4  | 30     |
| 2023            | -  | -  | -  | -  | 1  | 1  | -  | -  | -  | 1  | 1  | -  | 4  | 2  | 6  | 2  | 3  | 1  | 22     |
| 2022            | -  | -  | -  | -  | -  | -  | 1  | -  | 1  | 2  | -  | -  | -  | 2  | -  | -  | 1  | 4  | 11     |
| 2021            | -  | -  | -  | -  | -  | -  | 2  | -  | -  | 1  | 1  | 2  | -  | 2  | -  | 4  | 2  | -  | 14     |

## Combinatie van lichamelijke en psychische aandoeningen

In 2025 zijn 80 meldingen ontvangen waarbij het euthanasieverzoek voortkwam uit een combinatie van één of meer psychische aandoeningen én tenminste één lichamelijke. In 2024 ging het om 90 meldingen. Ook bij deze categorie patiënten met een psychische aandoening is dus sprake van een daling.

Bij elke melding die de RTE ontvangt, registreert de RTE de aandoeningen die de aanleiding vormen voor het euthanasieverzoek. Als het euthanasieverzoek volledig voortkomt uit een psychische aandoening, wordt deze geregistreerd onder 'psychische aandoening'. Als het euthanasieverzoek grotendeels ('in overwegende mate') voortkomt uit een psychische aandoening maar er daarnaast ook lichamelijke aandoeningen zijn die bijdragen, wordt deze ook geregistreerd onder 'psychische aandoening'.

In drie andere gevallen registreert de RTE de melding als combinatie van psychische en lichamelijke aandoeningen: als beide het lijden in min of meer gelijke mate veroorzaken, als dat in wisselwerking gebeurt óf wanneer het lijden grotendeels voortkomt uit een lichamelijke aandoening, maar waarbij een psychische aandoening in mindere mate ook een rol speelt.

Het gaat dan bijvoorbeeld om patiënten die al tientallen jaren leven met een psychische aandoening en geen actieve doodswens hebben, maar bij wie de mogelijkheid om met hun psychiatrische problematiek om te gaan wegvalt door een lichamelijke aandoening. De lichamelijke aandoening verstoort de eerder bestaande balans, en maakt het lijden ondraaglijk waardoor er een euthanasieverzoek ontstaat.

## Stapeling van ouderdomsaandoeningen

Ook een stapeling van ouderdomsaandoeningen kan zorgen voor ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Onder ouderdomsaandoeningen vallen bijvoorbeeld: slecht zien en horen, (gevolgen van) botontkalking, slijtage van gewrichten, evenwichtsproblemen en cognitieve achteruitgang (kennen en weten neemt af). Deze aandoeningen ontstaan meestal op hogere leeftijd en kunnen zorgen voor een optelsom aan klachten. De samenhang met de ziektegeschiedenis, de biografie, de persoonlijkheid, de waarden en de draagkracht van de patiënte kan tot gevolg hebben dat de patiënte het lijden als uitzichtloos en ondraaglijk ervaart.

Bij deze categorie is het belangrijk dat het specifiek gaat om ouderdomsaandoeningen. Als bij een patiënte ook sprake is van aandoeningen die niet direct gelinkt zijn aan ouderdom zoals kanker, restschade na een CVA (hersenvloeding of beroerte), dementie of een auto-immuunziekte, registreert de RTE deze melding als een combinatie van aandoeningen. De RTE hanteert een andere definitie van 'stapeling van ouderdomsaandoeningen' dan EE. Hierdoor kan het zijn dat deze cijfers niet met elkaar overeenkomen.

In 2025 ontving de RTE 475 meldingen in deze categorie. Dit is een stijging ten opzichte van 2024, toen er 397 meldingen waren ontvangen. Een voorbeeld hiervan is opgenomen in de praktijkvoorbeelden van bijzondere aandoeningen.

## Andere aandoeningen

Tot slot gebruikt de RTE bij de registratie van meldingen nog de restcategorie 'andere aandoeningen'. Het gaat daarbij om aandoeningen die niet onder de voorgaande categorieën vallen. Bijvoorbeeld een chronisch pijnsyndroom, zeldzame erfelijke aandoeningen, nierfalen, blindheid, ernstige fractures of tinnitus. Dit waren 287 meldingen in 2025.

## Uitvoerend artsen

In het overgrote deel van de meldingen was een huisarts de uitvoerend arts (8.166). De overige uitvoerende artsen waren: specialisten ouderengeneeskunde (475), psychiaters (59), overige medisch specialisten (311) en artsen in opleiding (153). Ten slotte is er nog een groep meldingen (1.177) van 'andere artsen'. Hieronder vallen bijvoorbeeld ambulante artsen die niet meer geregistreerd staan als medisch specialist en werkzaam zijn voor EE. Ook ambulante euthanasieartsen die niet aan EE verbonden zijn vallen hier onder. Voor de RTE is deze groep artsen relatief nieuw en heeft daarom haar aandacht. De RTE selecteert dan ook alle meldingen afkomstig van deze groep artsen voorlopig als vragen oproepend, en beoordeelt ze dus op een fysieke commissievergadering.

## Meldingen van Expertisecentrum Euthanasie

Het aantal meldingen van artsen die verbonden zijn aan EE steeg met 43 meldingen ten opzichte van 2024 (1.417) tot 1.460. Dit betekent dat bij meldingen van artsen die verbonden zijn aan EE sprake is van een stijging van circa 3%, terwijl de hoeveelheid meldingen van alle artsen steeg met 4%. EE-artsen worden vaak ingeschakeld als de arts die bij de behandeling van een patiënte betrokken is het euthanasieverzoek te ingewikkeld vindt. Ook artsen die om principiële redenen geen euthanasie verlenen of artsen die alleen euthanasie willen verlenen aan patiënten met een terminale ziekte verwijzen soms patiënten door naar EE. Naast het doorverwijzen door een behandelend arts komt het ook voor dat de patiënte zelf of de familie het contact met EE legt.

Iets meer dan de helft van de meldingen waarbij sprake was van euthanasie vanwege een psychische aandoening was afkomstig van een EE-arts: 96 van de 174 meldingen (55,17%). Dat is een daling van ongeveer 24% ten opzichte van 2024. Van de meldingen waarbij de grondslag van het lijden voortvloeide uit een vorm van dementie waren 180 van de 499 meldingen (36,07%) afkomstig van een EE-arts. In 2024 waren 149 van de 427 meldingen door EE uitgevoerd (34,89%). Verder waren 172 van de 475 meldingen (36,21%) waarbij sprake was van een stapeling van ouderdomsaandoeningen afkomstig van EE-artsen.<sup>3</sup> In 2024 was dit 140 van de 397 meldingen (35,26%).

## Locatie van de levensbeëindiging

Net als in voorgaande jaren vond de euthanasie in 2025 in verreweg de meeste gevallen thuis plaats (8.008). In de overige gevallen was de plaats van overlijden een verpleeg- of verzorgingshuis (1.036), een hospice (875), een ziekenhuis (241) of een andere plaats, bijvoorbeeld bij familie thuis of in een zorghotel (181).

## Orgaan- en weefseldonatie na euthanasie

Euthanasie staat het doneren van organen en weefsel niet in de weg. In de door de Nederlandse Transplantatie Stichting opgestelde *Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie* is de procedure in een uitgebreid stappenplan beschreven. Als de patiënte na haar dood organen wil doneren moet de euthanasie plaatsvinden in het ziekenhuis. Bij weefseldonatie kan de euthanasie ook op andere locaties plaatsvinden.

De RTE ontving in 2025 30 meldingen waarin expliciet stond dat na euthanasie organen en/of weefsel waren gedoneerd. In 2024 waren dat er 28. Het kan overigens zijn dat wel sprake is geweest van orgaan- en/of weefseldonatie, maar dat dit niet expliciet is benoemd in het dossier.

---

<sup>3</sup> De RTE en EE hanteren verschillende definities van 'stapeling van ouderdomsaandoeningen'. Hierdoor kan het zijn dat de cijfers van de RTE en EE niet met elkaar overeenkomen.



## Praktijkvoorbeelden

Om inzicht te geven in de aard van de meldingen die de RTE ontvangt, volgt op de volgende pagina's in diverse categorieën een aantal meldingen dat als niet vragen oproepend is beoordeeld.

### **Meest voorkomende aandoeningen**

We geven vijf voorbeelden van oordelen waarbij de patiënte leed aan één van de meest voorkomende categorieën aandoeningen. Het gaat daarbij om kanker, aandoeningen van het zenuwstelsel, longaandoeningen, hart- en vaataandoeningen of een combinatie van aandoeningen. Deze selectie is representatief voor het overgrote deel van de meldingen die de RTE ontvangt.

### **Bijzondere categorieën aandoeningen**

We beschrijven vier oordelen waarin euthanasie is verleend aan patiënten uit bijzondere groepen: patiënten met een psychische aandoening, met een stapeling van ouderdomsaandoeningen en met dementie.

### **Verschillende zorgvuldigheidseisen**

In de volgende meldingen staat telkens één van de zorgvuldigheidseisen uit de Wet toetsing levensbeëindiging (Wtl) centraal. Daarbij gaan we in op: (a) het vrijwillig en weloverwogen verzoek, (b) het uitzichtloos en ondraaglijk lijden, (d) de gezamenlijke overtuiging dat een redelijke andere oplossing ontbrak, (e) de onafhankelijke consultatie en (f) de medisch zorgvuldige uitvoering.

Er is één zorgvuldigheidseis die op deze plaats niet uitdrukkelijk aan de orde komt: (c) de voorlichting aan de patiënte over diens vooruitzichten. Deze laatste eis is in het algemeen nauw verweven met andere zorgvuldigheidseisen, met name de eis dat de arts ervan overtuigd was dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Deze wordt daarom niet afzonderlijk besproken.

## Praktijkvoorbeelden meest voorkomende aandoeningen

Uit de cijfers blijkt dat artsen euthanasie vooral verlenen aan patiënten met kanker, aandoeningen van het zenuwstelsel, hart- en vaataandoeningen, longaandoeningen of een combinatie van aandoeningen. Als voorbeelden daarvan dienen de volgende vijf meldingen, die allemaal NVO-meldingen zijn en dus digitaal zijn beoordeeld door de commissies. Samen geven ze een beeld van de aard van de meldingen die de RTE het meest ontvangt.

### Kanker

#### **Hersentumor met halfzijdige verlamming**

Bij een vrouw, tussen de veertig en vijftig jaar oud, was bijna negen jaar voor het overlijden een kwaadaardige hersentumor ontdekt. De vrouw onderging een operatie en verschillende soorten behandeling (chemotherapie en bestraling). Een jaar voor het overlijden werd opnieuw een hersentumor ontdekt en werd de vrouw weer geopereerd. Ongeveer twee maanden voor het overlijden kreeg de vrouw last van woordvindstoornissen. Zij wilde toen geen verdere behandeling meer. Kort voor het overlijden bleek de hersentumor doorgesloegen te zijn in het deel van de hersenen dat gaat over het plannen en uitvoeren van bewuste bewegingen.

#### *Het lijden*

Het lijden van de vrouw bestond uit halfzijdige verlamming en langzaam toenemende hoofdpijn, waardoor zij volledig hulpbehoevend werd. De vrouw vond het ondraaglijk dat zij volledig afhankelijk was geworden van anderen en continu om hulp moest vragen. Zij kon door de verlamming haar grote passie niet meer uitoefenen.

Zij wist dat haar ziekte progressief was en dat zij alleen nog maar verder achteruit zou gaan. Er was voor haar geen kwaliteit van leven meer.

#### *Het verzoek*

De vrouw had eerder in haar ziekteverloop al met haar huisarts gesproken over de mogelijkheid van euthanasie. Haar huisarts had echter nog nooit eerder een euthanasie uitgevoerd. De vrouw wendde zich daarom tot Expertisecentrum Euthanasie (EE) en kwam zo in contact met de arts. Een week voor het overlijden vroeg zij de arts om de euthanasie uit te voeren.

#### *Consultatie*

De arts raadpleegde een onafhankelijk SCEN-arts als consulent. De consulent bezocht de vrouw enkele dagen voor het overlijden en kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

#### *Uitvoering*

De arts voerde vervolgens de euthanasie uit met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* van 2021.

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

## Aandoening van het zenuwstelsel

### Cerebellaire ataxie

Bij een man, tussen de tachtig en negentig jaar oud, werd twee jaar voor het overlijden cerebellaire ataxie vastgesteld. Dit is een bewegingsstoornis, veroorzaakt door schade aan de hersenen. Deze aandoening ontstond naar alle waarschijnlijkheid door medicatie die de man voor zijn hartritmestoornissen gebruikte.

#### *Het lijden*

Vier jaar voor het overlijden begonnen de eerste klachten. Hij kreeg spraakproblemen en ongecontroleerde en schokkerige bewegingen in zijn ledematen. In de jaren voor het overlijden ging de man hard achteruit. Zelfstandig staan of lopen lukte hem niet meer en hij was de hele dag moe. Zijn kracht en coördinatie waren sterk afgenomen en hij verloor vrijwel de volledige functie van zijn handen. Hij vond zijn leven grotendeels doelloos en kon alleen nog plezier en afleiding ervaren van de bezoeken van zijn kinderen en kleinkinderen. De man was voor de zorg volledig afhankelijk geworden van anderen. De cerebellaire ataxie nam steeds verder toe, maar vanwege zijn ernstige hartritmestoornissen kon hij zijn medicatie niet staken.

#### *Het verzoek*

Bijna twee jaar voor het overlijden sprak de man voor het eerst met zijn huisarts over zijn euthanasieverzoek. Anderhalf jaar voor het overlijden vroeg de man om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek.

#### *Consultatie*

De arts raadpleegde een onafhankelijk SCEN-arts als consulent. De consulent bezocht de man voor het eerst ongeveer een half jaar voor het overlijden. Tijdens dit eerste consult vond de man zijn lijden nog niet ondraaglijk. De consulent zou een maand later contact opnemen met de arts en indien gewenst een tweede consultatie doen. In de tussentijd werd een naaste van de man onverwachts ziek en deze overleed enkele maanden later. De man wilde zijn euthanasieverzoek opschorten ten tijde van het ziekbed van zijn naaste, omdat hij vond dat zijn nabestaande hem op dat moment niet ook nog moest verliezen. Drie maanden na het overlijden van zijn naaste was het euthanasieverzoek concreet geworden en leed de man inmiddels ook ondraaglijk. Zijn klachten waren in de laatste zes maanden steeds heftiger geworden. De consulent bezocht de man enkele dagen voor zijn overlijden opnieuw en kwam tot de conclusie dat nu aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

#### *Uitvoering*

De arts voerde vervolgens de euthanasie uit met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* van 2021.

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

## Hart- en vaataandoening

### Terminaal hartfalen

Een man, tussen de zeventig en tachtig jaar oud, leed aan terminaal hartfalen. Ruim vijfendertig jaar voor het overlijden had de man zijn eerste hartinfarct. In de jaren die volgden, kreeg hij steeds meer hartproblemen. Ongeveer vijftien jaar geleden had de man weer twee hartinfarcten, waarbij steeds meer klachten ontstonden door het bijkomende hartfalen. Twee jaar voor het overlijden werd duidelijk dat het vaatlijden van de man in een eindstadium was en niet geopereerd kon worden. Eventuele mogelijkheden om de klachten met medicatie aan te pakken, hielpen niet meer voor de man.

#### *Het lijden*

Het lijden van de man bestond uit een steeds meer structurele ernstige druk op de borst en een gevoel van benauwdheid. De kleinste inspanning kon dit gevoel al oproepen en zelfs het eten van een maaltijd en de vertering daarvan kon dan al te inspannend zijn voor het hart. De man koos ervoor om zijn inwendige defibrillator uit te zetten, nadat deze hem de afgelopen maanden meerdere keren in leven had gehouden. Hij hoopte dat hij zou overlijden door een hartstilstand, maar hierna kreeg hij geen hartstilstand meer. De arts kende zijn patiënt als een kalme, berustende man die veel kon dragen. De man ging altijd door en had tot bijna het laatste moment plezier gehouden in dingen. De heftigheid van het lijden en het steeds structureler worden daarvan, kon hij uiteindelijk niet meer verdragen.

#### *Het verzoek*

De man had al vaker met de arts, zijn huisarts, gesproken over de mogelijkheid van euthanasie. Een maand voor het overlijden vroeg hij de arts over te gaan tot uitvoering van de euthanasie.

Volgens de arts was sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De arts was er ook van overtuigd dat het lijden voor de man ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Er waren voor hem geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Verder bleek uit het dossier dat de arts de man had voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en zijn vooruitzichten.

#### *Consultatie*

De arts raadpleegde een onafhankelijk SCEN-arts als consulent. De consulent bezocht de man zes weken voor het overlijden en kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

#### *Euthanasie*

De arts voerde vervolgens de euthanasie uit met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP *Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* van 2021.

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

## Longaandoening

### Longfibrose met schimmelinfectie

Een man tussen de zestig en zeventig jaar oud, had longfibrose. Hij onderging ongeveer een jaar voor het overlijden een longtransplantatie, maar deze mislukte doordat zijn lichaam de long afstootte. De patiënt hield zichzelf overeind met de hoop op een nieuwe transplantatie. Ongeveer een maand voor het overlijden vertelde de longarts hem dat hij hiervoor was afgewezen.

#### *Het lijden*

Voor de man was deze afwijzing een enorme klap. Hij leefde op de hoop voor een nieuwe transplantatie. Met die hoop verdween ook zijn perspectief. Daardoor had hij geen draagkracht meer voor zijn lichamelijke klachten, die snel verergerden. Hij werd steeds meer kortademig, kreeg een zeer moeizaam te behandelen schimmelinfectie in zijn longen en was erg beperkt in zijn energie. Zo kon hij alleen nog met veel moeite naar het toilet lopen en kon hij zijn eigen sokken niet aantrekken. Hij keek de hele dag naar de klok en hoopte dat de dag snel voorbij zou gaan.

#### *Het verzoek*

Een paar dagen nadat hij hoorde dat hij niet in aanmerking kwam voor een tweede transplantatie, vroeg de man de arts, zijn huisarts, om euthanasie. Nadat hij dit verzoek herhaalde, raadpleegde de arts als consulent een onafhankelijk SCEN-arts. De consulent bezocht de man ongeveer anderhalve week voor het overlijden en kwam tot de conclusie dat aan de eerste vier zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

#### *De uitvoering*

De arts voerde vervolgens de euthanasie uit met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP *Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* van 2021.

De commissie oordeelde dat de arts volgens de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

## Combinatie van aandoeningen

### Hartfalen, diabetes mellitus en COPD

Een man, tussen de vijftig en zestig jaar oud, had sinds zeventien jaar COPD. Sinds drie jaar voor het overlijden was er sprake van eindstadium COPD met emfyseem waarbij hij zuurstofafhankelijk was. Bij de man was ook hartfalen vastgesteld. Daarnaast leed hij aan diabetes mellitus met diabetische zenuwschade.

#### *Het lijden*

De man ging de afgelopen jaren flink achteruit. Hij had forse obesitas en lag vrijwel de hele dag op bed. Hij kwam zijn slaapkamer ook niet meer uit omdat hij te benauwd was om nog te kunnen lopen. Het lukte hem slechts met moeite om de postoele te bereiken, maar meer dan dat ging niet meer. Hij was volledig afhankelijk van zijn partner voor de zorg en alledaagse dingen en wilde absoluut geen hulp van anderen dan zijn partner. Hij ervoer hierdoor ook geen enkele privacy meer. De situatie waarin hij zich nu bevond, vond hij mensonterend en hij weigerde incontinentiemateriaal te dragen. De man had door een beschadiging aan de postoele een wond aan zijn been opgelopen, maar door de neuropathie had hij dit niet gevoeld. De wond wilde maar niet genezen en de wondverzorging die door zijn partner werd geleverd, leverde hem veel ongemak op. Het lukte hem nog wel om te genieten van zijn kleinkind, maar merkte ook dat zijn kleinkind zijn beperkingen niet snapte en dat deed hem pijn. Ook realiseerde hij zich dat zijn kleinkind nog te jong was om later herinneringen aan hem te hebben.

#### *Het verzoek*

Drie jaar voor het overlijden sprak de man voor het eerst met zijn huisarts over zijn euthanasieverzoek. Bij de man ontstond twijfel of hij het euthanasietraject nu wel door wilde zetten, omdat binnen enkele maanden een kleinkind geboren zou worden. De arts had al een consulent geraadpleegd, maar vanwege de grote twijfel bij de man, werd besloten om de euthanasie uit te stellen. De man kaartte zijn euthanasieverzoek in de jaren die volgden nog wel aan, maar kwam niet met een concreet verzoek. Twee maanden voor het overlijden vroeg de man om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek en herhaalde dit in de gesprekken die volgden.

#### *Consultatie*

De arts raadpleegde een onafhankelijk SCEN-arts als consulent. De consulent bezocht de man twee weken voor het overlijden en kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

#### *De uitvoering*

De arts voerde vervolgens de euthanasie uit met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* van 2021.

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

## Praktijkvoorbeelden bijzondere categorieën aandoeningen

Hieronder beschrijven we vier meldingen waarbij patiënten een bijzondere aandoening hadden. De eerste melding gaat over een patiënt met een psychische aandoening, de tweede over een patiënte met een stapeling van ouderdomsaandoeningen. De laatste twee meldingen gaan over patiënten met dementie.

### Psychische aandoening

Als het euthanasieverzoek (grotendeels) voortkomt uit lijden als gevolg van een psychische aandoening wordt van de arts grote behoedzaamheid verwacht. De RTE geeft invulling aan bovengenoemd uitgangspunt door te toetsen of de arts een onafhankelijk psychiater heeft geraadpleegd. Die moet hebben beoordeeld dat de patiënte wilsbekwaam is ten aanzien van het verzoek, dat het lijden uitzichtloos is en dat redelijke alternatieven ontbreken. De onafhankelijk psychiater mag zo nodig behandeladviezen geven. De arts kan zelf beslissen of zij een onafhankelijk psychiater náást een (SCEN-)consulent raadpleegt, of een (SCEN-)consulent die tevens psychiater is (EuthanasieCode 2022).

De *Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis van de NVvP* uit 2018 (hierna: Richtlijn NVvP 2018)<sup>4</sup> en het addendum *Consultatiefase* uit 2025, wijken af van de EuthanasieCode. De RTE toetst niet of de arts zich aan de Richtlijn NVvP 2018 heeft gehouden. Leidend bij de toetsing is de EuthanasieCode en wat daarin is opgenomen.

Meldingen van patiënten waarbij het euthanasieverzoek (mede) voortkomt uit een psychische aandoening, worden per definitie aangemerkt als vragen oproepend (VO). Hier is voor gekozen, omdat deze meldingen extra tijd en aandacht behoeven. Door deze meldingen als VO te categoriseren wordt hiervoor ruimte gemaakt. Hoewel zij dus als VO zijn gecategoriseerd, roepen niet alle meldingen van patiënten met een psychische aandoening vragen op over de zorgvuldigheidseisen.

Per 1 januari 2026 is de [EuthanasieCode](#) geactualiseerd. Voor meer informatie over de toetsing van de euthanasie bij deze groep patiënten verwijzen wij naar de pagina's 27-30.

#### VO-melding, depressieve stoornis

Bij een man, tussen de veertig en vijftig jaar oud, was ruim twintig jaar eerder een recidiverende ernstige depressieve stoornis vastgesteld. Al die jaren overheerste diepe somberheid en had hij de wens om niet meer te leven. In het eerste jaar nadat de depressie was vastgesteld en enkele jaren daarna had de man een suïcidepoging gedaan. Ook in de jaren die volgden overwoog hij actief zelfdoding. Uiteindelijk ging hij hier niet toe over.

##### *Het lijden*

De man werd iedere ochtend wakker met gedachten aan de dood en kwam in somberheid de dag door. Deze somberheid werd steeds erger en keerde vaak terug. Hij kon niet meer genieten van wat het leven te bieden had. De man had voorheen nog kleine momenten van voldoening, maar lag soms dagenlang in bed. Bij elke behandeling die hij onderging, leek het even beter te gaan, maar vervolgens stortte hij weer in. De man verloor de hoop na een mislukte ECT-behandeling (elektroconvulsie-therapie). Hij verloor een groot deel van zijn geheugen, waardoor hij zich sommige voor hem belangrijke gebeurtenissen niet meer kon herinneren. Het leven voelde voor hem leeg en zinloos en hij had geen hoop meer op een behandeling die wel zou aanslaan.

De man had door de jaren heen meerdere psychologen bezocht. Hij volgde cognitieve gedragstherapie en schematherapie en deed ook aan mindfulness. Ongeveer twaalf jaar geleden kwam hij onder behandeling te staan van psychiaters. Hij volgde psychomotore therapie en creatieve therapie alsook Mentalization Based Treatment. Zes jaar geleden volgde hij acute

---

<sup>4</sup> Deze richtlijn is te raadplegen op [nvvp.net](http://nvvp.net) en op [richtlijnen database.nl](http://richtlijnen database.nl)

dagbehandeling en werd hij ook voor meerdere maanden opgenomen voor ECT-behandeling. Daarna volgden nog meerdere opnames, onder meer voor het op- en afbouwen van medicatie.

#### *Het verzoek*

Ongeveer zeven jaar voor het overlijden besprak de man voor het eerst zijn euthanasiewens met de arts, zijn huisarts. In de jaren die volgden, herhaalde hij tientallen keren zijn verzoek bij de arts.

#### *Onafhankelijk psychiater*

De arts raadpleegde een onafhankelijk psychiater. Hij concludeerde dat de man wilsbekwaam was ten aanzien van zijn euthanasieverzoek en dat hij in de loop der jaren veel behandelingen voor zijn depressieve stemmingsstoornis had gevolgd, maar dat er nooit blijvend resultaat was. De onafhankelijk psychiater constateerde dat er nog andere behandelingen te proberen zouden zijn, zoals esketamine neusspray en repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie (rTMS). Wel kon hij stellen dat de man redelijkerwijs alle momenteel gangbare behandelingen volgens protocol had geprobeerd, maar zonder succes.

#### *Consultatie*

De eerste consulent, een onafhankelijk SCEN-arts, bezocht de man ongeveer twee maanden voor het overlijden. Zij concludeerde dat de man wilsbekwaam was met betrekking tot het euthanasieverzoek. Vanuit het oogpunt van de man was sprake van ondraaglijk lijden door de depressie. De eerste consulent vond de uitzichtloosheid van het lijden echter nog onvoldoende duidelijk en dat het nog niet voldoende onderbouwd was dat er geen redelijke behandel mogelijkheden meer waren voor de man.

Naar aanleiding van het advies van de eerste consulent verzocht de arts de behandelend psychiater van de man om een afsluitende brief. De behandelend psychiater gaf schriftelijk aan dat er geen reële behandelopties meer waren. Daarna raadpleegde de arts een tweede consulent, een onafhankelijk SCEN-psychiater. Zij kwam tot de conclusie dat de man wilsbekwaam was ten aanzien van het euthanasieverzoek. Ook beschreef de tweede consulent in haar verslag dat de man sprak met zijn behandelaren over de verschillende behandelingen voor zijn depressie en dat hij aan iedere behandeling meewerkte die binnen de GGZ mogelijk was. Hij doorliep het depressieprotocol en zocht ook buiten de reguliere kanalen hulp. De tweede consulent vond het lijden wel uitzichtloos: de man kampte al ruim twintig jaar met terugkerende depressieve periodes en werd met enkele korte onderbrekingen al net zoveel jaar hiervoor behandeld. Sinds zes jaar voor het overlijden was hij continu in behandeling bij de GGZ en is hij ook verwezen voor ECT-behandeling. Hij onderging een second opinion en werd overgezet op een MAO-remmer. De regiebehandelaar van de man kwam tot de conclusie dat alle mogelijkheden waren uitgeput. Hij leed ondraaglijk door een allesoverheersende somberheid, wanhoop en paniek. Esketamine, rTMS en opnieuw ECT-behandeling werden uitvoerig besproken met de man en daaruit volgde de conclusie dat dit voor de man geen redelijke alternatieven meer waren. De tweede consulent kwam dan ook tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

#### *Het oordeel*

De commissie oordeelde dat de arts tot de overtuiging kon komen dat het lijden van de man uitzichtloos was en dat er geen redelijke andere oplossing was voor zijn situatie. De arts had namelijk zowel een onafhankelijk psychiater als een SCEN-arts, tevens psychiater, geraadpleegd. Zowel de behandelaren van de man als de geraadpleegde onafhankelijk psychiater en de tweede consulent steunden hem in deze overtuiging. De arts was met grote behoedzaamheid te werk gegaan en had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

*In deze melding had de commissie geen twijfels dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De commissie heeft de melding daarom afgedaan met een beknopt oordeel. De RTE heeft deze melding dan ook niet gepubliceerd op haar website.*

## Stapeling van ouderdomsaandoeningen

Wil een patiënte in aanmerking komen voor euthanasie dan moet haar lijden een medische grondslag hebben. Niet is vereist dat er een levensbedreigende aandoening bestaat. Ook een stapeling van ouderdomsaandoeningen – zoals slechthoortheid, slechthorendheid, botontkalking, gewrichtsslijtage, evenwichtsproblemen of 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 (EuthanasieCode 2022).

Per 1 januari 2026 is de [EuthanasieCode](#) geactualiseerd. Voor meer informatie over deze groep patiënten verwijzen wij naar pagina 14.

### **NVO-melding, leeftijd 100+, slechthorend, slechthoort, urine-incontinentie, pijn in lichaam en regelmatig vallen**

Een vrouw, ouder dan honderd jaar, leed toenemend onder slecht zien, heel slecht horen, incontinentie voor urine en onder toenemende pijnklachten aan de borst, buik en armen. Doordat ze minder mobiel werd, viel ze ook regelmatig.

#### *Het lijden*

De vrouw was tot kort voor het overlijden nog heel zelfstandig. Zij was erg gesteld op haar zelfstandigheid en was altijd zeer zelfredzaam geweest. Haar slechthoort- en slechthorendheid maakten dat zij niet meer kon deelnemen aan de maatschappij. Dit leidde tot eenzaamheid bij de vrouw. Door een val kort voor het overlijden kon de vrouw moeilijker uit bed komen en niet meer goed voor zichzelf zorgen.

De vrouw leek de regie over haar leven te gaan verliezen en werd steeds meer afhankelijk van zorg. Zij accepteerde geen hulp van de zorg, waardoor zij niet meer douchte en haar kleding niet meer wisselde. De vrouw wilde absoluut niet naar een verzorgingshuis. Daardoor werd haar euthanasiewens actueel.

#### *Het verzoek*

De vrouw had al vaker met de arts, haar huisarts, gesproken over de mogelijkheid van euthanasie. Ruim een week voor het overlijden vroeg zij de arts over te gaan tot uitvoering van de hulp bij zelfdoding. Volgens de arts was sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De arts vond het lijden van de vrouw invoelbaar ondraaglijk en zag geen mogelijkheden meer om haar lijden draaglijk te maken.

#### *Consultatie*

De arts raadpleegde een onafhankelijk SCEN-arts als consulent. De consulent bezocht de vrouw ongeveer een week voor het overlijden en kwam tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

#### *Euthanasie*

De arts voerde vervolgens de euthanasie uit met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* van 2021.

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

## Dementie

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 patiënte af.

### *Nog wel wilsbekwaam wat betreft een euthanasieverzoek*

Als een patiënte met dementie nog wilsbekwaam is ten aanzien van haar 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 patiënte, ligt het voor de hand dat de arts specifiek daarover advies van een onafhankelijk deskundige vraagt (EuthanasieCode 2022).

In bijna alle meldingen van euthanasie bij patiënten met dementie gaat het om patiënten die nog voldoende inzicht hebben in hun situatie en nog wilsbekwaam zijn ten aanzien van hun euthanasieverzoek. Het lijden van deze groep patiënten komt vaak voort uit achteruitgang in functioneren en denken, maar ook door de angst verder achteruit te gaan en de daarmee verbonden negatieve gevolgen voor de autonomie en de waardigheid (EuthanasieCode 2022).

Per 1 januari 2026 is de [EuthanasieCode](#) geactualiseerd. Voor meer informatie over deze groep patiënten, verwijzen wij naar pagina 30.

### Wilsbekwame patiënt met dementie

#### **NVO-melding, dementie**

Bij een man, tussen de veertig en vijftig jaar oud, werd drie jaar voor het overlijden een erfelijke variant van de ziekte van Alzheimer vastgesteld. Enkele maanden voor de diagnose merkte de partner van de man symptomen op die passend waren bij dementie.

#### *Het lijden*

De man leed aan een erfelijke vorm van de ziekte van Alzheimer en kende het ziektebeloop van dichtbij bij meerdere familieleden. Hij wist wat hem te wachten stond en wenste niet zo ver af te takelen als hij bij een naaste had gezien. Ook wilde hij niet in een verpleeghuis opgenomen worden. Zijn spraak ging achteruit en zijn zorgbehoefte nam verder toe. Hij kampte in toenemende mate met apraxie (verlies van beweegvaardigheid), kon prikkels vanuit zijn omgeving steeds minder goed verdragen en raakte daardoor gefrustreerd, waarbij hij boos kon reageren. Hij werd volledig afgekeurd voor zijn werk en moest steeds meer hulp en begeleiding krijgen bij alledaagse handelingen. De man kon na verloop van tijd alleen nog maar communiceren via korte zinnen en herhaalde vaak dezelfde woorden. Ook kon hij soms de woorden niet meer correct uitspreken. Hij had duidelijk ziektebesef en ziekte-inzicht, wat hem extra verdrietig maakte. Zijn geheugen ging steeds verder achteruit, waardoor hij zich belangrijke momenten met zijn jonge gezin niet meer kon herinneren.

#### *Euthanasiewens*

De man sprak vanaf het moment van de diagnose met zijn behandelend neuroloog en zijn huisarts. Door de jaren heen besprak hij zijn wens meerdere keren. De huisarts wilde het euthanasietraject niet starten, omdat deze geen euthanasie uitvoerde bij dementie. De man wendde zich met zijn euthanasieverzoek tot Expertisecentrum Euthanasie (EE). Ongeveer een maand voor het overlijden sprak hij voor het eerst met de arts, werkzaam bij EE, en deed hij direct een verzoek om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek. Dit verzoek herhaalde hij in de daaropvolgende twee gesprekken.

#### *Consultatie*

De arts raadpleegde een onafhankelijk SCEN-arts als consulent, zijnde een specialist ouderengeneeskunde. Het was voor de consulent duidelijk dat het zijn eigen verzoek was en dat zijn wens consistent was. De man leed ondraaglijk omdat hij steeds meer afhankelijk werd van de zorg van anderen. Verdere aftakeling wilde hij niet meer meemaken. De consulent kwam tot de

conclusie dat de man goed op de hoogte was van zijn ziekte en de prognose. Volgens de consulent was de man volledig wilsbekwaam ten aanzien van zijn euthanasieverzoek.

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

### *Niet meer wilsbekwaam ten aanzien van euthanasieverzoek*

Als de dementie zo ver is gevorderd dat de patiënte niet langer wilsbekwaam is ten aanzien van haar euthanasieverzoek, is euthanasie mogelijk in het geval dat de patiënte, toen zij nog wilsbekwaam was, een schriftelijk euthanasieverzoek heeft opgesteld. Artikel 2, tweede lid, Wtl bepaalt dat een schriftelijk euthanasieverzoek een mondeling verzoek kan vervangen en dat daarbij dezelfde zorgvuldigheidseisen van toepassing zijn (EuthanasieCode 2022).

Het schriftelijke euthanasieverzoek moet steeds tenminste inhouden dat de patiënte om euthanasie verzoekt in de situatie waarin zij haar wil niet meer kan uiten. Als de patiënte haar verzoek ook wil laten inwilligen als geen sprake is van ondraaglijk fysiek lijden, moet daarnaast in de schriftelijke wilsverklaring staan dat de patiënte haar (verwachte) lijden aan deze situatie aanmerkt als ondraaglijk en dat zij dit aan haar verzoek ten grondslag legt.

Ten tijde van de uitvoering van de euthanasie moet de arts ervan overtuigd zijn dat de patiënte ondraaglijk lijdt. Er kan sprake zijn van actueel ondraaglijk lijden door fysieke aandoeningen, maar er kan ook sprake zijn van actueel ondraaglijk lijden als de patiënte in de situatie verkeert die zij in haar schriftelijke wilsverklaring heeft aangemerkt als (verwacht) ondraaglijk lijden en uit het bestendig gedrag van de patiënte kan worden afgeleid dat zij ondraaglijk lijdt. De enkele omstandigheid dat de patiënte 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 patiënte (EuthanasieCode 2022).

Meldingen van patiënten die niet langer wilsbekwaam zijn ten aanzien van hun euthanasieverzoek, worden per definitie aangemerkt als vragen oproepend (VO). Hier is voor gekozen, omdat deze meldingen extra tijd en aandacht behoeven. Door deze meldingen als VO te categoriseren wordt hiervoor ruimte gemaakt. Hoewel zij dus als VO zijn gecategoriseerd, roepen niet alle meldingen van wilsonbekwame patiënten vragen op over de zorgvuldigheidseisen.

Per 1 januari 2026 is de [EuthanasieCode](#) geactualiseerd. Voor meer informatie over patiënten die niet meer wilsbekwaam zijn ten aanzien van hun euthanasieverzoek of hun euthanasieverzoek niet meer kunnen uiten, verwijzen wij naar pagina's 23-26 en 30.

### Patiënte met dementie die niet meer wilsbekwaam was

#### **VO-melding, juveniele Alzheimer, schriftelijke wilsverklaring**

Bij een vrouw, tussen de zestig en zeventig jaar oud, werd zeven jaar voor het overlijden dementie op jonge leeftijd vastgesteld: de ziekte van Alzheimer. Zes jaar voor het overlijden stelde de vrouw een schriftelijke wilsverklaring op, die een verzoek om euthanasie bevatte. De vrouw had haar schriftelijke euthanasieverzoek meerdere keren besproken met haar huisarts en haar naasten. In de periode dat deze gesprekken plaatsvonden, was de vrouw wilsbekwaam ten aanzien van haar verzoek om euthanasie.

#### *Vrijwillig en weloverwogen verzoek*

De behandelend specialist ouderengeneeskunde van de vrouw wilde geen euthanasie uitvoeren bij wilsonbekwame patiënten, waarop de naaste van de vrouw zich enkele maanden voor het overlijden wendde tot Expertisecentrum Euthanasie (EE). De EE-arts bezocht de vrouw in de twee maanden voor het overlijden zes keer. Het was voor de arts duidelijk dat er geen betekenisvolle communicatie meer mogelijk was met de vrouw en dat zij niet meer wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasieverzoek. De arts observeerde de vrouw, las rapportages van de zorg en overlegde met andere hulpverleners die een behandelrelatie met de vrouw hadden, waaronder de

specialist ouderengeneeskunde en het zorgteam. Ook voerde hij gesprekken met de naasten van de vrouw. De arts besloot over te gaan tot uitvoering van de levensbeëindiging op basis van het schriftelijke euthanasieverzoek van de vrouw.

#### *Wils(on)bekwaamheid*

De commissie oordeelde dat de arts tot de overtuiging kon komen dat de vrouw wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasieverzoek ten tijde van het opstellen van haar schriftelijke wilsverklaring. De commissie oordeelde ook dat de arts tot de overtuiging kon komen dat de vrouw niet meer wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasieverzoek ten tijde van de uitvoering van de levensbeëindiging. De omstandigheden die de vrouw in haar schriftelijke wilsverklaring had beschreven, deden zich voor. Ook was het voor de commissie duidelijk geworden dat de vrouw hier ook daadwerkelijk aan leed. De commissie kwam daarom tot het oordeel dat de schriftelijke euthanasieverklaring van de vrouw in de plaats kon komen van een mondeling verzoek.

#### *Geen contra-indicaties*

De commissie overwoog dat de arts alert was geweest op mogelijke contra-indicaties voor het uitvoeren van euthanasie, maar dat er geen verbale uitingen of gedragingen van de vrouw waren geweest die als zodanig konden worden opgevat. Voor de commissie kwam hiermee vast te staan dat het de wens van de vrouw was om euthanasie te krijgen in de omstandigheden zoals genoemd in haar wilsverklaring en dat deze omstandigheden zich ook hadden voorgedaan. De arts werd hierin gesteund door de bevindingen van de geraadpleegde consulent en de onafhankelijk deskundige.

#### *Ondraaglijk en uitzichtloos lijden en ontbreken van een redelijke andere oplossing*

Zes maanden voor het overlijden werd de vrouw door middel van een rechterlijke machtiging op een gesloten afdeling van een verpleeghuis opgenomen, omdat het onmogelijk was geworden om nog thuis te blijven wonen. Zij verloor de controle over haar leven, iets waar zij altijd voor vreesde en expliciet niet wilde. Met de opname in het verpleeghuis verdween haar zelfstandigheid definitief, een situatie die zij nooit had gewild. De vrouw verkeerde constant in een staat van onrust en verwarring, was de grip op haar omgeving kwijt, kon niet begrijpen waar ze was en voelde zich verloren. Zij oogde de laatste maanden steeds ongelukkiger en het lukte op geen enkele manier meer om de vrouw nog comfortabel te krijgen. Verschillende soorten medicatie konden er ook niet voor zorgen dat zij meer rust ervoer of minder ongelukkig was. Er was geen denkbare manier meer om de vrouw op een zinnige manier te steunen of het leven voor haar aangenamer te maken. Alle interventies die men redelijkerwijs kon bieden, waren geprobeerd en bleken niet succesvol.

#### *Invoelbaarheid van het lijden*

Het lijden van de vrouw was invoelbaar door de schrijnende manier waarop haar grootste angsten werkelijkheid waren geworden. De vrouw kon vanaf het moment dat zij de diagnose kreeg heel duidelijk aangeven wat zij absoluut niet wilde en de situatie waarin zij nu terecht was gekomen, was precies wat zij nooit had gewild. Haar dagen bestonden uit eindeloos dwalen over de gangen, op zoek naar iets wat zij niet kon vinden, terwijl ze wanhopige kreten uitte, hevige huilbuien had en geen rust kon vinden. Zij leefde slechts nog in een continue staat van verwarring en ontredde. De arts was ervan overtuigd dat doorgaan met het leven geen menswaardige optie meer was.

De commissie constateerde dat de onafhankelijk deskundige en de consulent concludeerden dat er geen redelijke andere oplossing was voor de situatie waarin de vrouw zich bevond.

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

Deze melding is [op de website te vinden onder nummer 2025-034](#).

## Praktijkvoorbeelden zorgvuldigheidseisen

Hieronder zijn vijf meldingen beschreven waarbij vijf zorgvuldigheidseisen uit de Wtl aan de orde komen: de overtuiging van de arts dat sprake was van (a) een vrijwillig en weloverwogen verzoek en (b) van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, (d) de overtuiging van de arts en patiënt samen dat een redelijke andere oplossing ontbrak, (e) de consultatie van een onafhankelijke arts en (f) de medisch zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging. De vijf meldingen zijn op één na aangemerkt als niet-vragen oproepend, zogenoemde NVO-meldingen. Deze zijn door een voltallige commissie digitaal beoordeeld. De VO-melding is in een commissievergadering beoordeeld.

### Vrijwillig en weloverwogen verzoek

De Wtl bepaalt dat een arts de overtuiging moet hebben gekregen dat sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënte. Dit verzoek moet de patiënte zelf doen. Het verzoek van de patiënte 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.

In de tweede plaats moet de patiënte wilsbekwaam zijn ten aanzien van haar euthanasieverzoek (interne vrijwilligheid). Dat betekent dat de patiënte voldoet aan vier kenmerken. Zij is in staat op begrijpelijke wijze te communiceren over haar euthanasieverzoek. Zij kan de relevante (medische) informatie over haar situatie en prognose begrijpen. Zij heeft ziekte-inzicht: dat wil in dit verband zeggen dat de patiënte overzicht heeft over haar situatie en de gevolgen van euthanasie en over eventuele alternatieven. Tot slot is zij in staat duidelijk te maken waarom zij euthanasie wil (EuthanasieCode 2022).

Het komt regelmatig voor dat vooral somatische aandoeningen de lijdensdruk van de patiënte veroorzaken en dat de patiënte daarnaast een psychische aandoening heeft. Deze aandoening kan ook bijdragen aan de door de patiënte ervaren lijdensdruk. Ook in deze gevallen zullen de arts en de consulent nadrukkelijk moeten overwegen of de psychische aandoening van de patiënte de vrijwilligheid of de weloverwogenheid van haar verzoek mogelijk in de weg staat. Als de consulent geen psychiater is, kan het ook in een dergelijk geval nodig zijn een psychiater om advies te vragen over de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek (EuthanasieCode 2022).

Per 1 januari 2026 is de [EuthanasieCode](#) geactualiseerd. Deze zorgvuldigheidseis staat op pagina's 11-13.

### **NVO-melding, twijfels bij arts ten aanzien van vrijwillig en weloverwogen verzoek**

Bij een vrouw, tussen de tachtig en negentig jaar oud, was drie jaar voor het overlijden reumatoïde artritis vastgesteld. Ook had zij maculadegeneratie, waardoor haar zicht steeds slechter werd. De vrouw bleek daarnaast een beknelde zenuwwortel te hebben, waardoor zij steeds minder mobiel werd en in een rolstoel terechtkwam. Verder ondervond zij veel beperkingen door chronische diarree waar zij ernstig vermoeid van raakte en waardoor zij leed aan elektrolytenstoornissen (een onbalans van mineralen en zouten in het bloed). Tot slot kampte de vrouw met pathologische (verstoorde) rouw en was zij in de voorgeschiedenis bekend met een depressie.

#### *Het verzoek*

Ruim anderhalf jaar voor het overlijden besprak de vrouw haar euthanasiewens voor het eerst met haar toenmalige huisarts. Ongeveer drie maanden voor het overlijden besprak zij haar wens met de arts, een specialist ouderengeneeskunde. Haar wens werd in de daaropvolgende maanden meerdere keren met de arts besproken. De arts liet zich tijdens het euthanasietraject bijstaan door een arts van Expertisecentrum Euthanasie.

#### *Consultatie*

De arts consulteerde een SCEN-arts als consulent. De consulent sprak de vrouw een maand voor

het overlijden. De vrouw had een sombere stemming op het moment dat zij over het verlies van een dierbare sprak. Zij vertelde dat de rouw al jaren stabiel was en nu niet was toegenomen. De consulent zag geen aanwijzingen voor een depressie, angst of relevante cognitieve stoornissen en had de indruk dat de vrouw wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasiewens. De consulent kon echter niet uitsluiten dat haar pathologische rouwproces haar vrijwilligheid en weloverwogenheid in de weg stond. De consulent concludeerde dat de arts (nog) niet tot de overtuiging kon komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

#### *Onafhankelijk psychiater*

De arts raadpleegde vanwege de gestagneerde pathologische rouw een onafhankelijk psychiater om de wilsbekwaamheid van de vrouw te beoordelen. De onafhankelijk psychiater bezocht de vrouw ongeveer twee weken voor het overlijden. Hij was van mening dat het euthanasieverzoek gebaseerd was op haar lichamelijke aandoeningen en dat de (pathologische) rouw na het overlijden van twee naasten slechts beperkt een rol leek te spelen. Hij concludeerde dat er geen sprake was van een psychiatrisch toestandsbeeld dat de vrijwilligheid en de weloverwogenheid van haar verzoek tot euthanasie beïnvloedde.

#### *Vrijwillig en weloverwogen verzoek*

De consulent concludeerde na ontvangst van het verslag van de onafhankelijk deskundige dat er geen sprake was van een psychiatrisch toestandsbeeld en dat de arts daarmee tot de overtuiging kon komen dat het ging om een vrijwillig en weloverwogen verzoek en van ondraaglijk en uitzichtloos lijden van de vrouw. De vrouw was voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten. Daarnaast kon de arts met de vrouw tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

## Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

Het lijden van een patiënte 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. Van uitzichtloosheid is sprake wanneer reële, en voor de patiënte redelijke, curatieve of palliatieve behandelopties ontbreken.

De ondraaglijkheid van het lijden is soms moeilijk vast te stellen, omdat de beleving van lijden sterk persoonsgebonden is. Wat voor de ene patiënte nog draaglijk kan zijn, is dat voor de andere patiënte niet. Het gaat om de beleving van de individuele patiënte, in het licht van haar levens- en ziektegeschiedenis, persoonlijkheid, waardepatroon en fysieke en psychische draagkracht. Het moet voor de arts, mede gelet op het voortraject, invoelbaar en begrijpelijk zijn dat het lijden voor deze patiënte ondraaglijk is (EuthanasieCode 2022).

Per 1 januari 2026 is de [EuthanasieCode](#) geactualiseerd. Deze zorgvuldigheidseis staat omschreven op pagina's 13-15.

### **NVO-melding, aandoening van het zenuwstelsel, tweede bezoek consulent**

Bij een man, tussen de zestig en zeventig jaar oud, was twee jaar voor het overlijden een atypisch Parkinsonisme vastgesteld.

#### *Het lijden*

Bij de man bestond een sterke verdenking van een zeldzame, progressieve hersenziekte die leidde tot problemen met bewegen, denken en spreken door het afsterven van hersencellen. Deze aandoening wordt vaak verward met de ziekte van Parkinson, maar kent een andere oorzaak en heeft een sneller progressief beloop. De man ervoer al jaren balansproblemen en kampte ook met spraakproblemen. Hij kon moeilijk uit zijn woorden komen en kon zich ook maar moeilijk verstaanbaar maken. De man had een maskergelaat en kreeg steeds meer te maken met geheugenproblemen. Hij ging steeds verder achteruit en leed aan het vooruitzicht dat hij nooit zou genezen en dat de ziekte hem geestelijk en lichamelijk belastte. De afgelopen jaren toonde hij zich enorm strijdvaardig, maar wilde absoluut geen 'kasplantje' worden. Hij hechtte veel waarde aan zijn autonomie en wilde niet volledig afhankelijk van anderen worden, omdat hij dan zijn waardigheid zou verliezen.

#### *Het verzoek*

De man had een jaar voor het overlijden voor het eerst met zijn huisarts, de arts, over euthanasie gesproken als mogelijkheid voor de toekomst. Vijf maanden voor het overlijden werd zijn euthanasiewens concreet en drie maanden later verzocht hij de arts om daadwerkelijk de euthanasie uit te voeren.

#### *Consultatie*

De arts consulteerde een onafhankelijk SCEN-arts als consulent. De consulent sprak de man bijna twee maanden voor het overlijden. De man gaf aan dat vooral het perspectief dat hij alleen maar verder achteruit zou gaan, voor hem ondraaglijk lijden was. Hij kon zich op dat moment nog goed redden in de algemene dagelijkse levensverrichtingen en was nog niet afhankelijk van anderen. Hij ervoer nog levensvreugde door zijn dagbesteding en dagelijkse wandelingen, maar gaf zijn kwaliteit van leven een ruime onvoldoende. Hoewel de consulent er wel van overtuigd was dat de man leed doordat hij geen perspectief had en wist dat hij alleen maar verder achteruit zou gaan, vond hij het moeilijk invoelbaar dat het leven voor de man nu al ondraaglijk was. De consulent meende dat er nog sprake was van een acceptatie- en rouwproces en dat hij nog langer zou kunnen genieten van zijn dagelijkse wandelingen, als hij zou accepteren dat hij hulpmiddelen moest gaan gebruiken.

#### *Tweede consultatie op verzoek van de man*

De man verzocht via de arts om een tweede gesprek met de consulent. De man liet weten inderdaad nog van zijn activiteiten te kunnen genieten, maar vooral met het idee dat hij straks euthanasie zou krijgen. Van deze lichtpuntjes kon hij nu nauwelijks nog genieten en gaf aan zich door de dagen heen te moeten slepen. Het idee volledig afhankelijk van anderen te worden, voelde voor hem als een verlies van zijn waardigheid. Ook merkte hij dat hij steeds meer functies verloor;

zo waren zijn spraak en zicht verder achteruit gegaan en raakte hij uitgeput omdat de alledaagse dingen hem veel energie kostten. De man kon duidelijk uiteenzetten waarom hij in zijn beleving ondraaglijk leed. Deze nadere toelichting en heldere uiteenzetting maakte dat de consulent nu ook overtuigd was van zijn ondraaglijk lijden. De consulent kwam na het tweede gesprek dan ook tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

## Ontbreken redelijke andere oplossing

De arts moet met de patiënte 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 patiënte weg te nemen of wezenlijk te verminderen, verdienen die de voorkeur.

Het gaat bij deze zorgvuldigheidseis om een overtuiging van de arts en de patiënte gezamenlijk. Dit betekent dat de beleving en de wensen van de patiënte een belangrijke rol spelen. Er is sprake van een alternatief voor euthanasie als er een reële, en voor de patiënte 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 patiënte. Ook moet de door het alternatief te bereiken verbetering op afzienbare termijn kunnen worden gerealiseerd; hierbij speelt de levensverwachting van de patiënte een rol (EuthanasieCode 2022).

Per 1 januari 2026 is de [EuthanasieCode](#) geactualiseerd. Deze zorgvuldigheidseis staat op pagina's 15-16.

### **VO-melding, psychische aandoening, theoretische behandel mogelijkheden**

Bij een vrouw, tussen de vijftig en zestig jaar oud, was sprake van een therapieresistente schizoaffectieve stoornis, te weten een bipolaire stoornis type I. Dit is een psychische aandoening die zowel kenmerken heeft van schizofrenie (waanstoornis) als van een stemmingsstoornis.

#### *Het lijden*

De vrouw had al sinds haar kindertijd een depressieve stemming. In haar studententijd werd deze depressie ernstiger en ontwikkelde zij na gebruik van medicatie een (manische) psychose. Ook kampte zij sinds haar tienertijd met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) en loopstoornissen nadat zij was aangereden. Daarnaast ontwikkelde zij door bijwerkingen van medicijnen obesitas, diabetes type II en pijn. Deze pijn verergerde nadat bij de vrouw ruggenwervels inzakten.

De vrouw had door haar aandoeningen veel ingeleverd. Zij was een hoogbegaafde vrouw die twee universitaire studies had afgerond, maar door jarenlange psychische klachten niet meer op haar oude niveau kon functioneren. Dit was voor haar moeilijk te accepteren. Zij kon daardoor niet meer het leven leiden zoals zij gewend was en kon geen invulling vinden die voor haar acceptabel was. Het verlies van haar werk, huwelijk en doel in het leven als gevolg van de psychische klachten had haar lamgeslagen. De vrouw was enorm vermoeid en kon het niet meer opbrengen om, voor haar gevoel, zinloos te lijden.

Meer dan veertig jaar lang werd de vrouw zeer uitgebreid behandeld voor haar psychische aandoeningen. Dit gebeurde zowel met medicatie als met psychotherapie. Daarbij werd zij ingesteld op verschillende vormen van medicatie en onderging zij zowel traumatherapie als herstelgerichte therapie. De vrouw is daarbij meerdere keren langdurig opgenomen geweest in een psychiatrische instelling. Hoewel steeds werd geprobeerd om haar situatie te stabiliseren, had geen van de behandelingen het gewenste effect gehad.

#### *Het verzoek*

Zowel de huisarts als de behandelend psychiater van de patiënte voelden zich niet in staat om haar euthanasieverzoek uit te voeren. Zij werd daarom verwezen naar Expertisecentrum Euthanasie (EE). De arts, werkzaam voor EE, sprak in een periode van een jaar vijf keer met de vrouw. Zij vroeg de arts al tijdens het eerste gesprek om hulp bij zelfdoding.

#### *De onafhankelijk psychiater*

De arts raadpleegde een onafhankelijk psychiater voor een second opinion over de diagnose, de wilsbekwaamheid van de vrouw in haar euthanasieverzoek en of er nog behandelopties waren.

De onafhankelijk psychiater bevestigde de diagnoses en dat de vrouw wilsbekwaam was. Hij zag voor haar nog theoretische behandelmogelijkheden, zowel in de vorm van medicatie (MAO-remmers) als in de vorm van experimentele behandelingen zoals electroconvulsietherapie (ECT) en esketamine. Ook gaf de onafhankelijk psychiater aan dat er nog een psychologische behandeloptie was, namelijk intensieve psychotherapie met traumatherapie. De onafhankelijk psychiater schatte echter de kans dat deze behandelingen voldoende effect zouden hebben klein in.

Volgens de onafhankelijk psychiater moest bij het bespreken van theoretische behandelopties namelijk rekening worden gehouden met het feit dat de vrouw hoop en energie had verloren door een zeer lange en ontmoedigende behandelgeschiedenis. Haar vertrouwen in psychologische behandeling was beschadigd omdat zij jarenlang intensief was behandeld met zeer beperkt resultaat. Zij kon het daarom niet meer opbrengen om een nieuwe behandeling aan te gaan met een onzekere uitkomst.

De arts reflecteerde op de bevindingen van de onafhankelijk psychiater en kwam tot de conclusie dat de voorgestelde experimentele behandelingen een stemmingsontregeling zouden kunnen uitlokken, waardoor de situatie van de vrouw nog verder zou verslechteren. De arts kwam mede tot deze conclusie omdat psychotherapie bij de vrouw eerder moest worden gestopt wegens een ontregeling. De vrouw was dan ook niet te motiveren om de voorgestelde behandelopties nog te proberen.

#### *Consultatie*

De arts kon dit besluit van de vrouw volgen en raadpleegde een consulent. Ook de consulent zag geen zinvolle therapeutische opties om haar situatie te verbeteren.

*In deze melding had de commissie geen twijfels dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De commissie heeft de melding daarom afgedaan met een beknopt oordeel. De RTE heeft deze melding dan ook niet gepubliceerd op haar website.*

## Consultatie

De arts behoort voorafgaand aan het uitvoeren van de euthanasie ten minste één andere, onafhankelijke arts te raadplegen, die de patiënte ziet en beoordeelt of is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen ten aanzien van het verzoek, het lijden, het ontbreken van redelijke alternatieven en de voorlichting aan de patiënte.

De geraadpleegde consulent geeft een onafhankelijk oordeel over de vraag of zij 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 zij een definitief besluit neemt. De arts moet kennisnemen van het verslag van de consulent en het betrekken in haar 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 er waarde aan dat de uitvoerend arts het consult aanvraagt. Indien de arts daarvan afwijkt, verwacht de commissie dat de arts dit toelicht in haar verslag (EuthanasieCode 2022).

Per 1 januari 2026 is de [EuthanasieCode](#) geactualiseerd. Deze zorgvuldigheidseis staat op pagina's 16-20.

### **NVO-melding, goede voorlichting over de procedure van de consultatie**

Bij een man, tussen de zestig en zeventig jaar oud, was longkanker vastgesteld.

#### *Het lijden*

De man kreeg steeds meer pijn in onder andere zijn schouder en raakte steeds meer vermoeid. Hij was ondraaglijk benauwd bij de minste inspanning en kon zichzelf niet meer verzorgen. Hij werd volledig bedlegerig en daarmee afhankelijk van anderen.

#### *Het verzoek*

De man vroeg zijn huisarts om euthanasie. Volgens de arts was het lijden van de man uitzichtloos, omdat hij al een jaar uitbehandeld was verklaard. Zowel de arts als de medisch specialisten hadden alle opties met betrekking tot zijn ziektebeeld met de man besproken en hadden allemaal de overtuiging dat er geen redelijke en voor de man acceptabele mogelijkheden waren. Tegen alle verwachtingen in leefde de man nog steeds. De arts was verbaasd dat de man het al zo lang volhield. Hij was al over zijn eerder gestelde grenzen heengegaan, maar nu hield de man het niet langer meer vol.

#### *Consultatie*

De arts consulteerde een SCEN-arts als consulent. Zowel de consulent als de arts reflecteerden goed op hun onafhankelijkheid ten opzichte van elkaar. De consulent sprak met de man. De man was te moe om nog activiteiten te ondernemen en viel steeds verder af. Hij kon zich niet meer in huis voortbewegen en moest kruipend van de ene ruimte naar de andere ruimte. De man heeft het lang volgehouden, maar kon het met de verdere achteruitgang van zijn lijf niet langer opbrengen.

De consulent concludeerde dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, uitzichtloos en ondraaglijk lijden en dat er geen redelijke andere oplossing was voor de situatie van de man. Hij was goed voorgelicht over de situatie en zijn vooruitzichten. De arts had de man ook ingelicht over de procedure van de consultatie door de consulent. Zo wist hij van tevoren goed wat het doel was van de consultatie en werd hem uitgelegd dat een deel van het gesprek onder vier ogen moest plaatsvinden.

Ruim drie maanden later verzocht de arts de consulent om opnieuw contact op te nemen met de man. De verwachte uitvoering enkele weken na de consultatie had nog niet plaatsgevonden. De man bleek het nog maanden vol te hebben gehouden, maar het was nu echt genoeg voor hem. De consulent nam telefonisch contact op met de man. Het lukte de man niet meer om het leven nog langer te rekken. De consulent concludeerde dat opnieuw aan alle criteria om euthanasie uit te voeren was voldaan.

De commissie oordeelde dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

## Medisch zorgvuldige uitvoering

Komt het tot euthanasie, dan moet de arts deze 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 bewustzijnsverlaging. Bij het beoordelen van deze zorgvuldigheidseisen gebruiken de commissies de KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* (hierna: de Richtlijn) uit 2021 als leidraad. Volgens de Richtlijn moet de arts beschikken over een noodset van middelen, voor het geval er met de eerste set iets misgaat. 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 (EuthanasieCode 2022).

Per 1 januari 2026 is de [EuthanasieCode](#) geactualiseerd. Deze zorgvuldigheidseisen staan op pagina's 20-22.

### **NVO-melding, botinfuus, gemotiveerd afgeweken van de Richtlijn**

Bij een vrouw, tussen de zeventig en tachtig jaar oud, werd ongeveer een maand voor het overlijden uitgezaaide blaaskanker vastgesteld. Zij vroeg haar huisarts om euthanasie. De uitvoering van de euthanasie verliep gecompliceerd.

#### *Euthanatica via een botnaald*

Het lukte de ambulanceverpleegkundige meerdere keren niet om de intraveneuze lijn te plaatsen. Omdat toegang tot het bloedvat niet mogelijk was, koos de arts voor een botboring en het plaatsen van een botinfuus nadat de vrouw premedicatie toegediend had gekregen. De verdere uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek verliep zonder problemen. De arts diende 2000 milligram thiopental (coma-inductor) toe, voerde een comacheck uit en stelde daarmee op een adequate manier vast dat het bewustzijn van de vrouw voldoende was verlaagd. Deze bewustzijnsverlaging is belangrijk, omdat de vrouw anders het negatieve effect van de spierverslapper zou kunnen ervaren. Vervolgens diende de arts 150 milligram rocuronium (spierverslapper) toe. Hierna overleed de vrouw.

#### *Afwijken van de Richtlijn en medisch zorgvuldige uitvoering*

In de KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* staat toediening van de euthanatica via een botnaald niet opgenomen. Botboring is een manier van toedienen van medicatie die in andere settingen gebruikt wordt als er geen intraveneuze toegang mogelijk is en geeft snel effect van de toegediende medicatie. Hoewel euthanatica slechts incidenteel via een botnaald worden toegediend, zijn er bij de RTE enkele gevallen bekend. In een eerder stadium heeft er contact plaatsgevonden met artsenfederatie KNMG waarin de KNMG aangaf dat een botnaald een geaccepteerde toedieningswijze is. Het gebruik van een botnaald kan een goed alternatief zijn bij uitvoering van levensbeëindiging als het plaatsen van een intraveneus infuus bij herhaling mislukt. Hoewel de arts niet volgens de Richtlijn heeft gehandeld, heeft hij de levensbeëindiging op verzoek medisch zorgvuldig uitgevoerd.

De commissie kwam tot het oordeel dat de arts had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen.

## Meldingen die als onzorgvuldig zijn beoordeeld

In 2025 kwam de RTE zeven keer tot het oordeel dat de arts bij het verlenen van euthanasie niet heeft voldaan aan alle zorgvuldigheidseisen. Het gaat om de volgende gevallen:

- Consultatie (1x)
- Grote behoedzaamheid bij een psychische aandoening (1x)
- Medisch onzorgvuldige uitvoering (5x)

De oordelen leest u samengevat hieronder en zijn [in een meer uitgebreide vorm te vinden op de website](#).

### Consultatie

Volgens de WtI moet de arts ten minste één andere, onafhankelijke arts consulteren die de patiënte ziet en schriftelijk haar oordeel geeft over de zorgvuldigheidseisen a tot en met d. 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 patiënte. Daarom is het van belang dat de consulent in haar verslag ingaat op haar relatie met de arts en de patiënte, en dat ook de arts in haar verslag ingaat op haar relatie met de consulent. De vereiste onafhankelijkheid ten opzichte van de arts houdt in dat er geen persoonlijke, organisatorische, hiërarchische of financiële relatie bestaat.

Onafhankelijkheid van de consulent ten opzichte van de patiënte houdt onder meer in dat er geen onderlinge (familie)relatie of vriendschap bestaat tussen de consulent en de patiënte en dat de consulent geen (mede)behandelaar van de patiënte is of recentelijk geweest is. Een eenmalig contact tussen de arts en de patiënte 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 (EuthanasieCode 2022).

Per 1 januari 2026 is de [EuthanasieCode](#) geactualiseerd. Dit onderwerp staat op pagina's 16-20.

### Uitvoerend arts aanwezig bij consultatie

In onderstaande melding oordeelde de commissie dat de arts niet volgens de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld, omdat hij aanwezig was bij het gesprek tussen de vrouw en de consulent.

#### **Dementie, wilsbekwaam, consulent en arts hebben feitelijk samen opgetrokken**

Bij een vrouw, tussen de tachtig en negentig jaar oud, werd drie jaar voor het overlijden de ziekte van Alzheimer vastgesteld.

#### *Het lijden*

De vrouw was door haar dementie de regie over haar eigen leven kwijtgeraakt en kampte met toenemende geheugenproblemen. Het beangstigde haar dat zij niet meer wist welke dag het was. Zij verloor haar zelfstandigheid en woonde daardoor in een verpleeghuis. De vrouw vond geen aansluiting met anderen en vertelde vaak aan de verzorging dat zij niet meer verder wilde leven. Zij vond het verschrikkelijk dat zij volledig afhankelijk was geworden van de zorg door anderen en leed onder haar voortschrijdende dementie.

#### *Het verzoek*

Ruim een jaar voor het overlijden sprak zij voor het eerst over haar euthanasiewens met de arts, haar behandelend specialist ouderengeneeskunde. Naar aanleiding van dat gesprek werden er alternatieve behandelingen ingezet. Vijf weken voor het overlijden verzocht de vrouw om

daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging. De arts raadpleegde een SCEN-arts als consulent. Hij bezocht de vrouw drie weken voor het overlijden.

#### *Arts aanwezig tijdens consult*

De arts was aanwezig tijdens het bezoek van de consulent. Tijdens het gesprek met de commissie had de arts toegelicht dat hij aanwezig was in het verpleeghuis toen de consulent de vrouw kwam bezoeken. Het leek de arts handig en behulpzaam om de consulent bij de vrouw te introduceren, omdat zij het door haar dementie intimiderend kon vinden als plotseling een onbekende arts op bezoek zou komen.

Er was niemand van de familie van de vrouw aanwezig, waarop de arts besloot zelf de introductie te doen. Hoewel het aanvankelijk de bedoeling was dat hij na het introduceren van de consulent de ruimte zou verlaten, besloot hij uit professionele interesse om naast de vrouw plaats te nemen terwijl de consulent met haar sprak. Dit had hij kort voorafgaand aan de consultatie afgestemd met de consulent, die de arts toestemming gaf om bij het gesprek te zitten.

#### *Mogelijk beïnvloed door aanwezigheid arts*

De arts was het gehele gesprek aanwezig. Hij was zich ervan bewust dat hij tijdens het gesprek van de vrouw en de consulent niet mocht spreken om de vrouw niet te beïnvloeden en zowel de arts als de consulent hebben verklaard dat de arts zich tijdens het gesprek afzijdig had gehouden. De arts verklaarde dat hij zich pas later had gerealiseerd dat alleen al zijn aanwezigheid de vrouw had kunnen beïnvloeden. De vrouw had namelijk een aantal keren vragend naar hem gekeken als de consulent een vraag stelde (head-turning sign). De arts had hier op het moment zelf niet bij stilgestaan.

#### *Consulent moet onpartijdig en onafhankelijk tot een oordeel kunnen komen*

De commissie overwoog dat het de bedoeling van de wet is dat de consulent een patiënt alléén ziet en spreekt en in alle onpartijdigheid en onafhankelijkheid tot een oordeel komt. De consulent moet zonder mogelijke vooringenomenheid of tunnelvisie, in alle vrijheid en zonder inmenging of bijzijn van de arts of van anderen met een patiënt kunnen praten en zijn oordeel kunnen geven of wordt voldaan aan de zorgvuldigheidseisen van de wet. De commissie oordeelde dan ook dat de arts niet aanwezig dient te zijn bij het gesprek tussen de consulent en de vrouw om de onafhankelijkheid van de consulent te waarborgen.

Het gesprek met de consulent is ook bedoeld als moment waarin een patiënt in alle vrijheid over haar euthanasieverzoek kan spreken met een arts die tot dan toe niet betrokken was bij het euthanasietraject. Een patiënt kan beïnvloed worden door de aanwezigheid van de (op dat moment voorgenomen) uitvoerend arts. De mogelijkheid van een patiënt om vrijuit te spreken over een euthanasieverzoek en eventueel daarvan af te zien, maakt ook dat de arts niet aanwezig dient te zijn tijdens het gesprek met de consulent.

#### *Arts en consulent trokken feitelijk samen op*

De commissie twijfelde niet aan de goede bedoelingen van de arts toen hij besloot de consulent te introduceren bij de vrouw, maar de arts had zich moeten realiseren dat hij na de introductie had moeten vertrekken. Dat dit zou betekenen dat de vrouw een gesprek had moeten voeren met een voor haar onbekende arts, is inherent aan het wettelijk stelsel dat een onafhankelijke beoordeling door een onbekende arts verplicht stelt. Door samen binnen te komen en aanwezig te zijn tijdens het hele gesprek met de vrouw, zijn de arts en consulent feitelijk samen opgetrokken. De consulent kon daardoor niet in alle vrijheid en zonder inmenging van de arts overtuigd raken dat aan de zorgvuldigheidseisen a t/m d was voldaan.

#### *Non-verbale communicatie mogelijk ook beïnvloedend*

De commissie kon niet uitsluiten dat de vrouw door de aanwezigheid van de arts beïnvloed was, nu de arts tijdens het hele consult aanwezig was. De commissie overwoog daarbij dat beïnvloeding ook kan plaatsvinden door middel van non-verbale communicatie, zoals aanmoedigend knikken. Daarnaast beperkt de aanwezigheid van de arts op zichzelf de vrouw al in haar mogelijkheid om vrijuit te spreken.

Hoewel de arts zich tijdens de mondelinge toelichting open en toetsbaar opstelde en aangaf hiervan te hebben geleerd, kon de commissie niet anders dan concluderen dat door de gang van

zaken niet kon worden gesproken van een onafhankelijke beoordeling in de zin dat hij niet tenminste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd.

De commissie merkte nog op dat de geraadpleegde consulent zich er onvoldoende bewust van was geweest dat door de aanwezigheid van de arts tijdens zijn gesprek met de vrouw, zijn onpartijdigheid en onafhankelijkheid in het geding waren gekomen. Het had voor de hand gelegen dat hij dit aan de arts had aangegeven en hem niet had toegestaan bij het gesprek aanwezig te zijn.

Verder oordeelde de commissie dat de arts wel had voldaan aan de overige zorgvuldigheidseisen.

*Deze melding is [op de website te vinden onder nummer 2025-003](#).*

## Grote behoedzaamheid bij psychische aandoeningen

Als een verzoek om euthanasie (grotendeels) voortkomt uit lijden dat het gevolg is van een psychische aandoening, wordt van de arts grote behoedzaamheid gevraagd. Die behoedzaamheid betreft vooral de wilsbekwaamheid van de patiënte ten aanzien van haar verzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing. Het uitgangspunt van de RTE is dat de arts bij deze patiënten altijd psychiatrische expertise moet inroepen. Doel van het inroepen van psychiatrische expertise is dat de arts zich goed laat voorlichten en kritisch reflecteert op de eigen overtuiging (EuthanasieCode 2022).

Per 1 januari 2026 is de [EuthanasieCode](#) geactualiseerd. Het bijzondere onderwerp 'patiënten met een psychische aandoening of een combinatie van een somatische aandoening en een psychische aandoening' is daarin aangepast. Het toetsingskader is verhelderd. Er is onderscheid gemaakt tussen verschillende situaties en wat in die situaties van een arts wordt verwacht. Ook is een stroomdiagram toegevoegd. Dit onderwerp is te vinden op pagina's 27-30.

In de volgende melding was door een andere arts dan de uitvoerend arts een psychiater geraadpleegd. De arts had zelf geen contact gehad met de geraadpleegde psychiater. De commissie was van oordeel dat dit niet kon worden gezien als het inroepen van psychiatrische expertise. De arts voldeed daarom niet aan de gevraagde grote behoedzaamheid.

## Geen onafhankelijke consultatie psychiater

### Complexe PTSS en autismespectrumstoornis

Een vrouw, tussen de vijftig en zestig jaar oud, had al lange tijd een complexe posttraumatische stressstoornis (PTSS). Ook was bij haar zes jaar voor het overlijden een autismespectrumstoornis (ASS) vastgesteld.

#### *Behandelaar verzocht om een update van de second opinion*

De vrouw uitte in eerste instantie haar euthanasiewens bij haar toenmalig behandelaar. Deze toenmalig behandelaar was bereid om de euthanasiewens van de vrouw te onderzoeken en schakelde daarom een psychiater in voor een second opinion. Deze second-opinion psychiater beoordeelde de vrouw en schreef een verslag. Vervolgens vertrok de toenmalig behandelaar van de vrouw naar een andere werkgever, waardoor het euthanasietraject stopte.

De nieuwe behandelaar van de vrouw vroeg de arts, een psychiater die ervaring heeft met euthanasieverzoeken, om zich te buigen over de nog steeds bestaande euthanasiewens van de vrouw. Omdat de vrouw zich stellig verzette tegen een nieuwe beoordeling door een andere psychiater en alle betrokkenen dit als te belastend zagen voor de vrouw, besloten zij opnieuw de hulp van de second-opinion psychiater te vragen.

De second-opinion psychiater werd door de huidige behandelaar gevraagd voor deze vernieuwde beoordeling, omdat de arts en de second-opinion psychiater nauwe relaties met elkaar onderhielden. Zij kenden elkaar namelijk en werkten veel samen. Drie maanden voor het overlijden onderzocht de second-opinion psychiater de vrouw voor de tweede keer. Hij richtte zijn bevindingen aan de behandelaar die hem had benaderd. De arts had met de second-opinion psychiater geen contact gehad over de vrouw.

De arts verklaarde dat zij niet over deze 'casus' met de second-opinion psychiater had gesproken. De beknopte bevestiging van de second-opinion psychiater dat hij bij zijn eerdere beoordeling bleef, ontving de arts van de behandelaar die contact met de second-opinion psychiater had gehad.

#### *Onafhankelijk psychiater*

In deze situatie was onmiskenbaar sprake van een relatie tussen de arts en de second-opinion psychiater, zowel beroepsmatig als persoonlijk. Dit was voor de arts reden om de behandelaar om de update van de second opinion te laten vragen. In haar verslag aan de toetsingscommissie had de arts vermeld dat zij de second-opinion psychiater privé en professioneel kende. Vanwege de

beperkte belastbaarheid van de vrouw koos zij er samen met de behandelaar voor om geen andere psychiater te raadplegen voor een second opinion. De arts had nadien een schriftelijke toelichting van de second-opinion psychiater aan de commissie gezonden waaruit kort gezegd volgde dat hij bij zijn eerste beoordeling van de vrouw zo goed als zeker niet wist dat de arts de uitvoerend arts zou worden. De update was aangevraagd door de behandelaar van de vrouw en hij kon zich niet herinneren of hij in de veronderstelling was dat de behandelaar ook de uitvoerend arts zou zijn, of dat hij toen wist dat de arts dat zou zijn. Omdat de behandelaar het aanvraag en omdat het een update was van een eerdere second opinion, had de second-opinion psychiater zich daar ook niet mee bezig gehouden.

De commissie overwoog dat de eis van onafhankelijkheid inhoudt dat de psychiater die de second opinion doet een eigen oordeel kan geven. De commissie stelde niet vast dat de second-opinion psychiater bij zijn eerste beoordeling of bij de update daarvan, wist dat juist deze arts de euthanasie zou uitvoeren. De commissie concludeerde daarom dat de second-opinion psychiater in staat was een eigen oordeel te geven. In zoverre had de arts naar het oordeel van de commissie voldaan aan de eis dat zij een onafhankelijk psychiater diende te raadplegen over de wilsbekwaamheid (vrijwilligheid en weloverwogenheid) ter aanzien van het verzoek van de vrouw, over de uitzichtloosheid van het lijden en over het ontbreken van redelijke alternatieven.

#### *Inroepen psychiatrische expertise*

De commissie zag zich vervolgens voor de vraag gesteld of bij de beschreven gang van zaken het doel van het inroepen van psychiatrische expertise werd bereikt, te weten dat voor de nodige grote behoedzaamheid de arts zich goed laat voorlichten en kritisch reflecteert op de eigen overtuiging. Daadwerkelijk rechtstreeks contact tussen de uitvoerend arts en de psychiater die de second opinion uitvoert is een wezenlijk element van een kritische reflectie op de eigen bevindingen van de arts, zoals ook volgt uit de EuthanasieCode 2022. Het kan voorkomen dat een ander dan de uitvoerend arts de second opinion van een psychiater aanvraagt, maar in dat geval mag worden verwacht dat de arts ten minste dat rechtstreekse contact zoekt met de geraadpleegde psychiater om zijn bevindingen te bespreken in het licht van de eigen overtuiging van de arts.

De commissie oordeelde dat de arts in dit geval niet voldoende kritisch had gereflecteerd, dan wel had kunnen reflecteren op de eigen overtuiging, omdat de arts en de second-opinion psychiater geen daadwerkelijk contact of overleg hebben gehad over zijn bevindingen. Dit contact en overleg had er, in het licht van de vereiste wederzijdse onafhankelijkheid, ook niet kunnen zijn.

#### *Geen grote behoedzaamheid in acht genomen*

Dat er geen contact en overleg was geweest tussen de arts en de second-opinion psychiater, niet bij het aanvragen van zijn mening, niet met betrekking tot de vraag of opnieuw een advies nodig was en in het bijzonder niet naar aanleiding van zijn bevindingen, getuigt volgens de commissie niet van de gevraagde grote behoedzaamheid. Het inroepen van de opvatting van een onafhankelijk psychiater is niet slechts als formaliteit bedoeld.

De commissie oordeelde daarom dat de arts weliswaar een onafhankelijk psychiater had geraadpleegd, in zoverre dat de second-opinion psychiater onafhankelijk kon oordelen, maar dat de arts zich voor het overige in de situatie had gebracht dat zij zich niet goed (onafhankelijk) heeft laten, dan wel kunnen, voorlichten en toetsen en daardoor niet (voldoende) kritisch had gereflecteerd, dan wel kunnen reflecteren op de eigen overtuiging. De arts handelde niet zorgvuldig, omdat zij geen onafhankelijk psychiater had geraadpleegd op de wijze zoals bedoeld in de EuthanasieCode.

#### *Consulent als psychiater*

De commissie overwoog ten overvloede dat de arts in deze situatie een consulent had kunnen raadplegen die tevens psychiater was. Op deze manier zou de vrouw geen extra psychiatrische beoordeling hoeven ondergaan en werd zij zo min mogelijk belast, terwijl hiermee tegelijkertijd aan het vereiste van de EuthanasieCode met betrekking tot de grote behoedzaamheid zou worden voldaan.

De commissie concludeerde dat de arts voor wat betreft de zorgvuldigheidseisen a, b en d, onvoldoende kritisch had kunnen reflecteren op de eigen overtuiging met behulp van een

beoordeling van een onafhankelijk en ter zake deskundige psychiater. Daarmee heeft de arts niet voldaan aan de zorgvuldigheidseisen met betrekking tot de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing.

*Deze melding is [op de website te vinden onder nummer 2025-040](#).*

## Medisch onzorgvuldige uitvoering – Richtlijn niet gevolgd

Bij het beoordelen van de zorgvuldigheidseis van de medisch zorgvuldige uitvoering hanteren de commissies de KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* uit 2021 (hierna: de Richtlijn) als leidraad.<sup>5</sup> De 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 (EuthanasieCode 2022).

De Richtlijn schrijft op pagina 17 het volgende voor: “Als een patiënt niet of onvoldoende reageert op de dosering thiopental of propofol moet ervan uit worden gegaan dat het middel naast het vat is gespoten. Dit hoeft niet altijd zichtbaar te zijn als een bult. Er zal opnieuw een infuusnaald moeten worden ingebracht en de procedure zal opnieuw moeten worden uitgevoerd. Ter controle: als een infuusnaald goed is geplaatst, komt er bij opzuigen bloed uit de naald.”

Op pagina 20 van de Richtlijn staat: “Het spierrelaxans mag alleen worden toegediend aan een patiënt met een adequate bewustzijnsverlaging. Bij de geringste twijfel hieraan moet eerst alsnog een adequate bewustzijnsverlaging worden geïnduceerd door intraveneuze toediening van (meer) coma-inductor. Het spierrelaxans wordt direct toegediend na het vaststellen van een adequate bewustzijnsverlaging. Lang wachten heeft als risico dat de bewustzijnsverlaging minder diep wordt op het moment dat het spierrelaxans wordt toegediend en de patiënt dan alsnog de werking van het spierrelaxans ervaart. De in deze richtlijn genoemde dosering spierrelaxans veroorzaakt na intraveneuze toediening binnen enkele minuten een volledige paralyse van alle dwarsgestreepte spieren, behalve die van het hart. Dit heeft ademstilstand en de dood door anoxemie tot gevolg.”

Volgens de RTE is adequaat vastgesteld dat het bewustzijn van de patiënte voldoende is verlaagd (de zogenoemde ‘comacheck’) als de arts heeft vastgesteld dat een reactie uitblijft op een beschermende reflex (zoals de wimperreflex en de corneareflex) óf een reactie op een pijnprikkel (flinke druk op het nagelbed of een kneep in de monnikskapspier) (EuthanasieCode 2022).

Sinds 1 juli 2025 [hanteert de RTE een nieuwe toetsnorm](#): als 30 of meer minuten zijn verstreken tussen het toedienen van de coma-inductor en de (laatst toegediende) spierverslapper, bestaat er een te groot risico dat de patiënte het effect van de spierverslapper ervaart. De comacheck is dan niet meer voldoende betrouwbaar. De RTE zal daarom in ieder geval de uitvoering als medisch onzorgvuldig gaan beoordelen in de gevallen waarin 30 of meer minuten zijn verstreken tussen toediening van de coma-inductor en de (laatste) spierverslapper.

In de volgende drie meldingen is de Richtlijn op bovenstaande punten niet gevolgd.

---

<sup>5</sup> Toen deze meldingen werden beoordeeld, gold de Richtlijn uit 2021 nog. De meest recente versie van de Richtlijn is de KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* uit 2025.

## Geen adequate comacheck bij gecompliceerde uitvoering

Bij een vrouw, tussen de zeventig en tachtig jaar oud, was ruim een jaar voor het overlijden een verdenking van uitgezaaide blindedarmkanker. De uitvoering van de euthanasie verliep gecompliceerd.

### *Problematische uitvoering*

De arts had in het modelverslag, de schriftelijke toelichting en tijdens de mondelinge toelichting aangegeven dat het uitvoeren van de levensbeëindiging moeizaam verliep. De arts had eerst de gebruikelijke dosering coma-inductor toegediend (2000 milligram thiopental). Hij controleerde vervolgens op adequate wijze dat het bewustzijn van de vrouw voldoende verlaagd was, door vast te stellen dat zij niet meer reageerde op een pijnprikkel en dat beschermende reflexen afwezig waren. Ongeveer vijftien minuten later diende de arts de in de Richtlijn genoemde dosering van de spierverslapper toe (150 milligram rocuronium). De vrouw overleed niet, waarop de arts concludeerde dat het infuus subcutaan (onderhuids) liep en op zoek ging naar een plek om een nieuw infuus in te brengen.

### *Reactie op het inbrengen van een nieuwe infuusnaald blijft uit*

De arts lichtte toe dat de vrouw niet reageerde op de handelingen die gepaard gingen met het aanbrengen van een nieuw infuus. Zo reageerde zij niet op getrek en geduw aan haar arm, het aantrekken van de stuwband en het inbrengen van de naald. De arts trok hieruit de conclusie dat de vrouw nog in coma was. Hij controleerde dit niet door (opnieuw) een pijnprikkel toe te dienen of de afwezigheid van een beschermende reflex vast te stellen. Hij interpreteerde het uitblijven van een reactie op het inbrengen van een nieuwe infuusnaald als een voldoende diep bewustzijnsverlaging. Vervolgens controleerde hij het infuus door te spoelen met een zoutoplossing. Daarna diende hij de tweede dosering spierverslapper uit de noodset toe. De vrouw overleed kort daarna.

### *Niet de gehele procedure opnieuw doorlopen*

Toen na het toedienen van de eerste dosering spierverslapper de dood niet intrad en de arts aan het infuus begon te twijfelen, had de arts volgens de Richtlijn de gehele procedure opnieuw moeten doorlopen. De arts had wel een nieuw infuus geplaatst, maar had vervolgens vóór het toedienen van de tweede dosis spierverslapper niet opnieuw een coma-inductor toegediend en ook geen adequate comacheck uitgevoerd zoals beschreven in de EuthanasieCode 2022.

### *Gesneuveld infuus*

De arts verklaarde dat hij vermoedde dat het infuus was gesneuveld tijdens de toediening van de coma-inductor. De arts had de thiopental verdeeld over twee spuiten en waarschijnlijk was het infuus gesneuveld tijdens de spuitenwissel. De arts wist dat hij na het inbrengen van een nieuw infuus de hele procedure had moeten herhalen en dat hij een nieuwe dosering coma-inductor had moeten toedienen. Hij besloot dit niet te doen, omdat hij bang was dat door toediening van de coma-inductor de kleine naald opnieuw zou sneuvelen. Hij wilde de procedure voor de vrouw en haar familie afmaken en was er daarnaast van overtuigd dat het bewustzijn van de vrouw op dat moment voldoende verlaagd was.

De commissie overwoog dat het risico dat het infuus opnieuw zou kunnen sneuvelen, van ondergeschikt belang moest zijn ten opzichte van het risico dat de vrouw het effect van de spierverslapper zou ervaren. Dit risico moet te allen tijde worden voorkomen.

### *Geen adequate comacheck*

Daarnaast overwoog de commissie dat de arts niet op de juiste wijze had vastgesteld dat het bewustzijn van de vrouw voldoende was verlaagd. Hij concludeerde namelijk dat de vrouw in een diep coma verkeerde, omdat zij niet reageerde op het prikken van een nieuw infuus. De RTE-commissies hebben eerder geoordeeld dat dit niet kan worden gezien als het toedienen van een pijnprikkel. Daarmee heeft de arts geen adequate 'comacheck' uitgevoerd zoals bedoeld in de EuthanasieCode 2022. De commissie oordeelde daarom dat niet kon worden uitgesloten dat de vrouw de negatieve effecten van de spierverslapper heeft ervaren.

### *Geen medisch zorgvuldige uitvoering*

De commissie oordeelde dat de arts niet medisch zorgvuldig heeft gehandeld, omdat de arts vóór

toediening van de tweede dosering spierverslapper geen tweede dosering coma-inductor heeft toegediend én geen adequate comacheck had uitgevoerd.

Aan de overige zorgvuldigheidseisen had de arts wel voldaan.

*Deze melding is [op de website te vinden onder nummer 2025-042](#).*

## Geen nieuw infuus bij gecompliceerde uitvoering

*Let op: de uitvoering van deze euthanasie vond plaats vóór 1 juli 2025. De 30-minutenregel was toen nog niet van kracht.*

Een vrouw, tussen de zeventig en tachtig jaar oud, kreeg acht jaar voor het overlijden een beroerte. Twee jaar voor het overlijden kreeg zij opnieuw een beroerte na een val, waarbij zij epilepsieklachten ontwikkelde en de rechterkant van haar lichaam verlamd raakte. Nadat zij enkele maanden voor het overlijden weer viel, moest zij worden opgenomen in een verpleeghuis. De vrouw was volledig zorgafhankelijk geworden en leed daar zichtbaar onder. Zij was gebonden aan haar bed en rolstoel, kon alleen nog met hulp uit bed komen en niet langer de dingen doen die zij altijd had gedaan. De vrouw herkende zichzelf niet meer.

### *Euthanasieprocedure*

De arts, een specialist ouderengeneeskunde, heeft meerdere gesprekken met de vrouw gevoerd. De vrouw herhaalde haar euthanasieverzoek tijdens alle gesprekken. De uitvoering van de euthanasie verliep gecompliceerd.

### *Plaatsing infuus*

Een dag voor de uitvoering werd het infuus geplaatst door het regionale verpleegkundig team, waarbij de canule in een verband om de bovenarm van de vrouw zat. Op de dag van de uitvoering begon de arts met de uitvoering door het infuus door te laten lopen met natriumchloride. De arts voelde hierbij geen weerstand. Ook tijdens het toedienen van de lidocaïne (twee milliliter) constateerde de arts geen weerstand.

### *Toediening euthanatica*

De eerste dosering coma-inductor (2000 milligram thiopental) spoot makkelijk in. De arts constateerde daarna dat de wimperreflex afwezig was en dat er geen circulatie voelbaar was. Vervolgens diende de arts de eerste dosering spierverslapper (150 milligram rocuronium) toe via het infuus, waarbij ook geen weerstand optrad. De arts dacht toen dat de vrouw overleden was, omdat zij niet meer ademde. De vrouw overleed niet, het hart bleek nog heel langzaam en zacht te kloppen.

### *Coma-inductor via hetzelfde infuus*

Omdat de vrouw niet was overleden, maakte de arts de noodset klaar. De arts zag geen reden om het infuus te controleren, omdat het toedienen van de eerste set via het infuus soepel en zonder weerstand was verlopen. Hij heeft dat niet gecontroleerd door bloed op te zuigen. De arts diende de tweede dosering coma-inductor ongeveer 40 minuten later toe via hetzelfde infuus, wat opnieuw zonder weerstand verliep. Hij luisterde weer naar het hart van de vrouw, wat hij nog steeds hoorde kloppen. De arts was ervan overtuigd dat er sprake was van een comateuze toestand bij de vrouw.

### *Intraveneuze toediening spierverslapper*

De verpleegkundige die samen met de arts aanwezig was, controleerde het verband rondom de canule van het infuus. Op dat moment bleek dat onder het verband een grote bult aan de achterkant van de bovenarm van de vrouw zat. Het zou te lang duren om een ambulancedienst te bellen om een nieuw infuus te plaatsen. De arts besloot om de tweede dosis spierverslapper direct in het bloedvat van de vrouw toe te dienen, waarna zij overleed. De volledige uitvoering heeft 65 minuten geduurd.

### *Geen nieuw infuus aangelegd en geen adequate comacheck*

Nadat de arts had besloten om de noodset toe te dienen, had hij een nieuw infuus moeten aanleggen. Ook had de arts bij het toedienen van de noodset niet op adequate wijze vastgesteld dat het bewustzijn van de vrouw voldoende was verlaagd: hij luisterde alleen naar het hart van de vrouw en concludeerde dat (nog steeds) de ademhaling was afgenomen, omdat hij haar borstkas niet zag bewegen. Dit is niet aan te merken als een adequate comacheck zoals beschreven in de EuthanasieCode 2022. Het is daarnaast heel onwaarschijnlijk dat er nog hartactiviteit is na tenminste 40 minuten ademstilstand. De commissie twijfelt daarom of er sprake was van een ademstilstand.

Toen de arts de tweede dosis spierverslapper toediende, was een uur verstreken sinds de toediening van de eerste dosis coma-inductor. Als er zoveel tijd is verstreken, is niet met zekerheid te zeggen dat de vrouw nog steeds in coma zou zijn. Hierbij is ook van belang dat het infuus waarin zowel de eerste als de tweede dosis coma-inductor was gespoten, was gesneuveld. De arts had de tweede dosis spierverslapper dan ook pas mogen toedienen nadat hij had vastgesteld dat het bewustzijn adequaat was verlaagd.

*Geen medisch zorgvuldige uitvoering*

De arts heeft het risico niet geminimaliseerd dat de vrouw de negatieve gevolgen van de spierverslapper heeft ervaren. Hij had namelijk niet de tweede dosis coma-inductor en spierverslapper via een nieuw infuus toegediend. Ook had hij geen adequate comacheck gedaan vóór het toedienen van de tweede dosis spierverslapper. Daarom kon niet met voldoende zekerheid worden uitgesloten dat de vrouw de negatieve gevolgen van de tweede dosis spierverslapper heeft ervaren. De commissie kon dan ook niet anders dan oordelen dat de arts de levensbeëindiging op verzoek niet medisch zorgvuldig had uitgevoerd.

Aan de overige zorgvuldigheidseisen werd wel voldaan.

Deze melding is [op de website te vinden onder nummer 2025-019](#).

## Procedure niet opnieuw gestart bij gecompliceerde uitvoering

Bij een vrouw, tussen de tachtig en negentig jaar, werd ongeveer vier maanden voor haar overlijden darmkanker vastgesteld. De uitvoering van de euthanasie verliep gecompliceerd.

### *Werking coma-inductor thiopental*

De arts startte de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek met het toedienen van de coma-inductor, 2000 mg thiopental. Anders dan de arts gewend was, raakte de vrouw hiervan niet snel in een coma. De vrouw gaf aan dat zij pijn had aan haar arm. Het infuus bleek niet in het bloedvat, maar ernaast te lopen. Bij controle van het infuus bleek in de elleboog een zwelling van vocht te zijn ontstaan.

Ondertussen leek de vrouw in slaap te vallen en raakte zij steeds verder weg. De arts had daardoor het idee dat de coma-inductor toch begon te werken, ondanks dat die onder de huid liep (in plaats van in het bloedvat). Daarop besloot de arts om de werking van de coma-inductor verder af te wachten. Hij controleerde steeds hoe de inwerking ging en hoe diep de slapende toestand van de vrouw was.

De vrouw reageerde ongeveer tien tot vijftien minuten na het toedienen van de thiopental niet meer op aanspreken. Daarop diende de arts pijnprikkels toe op de borst en op het nagelbed van één van de vingers van de vrouw, waar zij ook niet op reageerde.

### *Arteriële toediening*

Vervolgens probeerde de arts een nieuw infuus in de elleboogplooï te prikken. Toen dat niet lukte, besloot de arts de infuusnaald arterieel in te brengen in de pols. De arts besloot daartoe vanwege de eerdere ervaring die hij in een ziekenhuis had opgedaan met het prikken van bloedgas. Het inprikken van het infuus verliep soepel, waarbij de arts lette op de arteriële druk. Omdat de vrouw niet reageerde op het prikken van het infuus in zowel de elleboogplooï als arterieel in de pols, was de arts ervan overtuigd dat de vrouw in een diep coma was. Daarop diende de arts de spierverslapper arterieel toe. Dit houdt in dat de arts de spierverslapper via een intra-arterieel infuus rechtstreeks in de slagader heeft gespoten. De vrouw overleed binnen een minuut.

### *Coma-inductor langzaam ingewerkt*

De commissie is van oordeel dat de arts bij de uitvoering niet (volledig) de Richtlijn heeft gevolgd. De commissie stelt vast dat de coma-inductor niet snel leidde tot voldoende bewustzijnsverlaging en dat het infuus niet in het bloedvat liep. De arts besloot om het middel langzaam te laten inwerken.

De commissie overweegt dat juist door langer te wachten op het inwerken van de coma-inductor het risico ontstaat dat de patiënt het effect van de spierverslapper ervaart, omdat de coma-inductor dan mogelijk weer is uitgewerkt. Weliswaar heeft de arts een adequate comacheck uitgevoerd (door pijnprikkels toe te dienen) vóórdat hij het infuus in de elleboogplooï probeerde te prikken, maar die comacheck heeft hij niet herhaald nadat hij het nieuwe infuus in de pols had ingebracht, voorafgaand aan de toediening van de spierverslapper. Er zat ongeveer tien minuten tijdverloop tussen het adequaat vaststellen van de coma en het toedienen van de spierverslapper.

### *Geen adequate comacheck*

Daarbij wijst de commissie erop dat het inbrengen van een infuus geen pijnprikkel is die kan worden aangemerkt als een adequate comacheck. Van een adequate comacheck is pas sprake als de arts heeft vastgesteld dat een reactie uitblijft op een beschermende reflex (zoals de wimperreflex en de corneareflex) óf een reactie op een pijnprikkel (flinke druk op het nagelbed of een kneep in de monnikskapspier).

De commissie benadrukt dat het, als de uitvoering anders loopt dan verwacht, van belang is dat de arts de gehele procedure opnieuw uitvoert. Dit betekent: een nieuwe infuusnaald inbrengen, coma-inductor toedienen en, na het vaststellen van een adequate bewustzijnsverlaging, de spierverslapper toedienen. Het opnieuw toedienen van de coma-inductor moet ook als de patiënt al in een adequate bewustzijnsverlaging lijkt te zijn. De achterliggende reden van de Richtlijn met betrekking tot het opnieuw uitvoeren van de gehele procedure is dat het van groot belang is dat de patiënt het effect van de spierverslapper niet ervaart.

Door de gecompliceerde uitvoering kan niet met voldoende zekerheid gezegd worden dat de coma-inductor nog volledig naar behoren werkzaam was op het moment dat de arts de spierverslapper toediende. De arts heeft namelijk niet de gehele procedure opnieuw uitgevoerd, toen het infuus niet in de bloedvaten bleek te lopen. Vervolgens controleerde hij na het inbrengen van het nieuwe infuus niet door middel van een adequate comacheck of het bewustzijn van de vrouw voldoende verlaagd was. Daarom kan niet met voldoende zekerheid worden uitgesloten dat de vrouw de negatieve gevolgen van de spierverslapper heeft ervaren. De commissie kan dan ook niet anders dan oordelen dat de arts de euthanasie niet medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

De commissie stelt verder vast dat de arts het nieuwe infuus arterieel inbracht. De euthanatica toedienen via een slagader wijkt af van de methodes die de Richtlijn aanbeveelt. Omdat de arts echter over kennis en ervaring beschikte met arteriële bloedafname en de methode zorgvuldig heeft gemonitord, is de commissie van oordeel dat de gemaakte keuze onder de gegeven omstandigheden te rechtvaardigen is.

Aan de overige zorgvuldigheidseisen had de arts wel voldaan.

*Deze melding is [op de website te vinden onder nummer 2025-052](#).*

## Medisch onzorgvuldige uitvoering – arts dient euthanatica niet zelf toe

In de volgende twee meldingen heeft de arts niet zelf de euthanatica toegediend. Op pagina 12 van de Richtlijn staat dat de arts eindverantwoordelijk is voor de medisch zorgvuldige uitvoering van de euthanasie of hulp bij zelfdoding, inclusief de keuze en dosering van de gebruikte middelen. Het is hierbij van belang dat de feitelijke uitvoering geschiedt door één arts, die zich er zelf van overtuigd heeft dat is voldaan aan alle zorgvuldigheidseisen uit de Wtl.

Alleen de uitvoerende arts mag euthanatica toedienen (bij euthanasie) of aanreiken (bij hulp bij zelfdoding). Het inbrengen van een infuusnaald en het vooraf (eventueel) aansluiten aan een waakinfuus worden niet beschouwd als toedieningshandelingen. Alle handelingen daarna wel. Alleen de patiënte zelf mag een actieve rol hebben, bijvoorbeeld bij het openen van het infuuskraantje, zolang dit een zorgvuldige uitvoering niet in de weg staat. Anderen mogen geen actieve rol hebben bij de uitvoering van euthanasie of hulp bij zelfdoding (Richtlijn, pagina 12).

## Geen verlengde arm-constructie mogelijk bij het uitvoeren van euthanasie

### Duo-euthanasie, kanker

Bij een vrouw, tussen de zestig en zeventig jaar, werd ongeveer een maand voor het overlijden uitgezaaide longkanker met progressieve halfzijdige verlamming en woordvindstoornissen vastgesteld.

#### *Het lijden*

Vanwege de snelle progressie raakte zij voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen al snel volledig afhankelijk. De verwachting was dat zij nog enkele dagen tot weken zou leven, maar die verwachting zou aanzienlijk worden verkort als er een hersenbloeding zou optreden als gevolg van de uitzaaiingen in de hersenen.

#### *Het verzoek*

De vrouw sprak drie weken voor het overlijden voor het eerst met de arts, een huisarts, over haar euthanasiewens. Zij verzocht ook direct om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging. Zij herhaalde dit verzoek tijdens de gesprekken in de dagen die volgden. De arts raadpleegde een onafhankelijk SCEN-arts als consulent, die de vrouw ongeveer een week voor het overlijden bezocht.

#### *Duo-euthanasie*

De vrouw en haar echtgenoot hadden allebei de arts verzocht om levensbeëindiging en hadden de uitdrukkelijke wens om op hetzelfde moment te overlijden. De arts vroeg daarom aan een arts in opleiding tot specialist (AIOS) in de huisartsenpraktijk om de handelingen te verrichten voor de vrouw, terwijl de arts zelf de levensbeëindiging zou uitvoeren bij de echtgenoot. De AIOS diende bij de vrouw de middelen toe in de hoeveelheid en op de wijze zoals aanbevolen in de KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* van september 2021. De levensbeëindiging op verzoek werd gemeld door de huisarts van de vrouw.

#### *AIOS bereid om middelen toe te dienen*

In het modelverslag schreef de arts dat de euthanatica bij de vrouw niet door hemzelf, maar door de AIOS waren toegediend. Omdat de vrouw en haar echtgenoot de wens hadden om gelijktijdig te overlijden, was de arts op zoek gegaan naar een manier om dat praktisch te regelen. Hij kwam tot de conclusie dat het niet haalbaar was om in zijn eentje beide levensbeëindigingen gelijktijdig uit te voeren. In eerste instantie wilde hij een verpleegkundig specialist in de praktijk vragen om hem te helpen, maar zij concludeerden dat dit niet mogelijk was, omdat het ging om een handeling die voorbehouden is aan artsen.

Twee dagen voor de geplande uitvoering vroeg de arts aan de AIOS of zij bereid zou zijn de middelen toe te dienen. De AIOS had de vrouw nog nooit ontmoet, maar was bekend met de situatie van de vrouw, omdat die ook aan bod was gekomen tijdens de leergesprekken van de AIOS met de arts in de hoedanigheid van opleider. Ook hadden een waarnemend huisarts en een verpleegkundige die bij de vrouw betrokken waren haar verteld over de situatie van de vrouw. Zij las het door de arts ingevulde modelverslag en het SCEN-verslag van de consulent en besloot dat zij bereid was de arts te helpen met de uitvoering.

#### *Gezamenlijke uitvoering*

De AIOS en de arts liepen op de dag van de euthanasie samen het protocol voor de uitvoering door en haalden vervolgens samen bij de apotheek de euthanatica op. Zij controleerden tijdens de uitvoering samen het infuus van de vrouw door het infuus te spoelen. Op aangeven van de arts diende de AIOS de coma-inductor toe. Vervolgens stelden zij samen op adequate wijze vast dat er sprake was van een voldoende bewustzijnsverlaging. De arts gaf de instructie om de spierverslapper toe te dienen, die de AIOS opvolgde. Daarna stelden zij samen de dood van de vrouw vast.

#### *Meldend en uitvoerend arts*

Alleen een arts is 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. 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.

De arts die de euthanasie meldde, had niet zelf de coma-inductor en spierverslapper toegediend, maar dit overgelaten aan een AIOS. De commissie zag zich daarom voor de vraag gesteld of de meldend arts in deze melding gezien kon worden als de uitvoerend arts, wat bevestigend werd beantwoord.

In deze melding had de arts in het modelverslag geschreven dat hij de euthanasie had uitgevoerd, maar dat de AIOS de middelen had toegediend. De arts had als enige het modelverslag ondertekend.

Hoewel de wet zich richt tot de arts die de euthanasie heeft uitgevoerd, staat in de wet of wetsgeschiedenis geen nadere explicitering van wat wordt verstaan onder het 'daadwerkelijk uitvoeren' van een euthanasie. De commissie oordeelde dat het 'daadwerkelijk uitvoeren' van euthanasie meer handelingen omvat dan slechts het toedienen van de euthanatica. Ook is van belang wie de regie heeft over het euthanasietraject en de uiteindelijke uitvoering, en wie de verantwoordelijkheid ervoor draagt, wat bijvoorbeeld kan blijken uit het verrichten van andere handelingen die onderdeel uitmaken van het euthanasietraject. Denk hierbij aan het voeren van gesprekken met de patiënt, het aanvragen van de consultatie, het bestellen van de euthanatica bij de apotheek en alle handelingen op de dag van de uitvoering.

De arts verklaarde tegenover de commissie dat hij zichzelf zag als de uitvoerend arts en dat hij voor zijn gevoel de euthanasie ook had uitgevoerd. De AIOS had slechts twee handelingen verricht om hem te helpen. Hij zag de handelingen van de AIOS dan ook in de context van een 'verlengde arm-constructie'. Hij hield gedurende de gehele procedure de regie. De AIOS had op zijn teken de euthanatica toegediend en zij voerden samen alle andere handelingen uit, zoals het controleren van het infuus en de comacheck. Hij vond zichzelf verantwoordelijk voor het hele euthanasietraject en daarmee ook voor de uitvoering.

De commissie overwoog daarnaast dat sprake was van een opleidingssituatie, aangezien de arts de opleider van de AIOS was, waardoor een hiërarchische relatie bestond. De AIOS vertrouwde erop dat de arts alle benodigde kennis had om de euthanasie op een juiste wijze uit te voeren, en alle door haar uitgevoerde handelingen vonden plaats onder zijn supervisie. Ook was er een afhankelijkheidsrelatie tussen de AIOS en de arts, waardoor het mogelijk is dat de AIOS zich niet volledig vrij voelde om het verzoek om hulp van de arts te weigeren.

De commissie oordeelde daarom dat de arts die de melding bij de commissie heeft gedaan, als uitvoerend arts beschouwd moet worden.

#### *Geen medisch zorgvuldige uitvoering*

De commissie oordeelde dat uit de wet, de EuthanasieCode 2022 en de Richtlijn volgt dat de arts zelf de gehele procedure moet uitvoeren en dus ook de euthanatica moet toedienen. In dit geval is dat niet gebeurd. De commissie kwam dan ook tot het oordeel dat de euthanasie niet medisch zorgvuldig was uitgevoerd.

In haar oordeel woog de commissie mee dat de arts de handelingen van de levensbeëindiging op verzoek niet zelf had verricht, maar aan een andere arts had overgedragen. De arts gaf daarbij aan dat hij dit zag als een verlengde arm-constructie. Het wettelijk stelsel biedt bij een euthanasie echter geen mogelijkheid voor een verlengde arm-constructie, waarbij een andere arts of zorgverlener handelt in opdracht van de uitvoerend arts die eindverantwoordelijk is. Dat de arts en AIOS gezamenlijk bij het echtpaar de euthanasie uitvoerden en de AIOS onder zijn supervisie handelde, maakt dit niet anders.

De arts had wel voldaan aan de overige zorgvuldigheidseisen.

Deze melding is [op de website te vinden onder nummer 2025-051](#).

## Combinatie hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd door twee artsen

### Psychische aandoening

Een man, tussen de zestig en zeventig jaar oud, had een cluster B-persoonlijkheidsstoornis met borderline, histrionische en narcistische trekken.

#### *Het lijden*

De man kreeg vanaf zijn achttiende jaar behandelingen bestaande uit medicatie, klinische opnames en verschillende verbale en non-verbale therapieën. Deze behandelingen konden zijn lijden niet wegnemen. Ook worstelde hij jarenlang met doodsgedachten en deed hij meerdere zelfmoordpogingen. In zijn jeugd werd hij affectief en emotioneel verwaarloosd en ook in zijn latere leven ervoer hij continu afwijzingen en liep hij vast in zijn relaties. De man had geen enkele hoop meer op verbetering en zag geen perspectief waarin hij ooit het leven aan zou kunnen. Hij kon het niet meer opbrengen om verder te leven.

#### *Euthanasiewens*

De arts, een psychiater, voerde meerdere gesprekken met de man. In elk gesprek vertelde hij over zijn euthanasieverzoek en vroeg hij haar om zijn doodswens te vervullen. De uitvoering van de euthanasie verliep gecompliceerd.

#### *Hulp bij zelfdoding wordt levensbeëindiging op verzoek*

De arts zou aan de man hulp bij zelfdoding verlenen en was samen met een AIOS (arts in opleiding tot specialist) bij de man tijdens de uitvoering. De arts had met de man en zijn familie afgesproken dat de arts zou overgaan tot levensbeëindiging op verzoek als hij na twee uur nog niet zou zijn overleden. De arts reikte de man het drankje aan, die het opdronk. Na twee uur had de man een afwezige pols, maar nog wel een ademhaling. De arts besloot toen over te gaan op levensbeëindiging op verzoek.

#### *Adequate comacheck en toediening spierverslapper*

De arts stelde op adequate wijze vast dat bij de man sprake was van een voldoende bewustzijnsverlaging door de corneareflex te controleren en een pijn prikkel toe te dienen. Nadat de arts concludeerde dat de man in een voldoende diep coma was, diende vervolgens de AIOS de in de Richtlijn genoemde dosering spierverslapper (150 milligram rocuronium) toe. Hierop overleed de man. Volgens de Richtlijn moet de arts overstappen op het intraveneus toedienen van een coma-inductor en vervolgens een spierverslapper, als de patiënt bij hulp bij zelfdoding niet binnen de afgesproken tijd overlijdt. Bij de man is alleen een spierverslapper toegediend. Daarmee is de arts afgeweken van de Richtlijn.

#### *Voldoende bewustzijnsverlaging en toediening spierverslapper*

De arts vertelde aan de commissie dat zij het niet nodig vond om een coma-inductor toe te dienen aan de man, omdat hij in coma was. De commissie is van oordeel dat bij de interpretatie van richtlijnen rekening moet worden gehouden met de aan de arts geboden professionele ruimte. De achterliggende reden van de werkwijze zoals in de Richtlijn is opgenomen, is dat het van groot belang is dat de patiënt de toediening van de spierverslapper niet ervaart. Pas als sprake is van een voldoende bewustzijnsverlaging mag de arts een spierverslapper toedienen.

#### *Achterliggende norm ondervangen*

De arts voerde voor het toedienen van de spierverslapper een adequate comacheck uit. Hierdoor kon de arts met voldoende zekerheid vaststellen dat de man de spierverslapper niet zou ervaren. Daarmee is de achterliggende reden van de norm, dat hij de werking van de spierverslapper niet mocht ervaren, ondervangen. Voor de commissie is het daarom duidelijk dat de man tijdens de uitvoering niet heeft geleden door de handelswijze van de arts. De commissie adviseert de arts om in eventuele volgende gevallen te handelen zoals de Richtlijn voorschrijft door eerst een coma-inductor toe te dienen, om zo het risico te minimaliseren dat de patiënt de spierverslapper ervaart.

#### *Uitvoerend arts*

De arts reikte de man het drankje aan, terwijl de AIOS de spierverslapper toediende. De arts verklaarde dat de AIOS onder haar supervisie handelde en dat zij zich niet meer kon herinneren

waarom werd besloten de AIOS de spierverslapper te laten toedienen. De AIOS en de arts waren samen opgetrokken tijdens het euthanasietraject en het voelde voor hen allebei goed en natuurlijk om de uitvoering samen te doen. De arts had zich niet gerealiseerd dat zij de uitvoering zelf had moeten doen.

#### *Daadwerkelijke uitvoerder*

Hoewel de wet zich richt tot de arts die de euthanasie heeft uitgevoerd, geeft de wet of wetgeschiedenis geen verdere expliciete omschrijving van wat er wordt verstaan onder het 'daadwerkelijk uitvoeren' van een euthanasie. De commissie oordeelt dat het 'daadwerkelijk uitvoeren' van euthanasie meer handelingen omvat dan slechts het toedienen van de euthanatica.

Het is ook van belang om mee te wegen wie de regie heeft over het euthanasietraject en wie de verantwoordelijkheid ervoor draagt. Dit kan bijvoorbeeld blijken uit andere handelingen die onderdeel uitmaken van het euthanasietraject, zoals het voeren van gesprekken met de patiënt, het aanvragen van de consultatie, het bestellen van de euthanatica bij de apotheek en alle overige handelingen van de medische uitvoering.

#### *De arts beschouwt zichzelf als uitvoerend arts*

De arts voerde de gesprekken met de man en doorliep het euthanasietraject met hem. Hoewel de AIOS ook betrokken was bij het euthanasietraject, was het de bedoeling dat de arts de euthanasie zou uitvoeren. De arts startte de procedure zelf en het was daarbij ook de bedoeling om de euthanasie zelf uit te voeren door hulp bij zelfdoding te verlenen. Nadat de man niet overleed, diende de AIOS de spierverslapper toe. De arts verklaarde dat de uitvoering onder haar supervisie verliep en dat zij verantwoordelijk was voor de hele procedure. Het was niet haar bedoeling om de verantwoordelijkheid voor de euthanasie over te dragen aan de AIOS. De arts gaf in het gesprek met de commissie duidelijk aan dat zij van mening was dat zij moest worden beschouwd als uitvoerend arts.

#### *Verlengde-arm constructie*

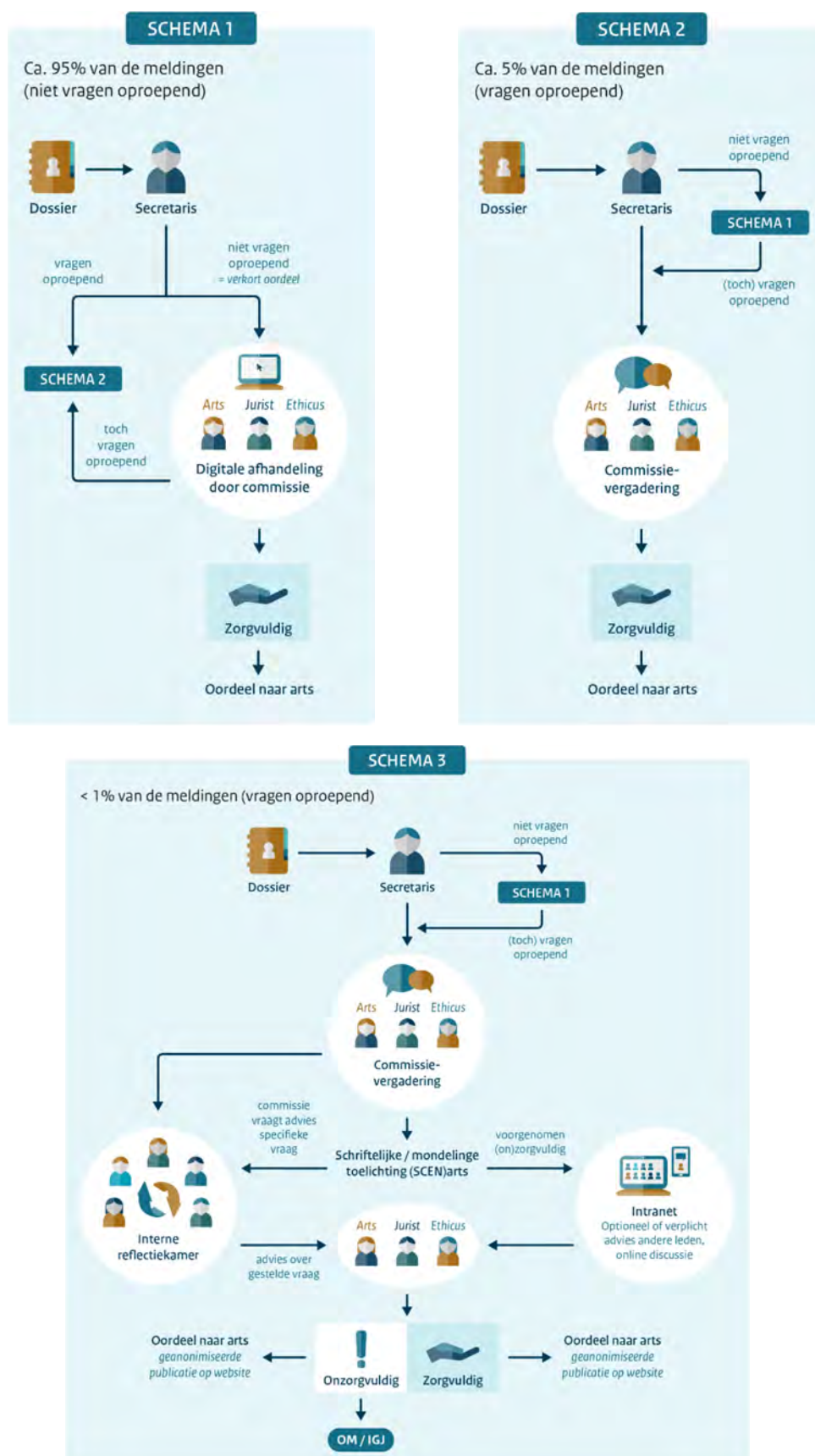
De commissie stelde vast dat de arts bij het uitvoeren van de euthanasie niet volgens de Richtlijn heeft gehandeld. Uit de wet en de Richtlijn volgt dat de arts zelf de hele procedure moet uitvoeren en dus ook de euthanatica moet toedienen. De arts was de uitvoering van de hulp bij zelfdoding gestart door de man het drankje met euthanatica aan te reiken. Zij had naar het oordeel van de commissie dan ook alle andere handelingen moeten verrichten. Uit het wettelijk stelsel volgt dat een 'verlengde-arm constructie', waarbij een andere arts of zorgverlener handelt in opdracht van de uitvoerend arts, bij het uitvoeren van een euthanasie niet mogelijk is. Dit is niet anders nu de arts de regie had over het verloop van de uitvoering en de AIOS onder haar supervisie handelde.

Omdat de arts niet de gehele procedure zelf heeft uitgevoerd, kon de commissie niet anders dan oordelen dat de arts de levensbeëindiging op verzoek niet medisch zorgvuldig had uitgevoerd.

Aan de overige zorgvuldigheidseisen had de arts wel voldaan.

Deze melding is [op de website te vinden onder nummer 2025-050](#).

## Bijlage 1: Procedure voor het selecteren van meldingen



# Colofon

**Publicatiedatum**

26 maart 2026

**Hoofdredactie**

Regionale Toetsingscommissies Euthanasie

**Contactinformatie**

[informatieverzoekenRTE@minvws.nl](mailto:informatieverzoekenRTE@minvws.nl)