

Euthanasie in Nederland

Wetgeving medische zorg
en christelijke ethiek

Een uitgebreid dossier

Peildatum 17 september 2026



Euthanasie in Nederland

Wetgeving medische zorg en christelijke ethiek

Uitgebreid dossier met vergelijking van Euthanasie van Gerard Feller uit februari 2012

Peildatum 17 september 2026

Dit dossier onderzoekt hoe Nederland levensbeëindiging op verzoek regelt, welke vragen ontstaan wanneer iemand zijn wil niet goed meer kan uiten en hoe verschillende christelijke tradities daarover denken. Het uitgangspunt is dat menselijke waardigheid niet afhangt van zelfstandigheid, leeftijd of gezondheid. De juridische ruimte voor euthanasie en de morele beoordeling daarvan zijn afzonderlijke vragen. Een handeling kan binnen de wet vallen terwijl een kerk haar afwijst; een zorgvuldig bedoelde handeling kan tegelijk buiten de wettelijke voorwaarden vallen.

De meegeleverde tekst van Gerard Feller is een historische en levensbeschouwelijke bron. Het dossier neemt de christelijke argumenten serieus, maar actualiseert juridische uitspraken en onderscheidt persoonlijke interpretaties van vastgestelde regels. De meest recente volledige RTE jaarcijfers betreffen 2025. Voor 2026 wordt geen jaartotaal geschat. Praktijkvoorbeelden zijn fictieve leersituaties tenzij uitdrukkelijk een gepubliceerd oordeel wordt genoemd. De beslismodellen zijn leeswijzers voor overleg, geen uitvoeringsprotocollen. Middelen buiten de medische procedure worden besproken zonder doseringen, aankoopinformatie of gebruiksinstructies.

Inhoudsopgave

1 De centrale vraag achter euthanasie.....	5
2 Het brondocument uit 2012 lezen in zijn tijd.....	6
3 Definities die het gesprek bepalen.....	8
4 Hoe het Nederlandse overheidsbeleid veranderde.....	10
5 Wat sinds 2012 veranderde en wat hetzelfde bleef.....	12
6 De actuele cijfers zorgvuldig lezen.....	14
7 Aandoeningen leeftijden en bijzondere situaties.....	16
8 De zes wettelijke zorgvuldigheidseisen.....	19
9 Diagnosestelling en de betekenis van een medische grondslag.....	21
10 Een wilsbesluit is meer dan een uitgesproken wens.....	23
11 Wilsbekwaamheid beoordelen.....	25
12 Wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging.....	27
13 Schriftelijke wilsverklaringen en hun grenzen.....	28
14 Dementie tussen vroegere autonomie en actuele ervaring.....	30
15 Psychische aandoeningen en het beoordelen van uitzichtloosheid.....	32
16 Ouderdom stapeling van aandoeningen en voltooid leven.....	34
17 Kinderen jongeren en afzonderlijke beschermingsregels.....	36
18 Mag een arts weigeren.....	38
19 De procedure en de rollen van betrokkenen.....	40
20 Verschillende vormen en bijzondere toepassingen.....	41
21 Pillen capsules en middelen buiten de medische route.....	43
22 Terminale en palliatieve zorg.....	45
23 Palliatieve sedatie en symptoombestrijding.....	47
24 Verlaagd bewustzijn coma en een eerder verzoek.....	48
25 Behandelbegrenzing voeding en niet reanimeren.....	50
26 Bewust stoppen met eten en drinken.....	52
27 De NVVE en de controverses over zelfbeschikking.....	53
28 De christelijke argumentatie van het brondocument.....	55
29 Bijbelse argumenten voor bescherming en verantwoordelijkheid.....	57
30 Klacht lijden hoop en het vermijden van pastorale druk.....	59
31 De rooms katholieke visie.....	60

32 De Protestantse Kerk in Nederland en haar diversiteit.....	62
33 Reformatorische evangelische en orthodoxe visies.....	64
34 Kerkelijke verschillen overzichtelijk vergelijken.....	65
35 Geweten barmhartigheid en bescherming in het dagelijks leven.....	67
36 Praktijkvoorbeelden bij lichamelijke ziekte en behandeling.....	68
37 Praktijkvoorbeelden bij dementie psychiatrie en ouderdom.....	70
38 Waar christelijke hulp en deskundigheid te vinden zijn.....	72
39 Een gesprek en besluit voorbereiden.....	73
40 Conclusie wat sinds 2012 veranderde en wat bleef.....	75
41 Bronnen verantwoording en verder lezen.....	77

1 De centrale vraag achter euthanasie

Euthanasie brengt drie vragen bij elkaar die gemakkelijk door elkaar gaan lopen. Hoe kan iemand worden beschermd tegen ondraaglijk lijden? Hoe kan zijn eigen stem worden gerespecteerd? En welke handelingen mag een ander, in het bijzonder een arts, verrichten om op dat lijden te antwoorden? Wie alleen de eerste vraag stelt, kan de wil van de patiënt onvoldoende aandacht geven. Wie alleen de tweede stelt, kan de betekenis van ziekte, afhankelijkheid en beïnvloeding onderschatten. Wie alleen de derde stelt, kan een mens in nood reduceren tot een juridische casus.

De Nederlandse regeling probeert deze vragen gezamenlijk te beantwoorden. Zij geeft geen algemeen afdwingbaar recht op levensbeëindiging. Zij omschrijft wanneer een arts een bijzondere strafuitsluitingsgrond kan invoeren. Een patiënt kan dus een verzoek doen, maar het verzoek maakt de handeling niet automatisch toegestaan. Dat verschil moet in ieder gesprek zichtbaar blijven. De vraag of iemand mag kiezen is niet dezelfde als de vraag of een arts moet uitvoeren. [2,3]

In een gezin krijgt dit onderscheid een concrete vorm. Een zieke vader zegt dat hij de controle over zijn leven verliest. Zijn dochter hoort daarin een vraag om euthanasie. Zijn partner hoort een vraag om betere thuiszorg. De huisarts hoort mogelijk een vraag om bescherming tegen een toekomstige benauwdheidsaanval. Alle drie kunnen iets wezenlijks opmerken, maar niemand mag zijn interpretatie zonder verder gesprek voor de wil van de vader laten doorgaan. De eerste verantwoordelijkheid is daarom om de betekenis van de woorden te onderzoeken.

Een uitgebreid dossier heeft ook een maatschappelijke taak. De woorden waardig, uitzichtloos en vrijwillig klinken helder, maar bevatten verschillende overtuigingen. Voor sommigen betekent waardigheid dat iemand controle houdt; voor anderen dat hij ook bij volledige afhankelijkheid dezelfde waarde behoudt. Beide gedachten kunnen in één persoon aanwezig zijn. Het gesprek wordt preciezer wanneer men vraagt welke waarde bedreigd wordt en welke zorg daarop kan antwoorden.

De christelijke discussie voegt de verhouding tot God en de gemeenschap toe. Is het leven een bezit waarover de mens uiteindelijk beschikt, een gave die hij beheert of beide in verschillende betekenissen? Kan barmhartigheid opzettelijke levensbeëindiging omvatten? Hoe verhoudt het verbod om te doden zich tot het beëindigen van een belastende behandeling? Die vragen vereisen meer dan enkele losse Bijbelteksten. Ze vragen aandacht voor het hele mensbeeld, de praktische zorg en de verantwoordelijkheid tegenover kwetsbare mensen.

Dit dossier gebruikt daarom drie leeslagen. De juridische laag beschrijft bevoegdheden en grenzen. De medische laag onderzoekt aandoening, lijden en alternatieven. De ethische en pastorale laag bespreekt wat een goede keuze en trouwe begeleiding kunnen betekenen. De lagen raken elkaar, maar mogen elkaar niet vervangen. Een predikant stelt geen medische diagnose en een RTE oordeel beslist niet wat een kerk theologisch behoort te belijden.

Drie lagen van beoordeling

01 Recht

Bevoegdheden en zes voorwaarden: mag deze arts de handeling verrichten?

02 Geneeskunde

Diagnose, actueel lijden, prognose en redelijke alternatieven.

03 Ethiek en geloof

Wat betekent goede zorg, verantwoordelijkheid en barmhartigheid?

Figuur 1 Drie lagen van beoordeling. Bronnen [2,8,42–47]

2 Het brondocument uit 2012 lezen in zijn tijd

De meegeleverde tekst draagt de naam Gerard Feller en de datum februari 2012. De auteur combineert informatie over Nederlandse regelgeving met een uitgesproken christelijke kritiek op euthanasie. Hij bespreekt cijfers over 2010, een in de pers beschreven dementiecasus uit 2011, de aangekondigde Levenseindekliniek en vragen over beademing, voeding en behandelbegrenzing. Het tweede deel legt de nadruk op Gods eigendom van het leven, het gebod niet te doden, de bescherming van kwetsbare mensen en de verantwoordelijkheid van de overheid. [1]

Die combinatie maakt de tekst waardevol als tijdsdocument. Zij laat zien welke ontwikkelingen destijds zorgen oproepen, welke begrippen werden gebruikt en welke verwachtingen er bestonden over de toekomst. Tegelijk vraagt ze een kritische leeswijze. Een bericht uit een krant is geen volledige medische reconstructie. Een uitspraak van een geïnterviewde consulent is geen wetsartikel. Een voorspelling over toekomstige verplichtingen voor artsen is geen beschrijving van het geldende recht.

De tekst heeft ook interne nuances. Feller verwerpt opzettelijke levensbeëindiging, maar verdedigt niet het onbeperkt doorbehandelen. Hij erkent dat zinloze of extra belastende behandeling kan worden gestaakt en dat pijnbestrijding met een onbedoeld risico niet gelijkstaat aan euthanasie. Die

onderscheidingen verdienen behoud. Zij voorkomen dat een christelijke afwijzing van euthanasie wordt gelezen als een plicht om iedere medische mogelijkheid tot het uiterste te gebruiken.

Andere passages vragen correctie. Het document wekt op sommige plaatsen de indruk dat een schriftelijk verzoek bij later verlies van wilsbekwaamheid aanvankelijk niet rechtsgeldig kon zijn. Artikel 2 lid 2 Wtl kende die mogelijkheid echter al sinds de wet in 2002 in werking trad. De latere ontwikkeling betreft vooral de uitleg en toepassing van de voorwaarden. Ook suggereert de bron dat euthanasie oorspronkelijk uitsluitend voor terminale patiënten was bedoeld. De huidige wettelijke regeling kent geen algemene eis dat overlijden nabij moet zijn; de medische grondslag en zorgvuldigheidseisen blijven wel noodzakelijk. [2,3]

Een derde aandachtspunt is het samenvoegen van Nederlandse regels met Amerikaanse voorbeelden. De zaken rond Nancy Cruzan en Terri Schiavo gaan over hun eigen juridische context. Ze kunnen ethische vragen illustreren, maar bewijzen niet hoe de Nederlandse WGBO of Wtl werkt. Een Nederlands dossier moet daarom eerst het Nederlandse recht beschrijven en pas daarna een buitenlandse vergelijking gebruiken.

Het huidige dossier bespreekt de zorgen achter die formuleringen zonder ze als vastgestelde feiten over te nemen. Zo blijft de overtuiging herkenbaar en wordt tegelijk ruimte gemaakt voor nauwkeurige beoordeling en menswaardige omgang met patiënten, artsen en nabestaanden.

Tabel 1

Element uit de bron	Wat blijft relevant	Wat actualisering vraagt
Bescherming van kwetsbaren	Afhankelijkheid kan de keuze beïnvloeden	Onderzoek concrete druk in plaats van die bij ieder verzoek aan te nemen
Geen recht en geen artsenplicht	Verzoek is geen afdwingbare aanspraak	Tijdige informatie en voortgezette zorg benoemen
Schriftelijke verklaring	Vooruitdenken kan belangrijk zijn	Mogelijkheid bestond al in 2002 en vervangt niet alle eisen
Medisch zinloze behandeling	Doorbehandelen heeft grenzen	Voeding via een medische techniek onderscheiden van gewoon aanbieden
Cijfers over 2010	Historisch ijkpunt	Vergelijken met 2025 en meetwijze toelichten

3 Definities die het gesprek bepalen

In het Nederlandse gebruik betekent euthanasie doorgaans dat een arts op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt diens leven opzettelijk beëindigt. Hulp bij zelfdoding verschilt doordat de patiënt zelf de laatste handeling verricht, terwijl de arts het middel verstrekt en de medische verantwoordelijkheid draagt. In jaarverslagen wordt euthanasie soms als verzamelterm voor beide gebruikt. Wie cijfers of een praktijkvoorbeeld bespreekt, moet dus aangeven of de ruime of de nauwe betekenis bedoeld wordt. [4]

De brede historische betekenis goede dood is onvoldoende om een medische handeling te classificeren. Ook goede begeleiding bij natuurlijk sterven kan aan die omschrijving beantwoorden. Hetzelfde geldt voor de uitdrukking zachte dood. Een geruststellend woord vertelt nog niet wie handelt, met welke bedoeling en onder welke wettelijke voorwaarden. De exacte handeling blijft bepalend.

In ethische literatuur worden vrijwillige, niet vrijwillige en onvrijwillige levensbeëindiging onderscheiden. Vrijwillig verwijst naar een eigen verzoek. Niet vrijwillig wordt gebruikt wanneer iemand zijn wil niet kan uiten. Onvrijwillig betekent handelen tegen iemands wil. Deze internationale termen mogen niet ongemerkt worden gelijkgesteld aan de Nederlandse wettelijke categorie. Een eerder door de patiënt zelf opgesteld schriftelijk euthanasieverzoek kan onder voorwaarden een mondeling verzoek vervangen. Een familiewens zonder eigen verzoek is iets anders.

Ook de termen actieve en passieve euthanasie vragen voorzichtigheid. Actief kan verwijzen naar doelgerichte toediening van een levensbeëindigend middel. Passief wordt soms gebruikt voor het achterwege laten van behandeling, maar dat woord verbergt het relevante verschil tussen euthanasie en gewoon medisch handelen. Het stoppen van een zinloze behandeling of het respecteren van een behandelweigering is juridisch geen euthanasie enkel omdat overlijden daarna volgt. Het verdient een eigen beschrijving.

Indirecte euthanasie is eveneens een ongelukkige uitdrukking wanneer het om zorgvuldig gedoseerde symptoombestrijding gaat. De bedoeling is dan verlichting, niet het veroorzaken van overlijden. Het feit dat een behandeling risico's heeft, verandert haar doel niet vanzelf. Andersom kan een vriendelijk etiket een doelgerichte levensbeëindiging niet tot palliatieve zorg maken. De beoordeling moet zowel de bedoeling als de gekozen middelen, proportionaliteit en medische indicatie onderzoeken.

Zelfdoding buiten een artsenprocedure behoort niet tot de Wtl uitzondering. De persoon die zichzelf doodt pleegt daarmee op zichzelf geen strafbaar feit, maar een ander die middelen verschaft of doelgericht helpt kan wel strafrechtelijk verantwoordelijk zijn. Een debat over vrijheid van informatie, aanwezigheid of praktische steun moet dus onderscheiden wat iemand concreet doet. Een beschrijving van juridische grenzen is geen goedkeuring van gevaarlijke handelingen.

Tabel 2

Begrip	Kern	Waarom het onderscheid telt
Euthanasie in enge zin	Arts verricht levensbeëindigende handeling op verzoek	Wtl toetsing en meldingsplicht
Artsenhulp bij zelfdoding	Patiënt verricht laatste handeling zelf	Ook aan alle Wtl eisen gebonden
Palliatieve zorg	Lijden voorkomen en verlichten	Kan vroeg in ziekte beginnen
Palliatieve sedatie	Bewustzijn proportioneel verlagen voor symptoomverlichting	Eigen indicatie en richtlijn
Behandelbegrenzing	Niet starten of stoppen van behandeling	Over nut toestemming en belasting
Niet reanimeren	Afzien van reanimatie bij circulatiestilstand	Geen verzoek om iemand te doden
Bewust stoppen met eten en drinken	Eigen besluit met bijzondere zorgvragen	Geen euthanasieprocedure

Vier handelingen met een eigen doel

01

Euthanasie

Arts beëindigt op verzoek het leven; bijzondere wettelijke uitzondering.

02

Hulp bij zelfdoding

Patiënt verricht zelf de beslissende handeling; arts blijft aan de Wtl gebonden.

03

Behandelbegrenzing

Niet starten of staken van behandeling; ziekte veroorzaakt overlijden.

04

Palliatieve sedatie

Bewustzijn verlagen om refractaire symptomen proportioneel te verlichten.

Figuur 2 Vier handelingen met een eigen doel. Bronnen [2,33–35,38]

4 Hoe het Nederlandse overheidsbeleid veranderde

De ontwikkeling van het Nederlandse beleid is geen rechte lijn van verbod naar volledige vrijheid. Ze bestaat uit een wisselwerking tussen rechtspraak, beroepsnormen, meldingsprocedures en wetgeving. Het strafrechtelijke uitgangspunt dat opzettelijke levensbeëindiging en hulp bij zelfdoding strafbaar zijn bleef bestaan. Daarom is het woord legalisering zonder verdere toelichting te grof. De Wtl heeft voor artsen een bijzondere uitzondering met voorwaarden en toetsing vastgelegd.

Een belangrijk bestuurlijk moment was de meldingsprocedure die op 1 november 1990 inging. Zij moest zichtbaar maken wat artsen daadwerkelijk deden en hoe dat kon worden beoordeeld. In 1998 kregen de regionale toetsingscommissies een plaats in die ontwikkeling. De wet van 12 april 2001 trad op 1 april 2002 in werking. Daarmee werden zorgvuldig medisch handelen, melding en toetsing wettelijk verbonden aan de strafuitsluitingsgrond. [2,5]

De rechtspraak had ondertussen inhoudelijke grenzen verduidelijkt. De zaak Chabot uit 1994 is relevant voor psychisch lijden; de zaak Brongersma uit 2002 voor de noodzakelijke medische grondslag. Daaruit volgt niet dat iedere psychische nood een euthanasiegrond is, of dat iedere levensmoeheid een medisch probleem wordt. Het gaat juist om de vraag of een arts een medisch classificeerbare aandoening en de overige voorwaarden kan vaststellen. [6]

Na 2012 veranderde de zichtbaarheid en organisatie van de praktijk sterk. De Levenseindekliniek, later Expertisecentrum Euthanasie, bood een route wanneer de eigen arts niet wilde of kon handelen. Dat is een verandering van zorgorganisatie, geen afzonderlijke wettelijke vergunning om buiten de Wtl te werken. De kernvraag blijft voor elke uitvoerende arts dezelfde: kan deze arts zelf verantwoorden dat aan de eisen is voldaan?

De Hoge Raad verduidelijkte op 21 april 2020 de toepassing van schriftelijke euthanasieverzoeken bij voortgeschreden dementie. De uitspraak schiep geen onvoorwaardelijk recht op uitvoering. Ook in die situatie blijven de wettelijke eisen gelden. In 2021 actualiseerde de KNMG haar standpunt over beslissingen rond het levenseinde. Sinds 1 januari 2026 geldt een nieuwe EuthanasieCode; ook een verduidelijking van de professionele uitvoeringsrichtlijn ging toen gelden. [7,8,9]

Een andere ontwikkeling betreft levensbeëindiging bij jonge kinderen. De sinds 2024 geldende uitbreiding van de afzonderlijke beoordelingsregeling voor kinderen van 1 tot 12 jaar behoort niet simpelweg tot euthanasie op verzoek volgens de Wtl. Bij ontbreken van een geldig eigen verzoek gaat het om een andere categorie, met eigen beoordeling en betrokkenheid van het OM. Die grens

voorkomt dat een regeling voor uitzonderlijke pediatrische nood wordt voorgesteld als algemeen recht van ouders om levensbeëindiging te vragen. [10]

Tabel 3

Periode of datum	Ontwikkeling	Soort verandering
1990	Meldingsprocedure	Bestuur en transparantie
1994	Chabot	Rechterlijke uitleg van psychisch lijden
1998	Regionale toetsingscommissies	Organisatie van beoordeling
1 april 2002	Wtl in werking	Wettelijke artsenuitzondering
2002	Brongersma	Medische grondslag verduidelijkt
2012	Levenseindekliniek	Organisatie van zorg
21 april 2020	Hoge Raad over dementie	Uitleg van schriftelijk verzoek
2024	Regeling jonge kinderen uitgebreid	Afzonderlijke beoordelingsregeling
2025	NVvP addendum consultatie	Beroepsrichtlijn
1 januari 2026	EuthanasieCode en uitvoeringsverduidelijking	Toetsing en professionele norm

Van rechtspraak naar een uitgewerkt stelsel



Figuur 3 Van rechtspraak naar een uitgewerkt stelsel. Bronnen [2,5–9,23,26,39]

5 Wat sinds 2012 veranderde en wat hetzelfde bleef

Een eerlijke vergelijking begint bij het niveau waarop verandering plaatsvindt. De wet kan gelijk blijven terwijl meer artsen bereid zijn haar mogelijkheden te gebruiken. De toetsingspraktijk kan preciezer worden terwijl het basisartikel niet verandert. Het aantal meldingen kan stijgen doordat meer mensen een verzoek doen, doordat meer verzoeken worden ingewilligd, doordat de bevolking verandert of doordat handelingen vaker worden gemeld. Deze verklaringen kunnen tegelijk werken. Zonder aanvullend onderzoek kan geen enkele verklaring uit het totaal alleen worden bewezen.

De bron beschrijft de schriftelijke verklaring met een dubbele toon. Enerzijds vermeldt zij dat die de eigen wens kan vastleggen, anderzijds presenteert zij uitvoering bij ernstige dementie als een nieuwe juridische grensoverschrijding. Een actuele lezer moet dat verschil zien. De wettelijke mogelijkheid om een eerder verzoek te gebruiken bestond al; de concrete beoordeling van lijden en passendheid bleef moeilijk. De uitspraak van 2020 maakte de uitleg daarvan explicieter. [1,2,7]

Hetzelfde onderscheid helpt bij de Levensindekliniek. In 2012 was de voorziening nieuw en riep zij vragen op over een arts die iemand minder lang kende. Nu maakt het Expertisecentrum deel uit van

de praktijk. Dat tijdsverloop bewijst op zichzelf noch dat iedere oorspronkelijke zorg ongegrond was noch dat er een structurele ontsporing is. De relevante vragen zijn of het dossier voldoende is, of de arts de persoon leert kennen, of deskundigheid wordt ingeschakeld en of de beslissing onafhankelijk kan worden verantwoord.

Een wezenlijke continuïteit is het ontbreken van een afdwingbaar patiëntenrecht op euthanasie. Ook blijven de vrijwilligheid van het eigen verzoek, de medische grondslag, het uitzichtloze en ondraaglijke lijden, het ontbreken van een redelijke andere oplossing, onafhankelijke consultatie en zorgvuldige uitvoering centraal staan. Geen van die voorwaarden kan worden vervangen door de instemming van familie, een hoge leeftijd, een dure zorgsituatie of een mening van een belangenorganisatie.

De meest zichtbare verandering is de omvang van de geregistreerde praktijk. De bron noemt 3.136 meldingen in 2010. Voor 2025 gaat het om 10.341. Het absolute verschil is 7.205; het latere aantal is ongeveer 3,30 keer het eerdere. Deze eigen berekening vergelijkt registraties, geen gestandaardiseerde individuele kansen. De samenstelling en omvang van de bevolking en het totale aantal overlijdens veranderden ondertussen. Een morele interpretatie van de stijging moet dat meetkundige voorbehoud respecteren. [1,11]

Ook de taal is veranderd. Waar het brondocument sterk waarschuwt voor een glijdende schaal, spreekt een vereniging voor zelfbeschikking eerder over toegang en erkenning. Beide termen verdienen onderzoek. Toegang kan ongewenste drempels zichtbaar maken, maar mag niet betekenen dat een arts tot een gewenste conclusie wordt gedwongen. Een glijdende schaal kan reële normverschuiving benoemen, maar mag niet elke ontwikkeling zonder bewijs gelijkstellen aan misbruik.

Tabel 4

Vraag	Bron uit 2012	Actuele duiding
Is terminaliteit vereist	Bron suggereert een oorspronkelijke beperking	Geen algemene terminaliteitseis in de Wtl
Is de verklaring een garantie	Soms sterke nadruk op vroegere wil	Verzoek vervangt niet de overige eisen
Mag familie beslissen	Zorgen rond dementiecasus	Familie kan geen eigen verzoek creëren
Moet een arts uitvoeren	Bron zegt terecht van niet	Nog steeds geen uitvoeringsplicht
Is voeding altijd gewone verzorging	Brede afwijzing van medicalisering	Gewoon aanbieden en kunstmatige toediening onderscheiden

Vraag	Bron uit 2012	Actuele duiding
Zijn politieke plannen geldend recht	Toekomstige verruiming wordt gevreesd	Voorstel beleidsvisie en geldende regel apart houden

6 De actuele cijfers zorgvuldig lezen

In 2025 ontvingen en registreerden de RTE 10.341 meldingen. In 2024 waren dat 9.958. De toename is 383 meldingen, oftewel afgerond 3,8 procent. De RTE plaatsen het totaal tegenover 173.314 overlijdens in Nederland in 2025; het aandeel is 5,97 procent. Dit is een aandeel van de totale sterfte in dat jaar, geen percentage van alle inwoners en geen kans voor iemand die een verzoek doet. [11]

De reeks 2021 tot en met 2025 telt respectievelijk 7.666, 8.720, 9.068, 9.958 en 10.341 meldingen. De eigen berekening van de stijging over die periode is 34,9 procent. De grafiek geeft een patroon weer, maar maakt geen onderscheid tussen bevolkingsverandering, veranderende voorkeuren en verschillen in toegankelijkheid. Een oplopende lijn is een aanleiding voor onderzoek, geen volledig antwoord op de oorzaken. [12]

Een complicatie is het verschil tussen registratie en beoordeling. Een melding die eind december binnenkomt, kan het volgende jaar worden beoordeeld. Het RTE jaarverslag 2025 vermeldt dat er door het inlopen van een achterstand ruim 900 meer meldingen werden beoordeeld dan ontvangen. Het noemt zeven oordelen waarin niet volgens alle zorgvuldigheidseisen was gehandeld: twee betroffen in 2024 ontvangen meldingen, vijf in 2025 ontvangen meldingen. Het is daarom onzuiver om die zeven zonder toelichting als zeven fouten uit precies de 10.341 nieuwe meldingen te presenteren. [11]

De registratie zegt bovendien niets rechtstreeks over niet ingewilligde verzoeken. Een verzoek kan na goede zorg verdwijnen, worden ingetrokken, worden afgewezen, nog in onderzoek zijn of niet meer tot uitvoering komen doordat iemand natuurlijk overlijdt. Voor de vraag hoe vaak een euthanasiewens voorkomt zijn andere gegevens nodig. Voor de vraag hoe vaak artsen levensbeëindigend handelen zijn sterfgevallenonderzoeken relevant, waarin de gebruikte definities en schattingen weer anders kunnen zijn.

Een klein aantal gepubliceerde onzorgvuldigheidsoordelen geeft geen bewijs dat elk risico ontbreekt. De toetsing beoordeelt gemelde handelingen en kan niet ieder gesprek vooraf observeren. Omgekeerd rechtvaardigt die beperking niet de conclusie dat elke positieve beoordeling schijncontrole is. Een

degelijk gesprek over toezicht vraagt om informatie over meldingsbereidheid, dossiervoering, onafhankelijkheid, onderzoek naar signalen en de verdere beoordeling door inspectie of justitie.

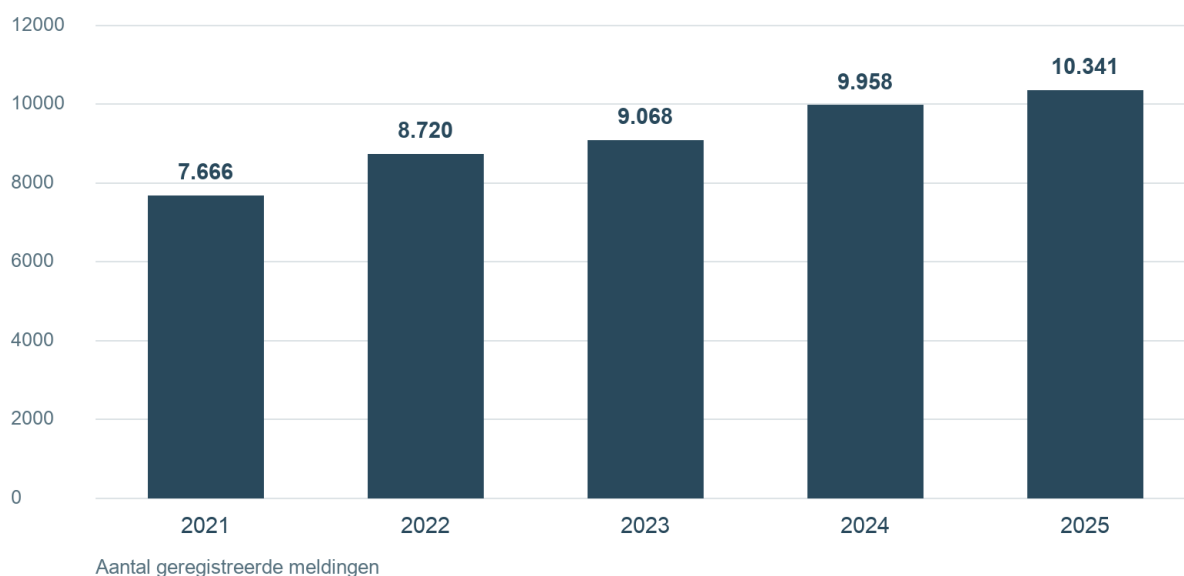
De cijfers worden in dit dossier op drie manieren gebruikt. Absolute aantallen tonen omvang. Percentages tonen de verhouding tot een gekozen noemer. Uitsplitsingen tonen verschillen tussen geregistreerde categorieën. Geen van die vormen beschrijft de persoonlijke betekenis van een overlijden. Een getal kan beleid zichtbaar maken; een persoon blijft meer dan het datapunt waarmee zijn overlijden wordt geregistreerd.

Tabel 5

Jaar	Ontvangen meldingen	Vershil met voorgaand jaar
2021	7.666	In deze tabel geen waarde voor 2020
2022	8.720	1.054
2023	9.068	348
2024	9.958	890
2025	10.341	383

Bron RTE cijfers 2021 tot 2025. Verschillen zijn eigen berekeningen. [12]

RTE meldingen 2021 tot 2025



Figuur 4 RTE meldingen 2021 tot 2025. Bronnen [11,12]

7 Aandoeningen leeftijden en bijzondere situaties

De meest voorkomende grondslag in de registraties van 2025 was kanker, met 5.355 meldingen. Daarnaast registreerden de RTE 1.908 combinaties van lichamelijke aandoeningen, 719 aandoeningen van het zenuwstelsel, 509 hart of vaataandoeningen en 335 longaandoeningen. Samen vormen deze veel voorkomende lichamelijke categorieën 8.826 meldingen, of 85,35 procent van het totaal. De overige categorieën laten zien dat de regeling ook buiten een klassieke terminale kankercontext wordt toegepast. [11,12]

De onderstaande tabel bewaart de categorieën van de RTE. Dat is belangrijk omdat een andere organisatie een stapeling van ouderdomsaandoeningen anders kan afbakenen. Dezelfde patiënt kan dan in verschillende overzichten onder een andere hoofdcategorie vallen. Verschillen in aantallen zijn niet automatisch fouten; zij kunnen verschillen in classificatie weerspiegelen. Een vergelijking vraagt daarom eerst om dezelfde definitie.

Tabel 6

Geregistreerde aandoeningscategorie in 2025	Aantal
Kanker	5.355
Aandoeningen van het zenuwstelsel	719
Hart of vaataandoeningen	509
Longaandoeningen	335
Combinatie van lichamelijke aandoeningen	1.908
Dementie	499
Combinatie van lichamelijke en psychische aandoeningen	80
Psychische aandoeningen	174
Stapeling van ouderdomsaandoeningen	475
Anders	287
Totaal	10.341

Bron RTE registratie 2025. Categorieën zijn geen automatische juridische indicaties. [12]

Bij dementie is een extra precisering nodig. Het jaarverslag vermeldt 499 in 2025 ontvangen dementiemeldingen: 492 betroffen mensen die nog wilsbekwaam waren voor het verzoek en zeven

mensen die dat niet meer waren. Daarnaast vermeldt het elf in 2025 beoordeelde meldingen van voortgeschreden dementie met wilsonbekwaamheid; vier daarvan waren al in 2024 ontvangen. De aantallen zeven en elf spreken elkaar dus niet tegen. Zij hebben een andere tijdsafbakening. De tabel met 499 mag niet worden gelezen alsof alle patiënten wilsonbekwaam waren. [11]

De psychische hoofdcategorie daalde van 219 in 2024 naar 174 in 2025. Het verschil is 45, of 20,5 procent op basis van een eigen berekening. Ook dat ene jaar beantwoordt niet de vraag wat op langere termijn gebeurt. Bij jonge mensen is daarnaast de mogelijke resterende levensduur ethisch en medisch relevant. Die discussie kan niet worden gevoerd door alle vormen van psychisch lijden tot één uniforme aandoening te maken.

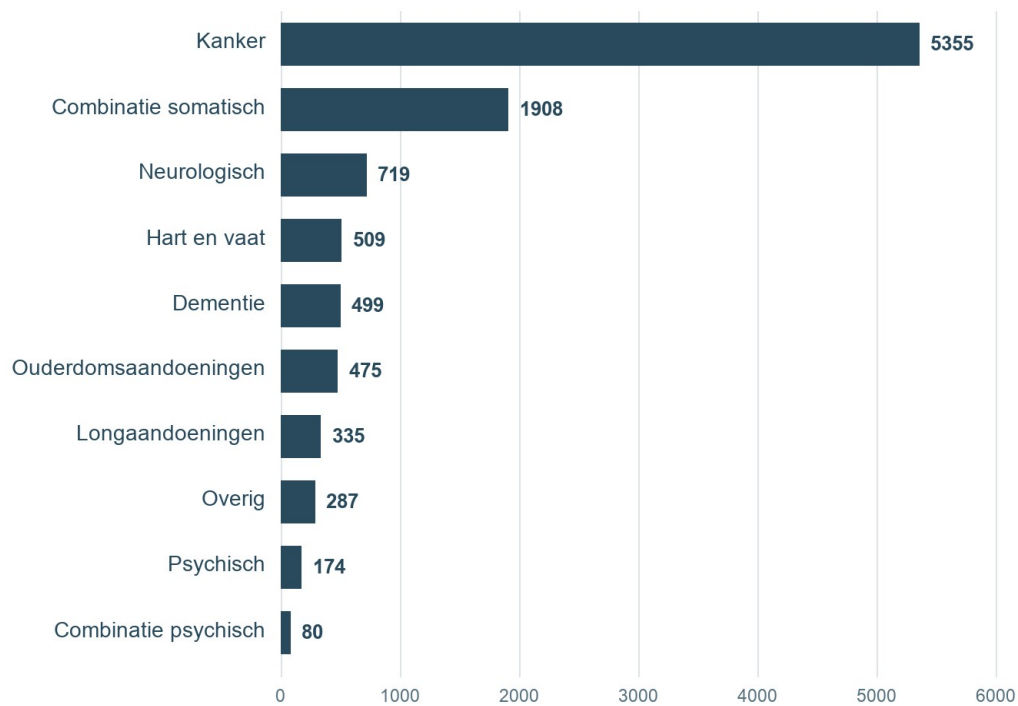
De leeftijdsverdeling toont dat de grootste groepen 70 tot 80 jaar en 80 tot 90 jaar waren. Dat past bij de grotere ziektelast op hogere leeftijd, maar bewijst niet dat leeftijd zelf een euthanasiegrond is. Ook bij een zeer oude patiënt moeten de medische grondslag, de eigen wil en de overige eisen worden beoordeeld. Een hoge leeftijd is geen vervanging voor diagnostiek.

Tabel 7

Leeftijdsgroep in 2025	Meldingen
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	1.730
70 tot 80 jaar	3.346
80 tot 90 jaar	3.258
90 jaar en ouder	1.124

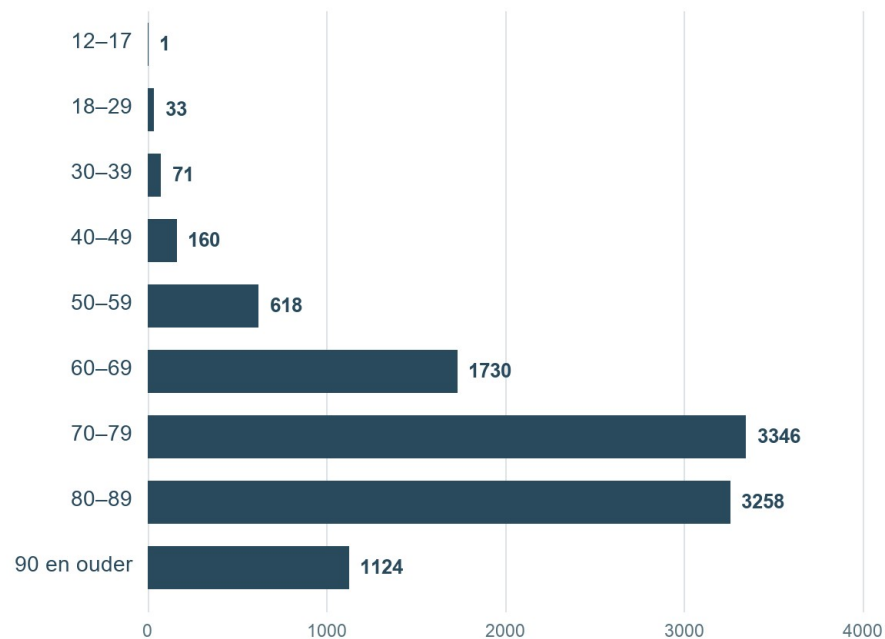
Bron RTE cijfers 2025. [11]

Aandoeningen bij meldingen in 2025



Figuur 5 Aandoeningen bij meldingen in 2025. Bronnen [11]; categorieën tellen op tot 10.341.

Leeftijd bij melding in 2025



Figuur 6 Leeftijd bij melding in 2025. Bronnen [11]; geen leeftijdsspecifieke bevolkingskansen.

8 De zes wettelijke zorgvuldigheidseisen

De Wtl vraagt dat de arts overtuigd is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts moet de patiënt voorlichten over zijn toestand en vooruitzichten en met hem tot de overtuiging komen dat er geen redelijke andere oplossing bestaat. Ten minste één onafhankelijke arts moet de patiënt zien en schriftelijk oordelen over de eerste vier eisen. Tot slot moet de uitvoering medisch zorgvuldig zijn. Melding aan de gemeentelijk lijkschouwer hoort bij de wettelijke route. [2,13]

Deze eisen vormen geen puntensysteem. Een sterk dossier op vijf punten compenseert een ontbrekend zesde punt niet. Evenmin is de verklaring van de patiënt dat aan alles is voldaan voldoende. De arts heeft een eigen verantwoordelijkheid. Hij moet kunnen uitleggen waarom de waargenomen feiten en het gesprek de vereiste overtuiging dragen. Een onafhankelijke consulent kan de afweging kritisch onderzoeken, maar neemt de verantwoordelijkheid van de uitvoerende arts niet over.

Het verschil tussen uitzichtloos en ondraaglijk is essentieel. Uitzichtloos gaat over het ontbreken van een redelijke mogelijkheid om het lijden te verbeteren. Dat vraagt medische kennis over aandoening, behandelingen en vooruitzichten. Ondraaglijk gaat over de ervaring van de persoon, binnen zijn situatie en levensgeschiedenis. Een arts kan die ervaring niet volledig overnemen, maar moet haar wel kunnen begrijpen. Een diagnose alleen vertelt niet hoeveel iemand lijdt; een intens lijden alleen bewijst niet dat behandeling geen perspectief biedt.

Voorlichting moet ook betekenis krijgen voor de patiënt. Het is onvoldoende om een lijst mogelijkheden op te noemen als hij niet begrijpt wat die voor hem zouden betekenen. Wat kan een palliatief consult verbeteren? Wat houdt opname in een hospice in? Wat betekent afzien van een belastende therapie? Zijn zijn zorgen gebaseerd op een vroegere slechte ervaring die nu anders kan worden opgevangen? Begrijpelijke uitleg kan een verzoek veranderen zonder dat het oorspronkelijk onoprecht was.

Geen redelijke andere oplossing betekent niet dat iedereen elke theoretisch denkbare behandeling moet ondergaan. Het woord redelijk vergt een afweging van effect, belasting, tijd en persoonlijke omstandigheden. Tegelijk maakt een weigering niet iedere behandeling automatisch onredelijk. Het recht om behandeling af te wijzen en de aanspraak dat vervolgens aan de euthanasievoorwaarden is

voldaan zijn verschillende kwesties. Die spanning vraagt een helder gesprek in plaats van een snelle conclusie.

Het consult is geen toestemming van een overheidsfunctionaris. De consulent onderzoekt zelfstandig en rapporteert. Als hij bezwaren heeft, hoort de arts die inhoudelijk te behandelen. Een andere consulent benaderen met als enig doel een gewenste uitkomst te krijgen ondermijnt onafhankelijkheid. Een aanvullende beoordeling kan wel zinvol zijn wanneer er relevante nieuwe informatie of specifieke expertise nodig is. De reden moet zichtbaar blijven.

Tabel 8

Eis	Hoofdvraag	Voorbeeld van onvoldoende onderbouwing
Vrijwillig en weloverwogen	Is dit de eigen geïnformeerde wil	Alleen familie spreekt
Uitzichtloos en ondraaglijk	Wat veroorzaakt het lijden en welk perspectief ontbreekt	Alleen diagnose of alleen angst genoemd
Voorlichting	Begrijpt patiënt toestand en mogelijkheden	Folder zonder gesprek
Geen redelijk alternatief	Waarom biedt passende zorg onvoldoende antwoord	Ononderzochte pijnbehandeling
Onafhankelijke consultatie	Is er een zelfstandige schriftelijke beoordeling	Betrokken behandelaar als consulent
Zorgvuldige uitvoering	Is de professionele standaard gevolgd	Onvoldoende controle of voorbereiding

Zes eisen moeten samen worden vervuld

-
- 01 Vrijwillig en weloverwogen verzoek**
Eigen verzoek; geen ongeoorloofde druk; besliskaardigheid onderzocht.
 - 02 Uitzichtloos en ondraaglijk lijden**
Medische grondslag, persoonlijke ervaring en professionele beoordeling.
 - 03 Patiënt geïnformeerd**
Toestand en vooruitzichten uitgelegd op een begrijpelijke manier.
 - 04 Geen redelijke andere oplossing**
Arts en patiënt onderzoeken verlichting en passende alternatieven.
 - 05 Onafhankelijke arts geraadpleegd**
Patiënt gezien; schriftelijk oordeel over de wettelijke eisen.
 - 06 Medisch zorgvuldig uitgevoerd**
Arts volgt professioneel kader en meldt achteraf voor toetsing.

Figuur 7 Zes eisen moeten samen worden vervuld. Bronnen [2,8,13]

9 Diagnosestelling en de betekenis van een medische grondslag

Er bestaat geen eenvoudige lijst met diagnoses waarna een arts euthanasie mag uitvoeren. Dezelfde diagnose kan bij de ene patiënt leiden tot een verzoek dat uiteindelijk binnen de wettelijke voorwaarden valt en bij een andere patiënt niet. Een arts moet de aandoening vaststellen, het verband met het lijden onderzoeken en de gehele situatie beoordelen. Een ziektenaam is een begin van het onderzoek, geen eindbesluit.

De medische grondslag voorkomt dat algemene onvrede met het leven zonder meer onder de Wtl wordt gebracht. Eenzaamheid, verlies van betekenis en financiële problemen kunnen ernstig lijden veroorzaken, maar worden niet door hun ernst automatisch een medische indicatie. Ze kunnen wel samenhangen met een ziekte of aandoening. Juist daarom moet een arts beschrijven welk deel van het lijden medisch te begrijpen is en welk deel andere ondersteuning vraagt. [6,14]

Diagnostiek omvat meer dan een classificatie. Bij lichamelijke ziekte gaat het om aard, stadium, klachten, functionele beperkingen en prognose. Bij psychische aandoeningen gaat het ook om het verloop, eerdere behandeling en de invloed van symptomen op de besluitvorming. Bij meerdere

aandoeningen moet worden onderzocht hoe ze elkaar versterken. Het optellen van diagnoses zegt nog weinig over de persoon die ermee leeft.

Een bruikbare analyse stelt bijvoorbeeld de volgende vragen. Waar heeft de patiënt het meeste last van? Welke klachten zijn met de ziekte verbonden? Welke gevolgen zijn behandelbaar? Is de angst gebaseerd op een realistisch toekomstbeeld? Is een klacht ontstaan door een bijwerking of een behandelbare complicatie? Is er pijn, benauwdheid, depressie, delirium of een gebrek aan steun dat nog onvoldoende is onderzocht? Deze vragen zijn geen verplichting om eindeloos nieuwe tests te doen. Ze beschermen tegen een conclusie die op een onvolledig beeld rust.

Prognostische onzekerheid vraagt een afzonderlijk gesprek. Een arts kan weten dat genezing niet meer mogelijk is en toch niet precies voorspellen hoe lang iemand zal leven. De woorden nog drie maanden moeten daarom worden uitgelegd als een schatting met onzekerheidsmarge, niet als een datum. Voor euthanasie bestaat geen algemene termijn tot het verwachte overlijden. Voor continue palliatieve sedatie speelt een korte geschatte levensverwachting juist wel een bijzondere rol.

Ook sociale problemen verdienen concrete beoordeling. Het ontbreken van bereikbare thuiszorg kan de ervaring van afhankelijkheid verergeren. Het verlies van een hoortoestel kan gesprekken bijna onmogelijk maken. Een ongeschikte woning kan lichamelijke beperkingen onnodig belastend maken. Het medische oordeel moet dergelijke factoren opmerken zonder te doen alsof iedere verbetering het lijden zeker zal wegnemen. De patiënt heeft recht op een realistische inventarisatie, niet op goedkope geruststelling.

De beslissende medische vraag is dus niet alleen wat iemand heeft, maar wat de aandoening voor hem doet, wat daar nog redelijkerwijs aan te veranderen is en hoe betrouwbaar die beoordeling is. De arts moet ook weten waar zijn deskundigheid eindigt. Een gerichte specialistische beoordeling kan beter zijn dan een algemene uitspraak dat iemand uitbehandeld is. Dat laatste woord mag nooit betekenen dat er geen zorg meer wordt aangeboden.

Tabel 9

Onderzoekslaag	Benodigde informatie	Wat ermee wordt voorkomen
Diagnose	Aandoening en relevante bevindingen	Lijden zonder onderzochte medische grondslag
Symptomen	Ernst verloop en oorzaken	Behandelbare klacht over het hoofd zien

Onderzoekslaag	Benodigde informatie	Wat ermee wordt voorkomen
Functioneren	Betekenis voor dagelijks leven	Diagnose met persoonlijke ervaring verwarren
Behandelgeschiedenis	Inzet effect belasting en bijwerkingen	Mislukte zorg gelijkstellen aan ontbreken van mogelijkheden
Prognose	Waarschijnlijk verloop en onzekerheid	Schatting als zekerheid presenteren
Context	Steun veiligheid en praktische zorg	Vermijdbare afhankelijkheid buiten beeld laten

10 Een wilsbesluit is meer dan een uitgesproken wens

Een wilsbesluit heeft een inhoud, een totstandkoming en een plaats in de tijd. Iemand kan zeggen niet meer verder te willen zonder daarmee een concreet verzoek aan de arts te bedoelen. Een ander kan al jaren een heldere voorkeur hebben, maar in een acute crisis niet in staat zijn die zorgvuldig te overwegen. Weer iemand kan het gesprek gebruiken om te onderzoeken wat zijn opties zijn. De precieze vraag moet daarom worden vastgesteld voordat de arts haar juridisch beoordeelt.

Vrijwilligheid gaat over de afwezigheid van ongepaste druk. Weloverwogenheid gaat over begrip en afweging. De twee kunnen uiteenlopen. Een patiënt kan zonder externe druk handelen maar door een stoornis de gevolgen onvoldoende overzien. Hij kan ook cognitief helder zijn en toch het gevoel hebben dat hij geen andere sociaal aanvaardbare keuze heeft. Het woord vrijwillig mag dus niet beperkt worden tot de vraag of iemand een formulier zonder zichtbare dwang ondertekende. [15]

Invloed is niet altijd dwang. Mensen denken met hun partners, kinderen, artsen en geloofsgemeenschappen mee. Een gesprek kan iemands keuze verdiepen. Problematisch wordt invloed wanneer de eigen stem wordt overstemd, wanneer steun afhankelijk wordt gemaakt van een bepaalde uitkomst of wanneer informatie eenzijdig wordt geselecteerd. Daarom kan het waardevol zijn om iemand ook alleen te spreken. Dat geeft gelegenheid om te zeggen wat in aanwezigheid van familie moeilijk uit te spreken is.

De last voor naasten is een bijzonder gevoelig onderwerp. Een patiënt kan oprecht het welzijn van zijn partner belangrijk vinden. Het is niet juist om ieder relationeel motief als bewijs van onvrijwilligheid af te doen. Maar een besluit dat vooral gedragen wordt door de gedachte ik ben te

duur of zij willen van mij af vereist onderzoek. De omgeving kan met woorden, zuchten en praktische tekortkomingen een boodschap afgeven zonder dat iemand expliciet euthanasie vraagt.

Een weloverwogen besluit hoeft niet emotioneel te zijn. Verdriet, angst en ambivalentie passen bij een moeilijke situatie. De eis is niet dat iemand een afstandelijke juridische redenering produceert. Van belang is dat hij de informatie kan begrijpen, de gevolgen kan betrekken op zijn eigen situatie en redenen kan afwegen. Ook een rustig en consequent klinkende uitspraak kan onweloverwogen zijn als zij gebaseerd is op een ernstige misvatting.

Veranderlijkheid verdient respect. Een patiënt kan na een goed weekend verder willen leven en na een zware nacht opnieuw euthanasie vragen. Dat bewijst niet vanzelf dat het verzoek nooit serieus is. Het vraagt een gesprek over wat stabiel is en wat verandert. Het intrekken of uitstellen van een verzoek moet zonder beschaming mogelijk blijven. De inzet van veel tijd door artsen of de planning door familie mag geen sociale verplichting tot uitvoering worden.

Vanuit christelijk perspectief verschijnt hier een dubbele verantwoordelijkheid. De patiënt moet vrij kunnen spreken zonder dat zijn doodswens meteen als ongeloof wordt uitgelegd. Tegelijk mag een geloofsgemeenschap de overtuiging dat het leven een gave is helder uitspreken. Goede begeleiding verbindt eerlijkheid over normen met ruimte voor het werkelijke verhaal. Een gesprek waarin maar één antwoord mag klinken helpt niet om de vrijheid van een besluit te begrijpen.

Een verzoek onderzoeken vóór een beslissing

-
- 01 Betekenis**
Is dit een noodkreet, een behandelgrens of een verzoek om euthanasie?
 - 02 Vrijheid**
Is er druk door anderen, verlatenheid of het gevoel een last te zijn?
 - 03 Begrip**
Kan de patiënt informatie begrijpen, afwegen en op zichzelf toepassen?
 - 04 Volharding én verandering**
Bespreek opnieuw; ruimte om van mening te veranderen blijft nodig.

Figuur 8 Een verzoek onderzoeken vóór een beslissing. Bronnen [15,16,18]

11 Wilsbekwaamheid beoordelen

Wilsbekwaamheid is het vermogen om voor een concrete beslissing relevante informatie te begrijpen, op de eigen situatie te betrekken en af te wegen, en een keuze kenbaar te maken. Het uitgangspunt is dat een mens wilsbekwaam is totdat er redenen zijn om anders te oordelen. De beoordeling is beslissingsgebonden: iemand kan eenvoudige zorgkeuzes begrijpen en tegelijk de gevolgen van een ingewikkeld besluit niet overzien. [16]

Dat betekent dat een diagnose niet automatisch het oordeel bepaalt. Dementie, een psychiatrische aandoening, afasie of een verstandelijke beperking kan aanleiding geven tot nader onderzoek, maar is geen universeel bewijs van wilsonbekwaamheid. Omgekeerd bewijst het herhalen van een duidelijke zin niet dat alle benodigde vermogens aanwezig zijn. Een persoon kan een voorkeur uitspreken terwijl hij de betekenis van het besluit niet begrijpt.

De vier vragen in de tabel zijn een didactische ordening van de beoordeling. Ze zijn geen zelftest en hebben geen numerieke afkapwaarde. Een arts moet de antwoorden interpreteren in de context van de persoon en de beslissing. Bij twijfel kan specifieke expertise nodig zijn. Het gaat om argumentatie op basis van gesprek en onderzoek, niet om een algemene indruk dat iemand slim of vriendelijk is.

Tabel 10

Vermogen	Voorbeeld van een open vraag	Wat het antwoord kan verduidelijken
Begrijpen	Wat heeft u begrepen van uw aandoening en de mogelijkheden	Feitelijk begrip
Betrekken op zichzelf	Wat betekent dit voor uw eigen situatie	Persoonlijk besef
Afwegen	Waarom vindt u deze mogelijkheid passender dan de andere	Redenen en samenhang
Keuze uiten	Wat vraagt u nu aan de arts	Betekenis en duidelijkheid

Een beoordeling moet eerst zorgen dat de patiënt een eerlijke kans krijgt om te begrijpen. Pijn, vermoeidheid, gehoorverlies, taalproblemen en een onrustige kamer kunnen het gesprek verstoren. Een tolk, hulpmiddel of korter gesprek kan noodzakelijk zijn. Het onvermogen van een arts om iemand te verstaan is niet hetzelfde als het onvermogen van de patiënt om te beslissen. Die gedachte is vooral belangrijk bij neurologische ziekten en beperkingen in spraak.

Tijdelijke veranderingen vragen herbeoordeling. Een infectie, delirium, acute ontregeling of medicatie kan de besluitvorming aantasten. Het onderzoek moet dan zo mogelijk wachten tot de situatie helderder is, zonder de behandeling van klachten uit te stellen. Bij fluctuerende helderheid is het moment van gesprek relevant. Een algemene notitie wilsbekwaam in het dossier beschrijft niet vanzelf de toestand op ieder later moment.

Het verschil tussen een afwijkende keuze en een ontbrekend vermogen is moreel belangrijk. Een patiënt kan een beslissing nemen die de arts, familie of pastor onverstandig vindt. Die inhoudelijke onenigheid is geen bewijs van wilsonbekwaamheid. De beoordeling moet zich richten op het beslisvermogen. Anders dreigt een zorgverlener alleen keuzes die hij zelf goedkeurt als autonoom te erkennen.

De onomkeerbaarheid van euthanasie maakt een zorgvuldige beoordeling extra belangrijk. De ernst van de gevolgen rechtvaardigt grondig onderzoek en goede documentatie, maar geen nieuw verzonnen wettelijke test. De arts moet uitleggen welke vermogens aanwezig zijn, welke twijfel is onderzocht en welke deskundigheid is gebruikt. Een zorgvuldig oordeel maakt ook zichtbaar wat onzeker blijft. Het verbergen van onzekerheid achter een stempel helpt niemand.

Vier vaardigheden bij wilsbekwaamheid

Beoordeling is gekoppeld aan deze beslissing, op dit moment.

- 01 Keuze uiten**
Een voorkeur communiceren, eventueel met aangepaste ondersteuning.
- 02 Informatie begrijpen**
De relevante ziekte, opties en gevolgen kunnen uitleggen.
- 03 Betekenis beseffen**
Begrijpen wat deze informatie voor de eigen situatie betekent.
- 04 Afwegen**
Redenen en gevolgen vergelijken vanuit eigen waarden.

Figuur 9 Vier vaardigheden bij wilsbekwaamheid. Bronnen [16,23]

12 Wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging

Wilsonbekwaamheid betekent niet dat een mens geen wensen, ervaringen of belangen meer heeft. Het betekent dat hij voor een bepaalde beslissing onvoldoende vermogen heeft om zelf rechtsgeldig te beslissen. Ook dan blijft zijn actuele gedrag betekenisvol. Een ontspannen houding, angst of weerstand kan informatie geven over wat hem helpt of schaadt. Zorgverleners moeten die signalen blijven onderzoeken.

Bij gewone medische besluitvorming kan een vertegenwoordiger optreden. De wettelijke rangorde en een eventuele schriftelijke aanwijzing zijn daarbij relevant; ook een door de rechter benoemde curator of mentor kan een rol hebben. De vertegenwoordiger moet de waarden en belangen van de patiënt behartigen, niet zijn eigen voorkeur vooropstellen. De arts houdt een eigen professionele verantwoordelijkheid en moet goede zorg leveren. Een verzoek om een medisch niet aangewezen behandeling hoeft niet te worden uitgevoerd. [17]

Euthanasie vormt hier een bijzondere grens. Een vertegenwoordiger mag niet zelf namens de patiënt een nieuw euthanasieverzoek doen. Hij kan vertellen wat de patiënt eerder zei, een verklaring overleggen en het levensverhaal toelichten. Maar hij kan de eigen patiëntwil niet vervangen met de gedachte dat hij als partner of kind het beste weet wat wenselijk zou zijn. Hetzelfde geldt voor een mentor of curator.

Voor naasten kan dat zwaar voelen. Zij zien het lijden dagelijks, worden geconfronteerd met achteruitgang en willen een belofte nakomen. De arts moet erkennen wat zij dragen en tegelijk duidelijk uitleggen welke bevoegdheid zij hebben. Een grens aan hun beslismacht is geen ontkenning van hun liefde of kennis. Ze beschermt de persoon wiens leven op het spel staat.

Een eerdere schriftelijke verklaring kan bij euthanasie onder voorwaarden een rol spelen wanneer de patiënt zijn wil niet meer kan uiten. Dat is geen vertegenwoordiging door een ander, maar het gebruik van een door de patiënt zelf vastgelegde wens. De arts moet onderzoeken of de verklaring betekenisvol past bij de actuele situatie en of de overige eisen kunnen worden vastgesteld. De handtekening alleen maakt dat onderzoek niet overbodig.

Ook zonder euthanasieverzoek kunnen belangrijke behandelbesluiten nodig zijn. Een vertegenwoordiger kan met de arts spreken over de proportionaliteit van opname, antibiotica, sondevoeding of reanimatie. Het doel is passende zorg, niet het construeren van een ontbrekend

euthanasietraject. Daardoor kan een patiënt natuurlijk overlijden nadat een te zware behandeling achterwege blijft, terwijl goede symptoomzorg voortduurt.

Een christelijke levenswensverklaring kan de vertegenwoordiger helpen om zulke keuzes in het licht van de overtuiging van de patiënt te bespreken. Zij mag niet worden gelezen als een eis tot onbeperkt behandelen. Een goede verklaring maakt duidelijk welke zorg gewenst is, wat als disproportioneel wordt gezien en wie bij twijfel mee moet denken. Het benoemen van vertrouwen en waarden helpt wanneer de exacte medische situatie niet vooraf te voorzien was.

Tabel 11

Beslissing	Rol van vertegenwoordiger	Grens
Gewone behandeling	Overleggen en bij wilsonbekwaamheid beslissen binnen het wettelijke kader	Goede zorg en patiëntbelang blijven leidend
Behandelvebod	Eerdere weigering toelichten en bewaken	Arts onderzoekt toepasselijkheid
Palliatieve sedatie	Toestemming bespreken wanneer patiënt dit niet zelf kan	Medische indicatie vereist
Euthanasie	Eerdere eigen wens en dossierinformatie aanreiken	Geen nieuw verzoek namens patiënt

13 Schriftelijke wilsverklaringen en hun grenzen

Een wilsverklaring is een verzamelnaam. Een behandelverbod, een niet reanimerenverklaring, een schriftelijk euthanasieverzoek en een aanwijzing van een vertegenwoordiger hebben niet dezelfde juridische werking. Een weigering van behandeling heeft een andere status dan een verzoek om een bijzondere handeling. Wie deze documenten samen opbergt, moet ervoor zorgen dat de verschillen voor de arts zichtbaar blijven. [18]

Een schriftelijk euthanasieverzoek is geen contract waarmee de arts verplicht wordt te handelen. Het beschrijft de eigen wens van de patiënt voor een later mogelijk verlies van het vermogen om zijn wil te uiten. Artikel 2 lid 2 Wtl ziet op een patiënt van zestien jaar of ouder die die verklaring maakte toen hij tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat was. De overige zorgvuldigheidseisen blijven van overeenkomstige toepassing. [2]

Een persoonlijke verklaring is doorgaans informatiever dan alleen een algemene slogan. De woorden als mijn leven geen kwaliteit meer heeft kunnen heel verschillende situaties bedoelen. Het is zinvoller om te bespreken welke ervaringen iemand vreest en waarom. Verlies van communicatie, niet meer thuis kunnen wonen, ernstige pijn en het niet herkennen van familie zijn verschillende zorgen. Niet ieder gevreesd toekomstbeeld vormt later automatisch actueel ondraaglijk lijden.

Tijdige gesprekken geven de verklaring context. Wat bedoelde de patiënt met zijn woorden? Wist hij welke zorg beschikbaar was? Had hij een ziekte al van dichtbij meegemaakt? Heeft hij na de diagnose anders leren denken? Een medische notitie van gesprekken kan later helpen om een formulering te begrijpen. Ze is geen manier om de tekst achteraf uit te breiden met een wens die nooit is uitgesproken.

Een verklaring heeft niet simpelweg een vaste vervaldatum. Maar een oud document kan onzekerheid geven over de actuele overtuiging. Regelmatige bespreking en actualisering bevorderen duidelijkheid. Een nieuwe mondelinge of schriftelijke wens kan betekenen dat eerdere tekst niet meer passend is. Het doel van zorgplanning is daarom niet het produceren van een onveranderlijk papier, maar het begrijpen van de persoon over de tijd. [18]

De spanning tussen vroegere en huidige belangen wordt vooral zichtbaar bij dementie. Een vrouw wilde vroeger beslist niet afhankelijk worden. Later geniet zij zichtbaar van muziek en nabijheid, hoewel zij veel niet meer begrijpt. Dat huidige welzijn is geen administratieve hinderpaal die moet worden weggewerkt. Het is relevante informatie over haar actuele gesteldheid. Andersom kan een weinig sprekende patiënt ernstige angst of pijn ervaren; het ontbreken van een coherent gesprek bewijst niet dat alle lijden ontbreekt.

De verklaring vraagt dus een dubbele lezing: wat wilde de patiënt toen, en wat is nu daadwerkelijk aan de orde? De arts moet beide vragen onderzoeken. Een familie kan helpen door herinneringen en voorbeelden te delen. Zij kan de uitkomst niet afdwingen met een beroep op trouw aan het document. Dat voorkomt dat een verzoek geleidelijk de vorm krijgt van een opdracht waarvan terugkeer niet meer toegestaan lijkt.

Niet iedere verklaring heeft dezelfde werking

01 Behandelweigering

Grenzen aan medische behandeling; afzonderlijke wettelijke betekenis.

02 Euthanasieverzoek

Onder voorwaarden vervanging van een mondeling verzoek vanaf zestien jaar.

03 Vertegenwoordiging

Iemand aanwijzen voor behandeloverleg; geen macht om zelf euthanasie te verzoeken.

04 Levenswensen

Waarden en zorgvoorkeuren; bespreek concrete toepassing met de arts.

Figuur 10 Niet iedere verklaring heeft dezelfde werking. Bronnen [2,17,18,60]

14 Dementie tussen vroegere autonomie en actuele ervaring

Dementie vormt geen uniforme situatie. In een vroege fase kan iemand de diagnose, het verwachte verloop en de gevolgen van zijn verzoek nog goed begrijpen. In latere fasen kan dat vermogen afnemen. De arts moet daarom voor de concrete beslissing beoordelen of de patiënt nog wilsbekwaam is. Een algemene aanduiding ernstig dement vervangt die beoordeling niet. [19]

Wanneer iemand nog wilsbekwaam is, kan hij zelf een verzoek doen. Het actuele lijden kan mede worden gevormd door de ervaring van achteruitgang en de angst voor verdere ontregeling. Toch blijft het noodzakelijk om te onderzoeken wat nu ondraaglijk is en welke ondersteuning nog mogelijk is. De vrees ooit afhankelijk te worden is niet op zichzelf een vrijbrief voor euthanasie.

Bij voortgeschreden dementie kan een schriftelijk verzoek onder voorwaarden een mondeling verzoek vervangen. De Hoge Raad benadrukte in 2020 dat de verklaring in haar context moet worden uitgelegd, dat alle wettelijke eisen blijven gelden en dat gedrag of uitingen kunnen betekenen dat de actuele toestand niet past bij wat werd voorzien. Ook het vaststellen van ondraaglijk lijden vraagt dan bijzondere aandacht. [7]

De moeilijke vraag is niet alleen of iemand vroeger echt euthanasie wilde. Zij is ook of er nu een situatie bestaat waarin uitvoering volgens de wet en de professionele norm verantwoord kan worden. Een voldoende specifiek document maakt de medische beoordeling niet eenvoudiger dan die in

werkelijkheid is. Het vraagt observatie, kennis van het ziektebeeld, het uitsluiten of behandelen van andere oorzaken van onrust en onafhankelijke deskundigheid.

Een onrustige patiënt kan pijn, een infectie, delirium, angst of overprikkeling hebben. Een ongeschikte benadering kan weerstand oproepen. De observatie dat hij schreeuwt mag daarom niet rechtstreeks worden vertaald als bewijs van ondraaglijk dementielijden. Hetzelfde geldt voor de vraag om naar huis te gaan. Die kan een behoefte aan veiligheid uitdrukken, geen doodswens. Goede zorg probeert eerst te begrijpen waarop de uiting antwoord zoekt.

De praktijk vereist extra behoedzaamheid en, in deze bijzondere context, passende onafhankelijke deskundigheid naast de wettelijke consultatie. De KNMG beschrijft dit juridische en professionele kader afzonderlijk. Een dossier moet de geldende beroepsnorm concreet volgen en mag niet volstaan met de minimale wettelijke formulering één arts. De rollen van beoordelaar, consulent en uitvoerder moeten herkenbaar zijn. [19]

Christelijke critici stellen dat de onvoorwaardelijke waarde van de persoon zwaarder moet wegen dan zijn vroegere afkeer van afhankelijkheid. Voorstanders van uitvoering benadrukken dat ernstig verlies van autonomie niet hoort te betekenen dat een zorgvuldig vastgelegde wil waardeloos wordt. De actuele ervaring van de patiënt voorkomt dat dit debat alleen over twee abstracte beginselen gaat. Wie beschermt en wie respecteert, moet naar dezelfde concrete persoon kijken.

De casus uit de bron uit 2012 moet met deze vragen worden gelezen. De krantbeschrijving bevat relevante aanwijzingen, maar niet het gehele dossier. Het huidige dossier kan niet op afstand vaststellen dat de arts destijds moord pleegde of dat alle medische en morele vragen opgelost waren. Het kan wel uitleggen welke informatie nodig is om een dergelijke beslissing zorgvuldig te onderzoeken.

Dementie vraagt een individuele beoordeling

- 01 Nu wilsbekwaam**
Actueel verzoek onderzoeken; diagnose op zichzelf is onvoldoende.
- 02 Nu wilsonbekwaam**
Geldige vroegere schriftelijke verklaring en betekenis zorgvuldig onderzoeken.
- 03 Actueel lijden**
Geen vervanging door belasting of verdriet van familie; alternatieven toetsen.
- 04 Aanvullende expertise**
Bij gevorderde dementie extra onafhankelijke deskundigheid en waarborgen.

Figuur 11 Dementie vraagt een individuele beoordeling. Bronnen [7,8,19]

15 Psychische aandoeningen en het beoordelen van uitzichtloosheid

Psychisch lijden kan diep en langdurig zijn. Het mag niet worden verkleind met de opmerking dat iemand lichamelijk gezond lijkt. Tegelijk kunnen depressie, psychose, trauma en andere aandoeningen de waarneming van toekomstmogelijkheden beïnvloeden. De arts moet daarom zowel de ernst van het lijden erkennen als onderzoeken of de doodswens een uitdrukking is van behandelbare symptomen of een duurzaam weloverwogen verzoek. [20]

De beoordeling heeft een brede reikwijdte. Welke diagnose is gesteld en hoe betrouwbaar is zij? Welke behandeling heeft daadwerkelijk plaatsgevonden? Was zij passend, voldoende lang en uitvoerbaar? Welke ondersteuning bestaat buiten de klassieke behandeling? Een lange zorggeschiedenis bewijst niet vanzelf dat iedere redelijke mogelijkheid is uitgeput. Maar het is evenmin redelijk om iemand uitsluitend op basis van theoretische mogelijkheden eindeloos een volgende behandeling voor te houden.

Het ontbreken van redelijke andere oplossingen vraagt een afweging van kans op verbetering, termijn en belasting. Een patiënt kan een behandeling afwijzen; de arts moet onderzoeken waarom en of die weigering in zijn situatie redelijk is. Wanneer de arts overtuigd blijft dat een reële passende mogelijkheid bestaat, kan het euthanasieverzoek vooralsnog niet worden ingewilligd. Recht op behandelweigering is geen automatische vervulling van de Wtl criteria. [21]

Voor de actualiteit is de ontwikkeling van beroepsrichtlijnen relevant. In juni 2025 publiceerde de NVvP een addendum over de consultatiefase. Op 11 juni 2026 is de module over de second opinion door een onafhankelijk psychiater vernieuwd en op geldigheid beoordeeld. Zij beschrijft een onafhankelijke beoordeling met zo nodig andere deskundigheid en multidisciplinair overleg, gevolgd door een beredeneerd verslag. Second opinion en wettelijk consult zijn verschillende stappen. [22,23]

De publicatiedatum van een webmodule mag niet worden verward met volledige inhoudelijke herziening van alle onderdelen van een richtlijn. Sommige andere modules op dezelfde website dragen een publicatiedatum in 2026 maar verwijzen bij de geldigheidsbeoordeling nog naar 2018. Daarom citeert dit dossier modules afzonderlijk. Een arts moet bij een werkelijk verzoek steeds de actuele professionele standaard als geheel raadplegen.

De EuthanasieCode 2026 onderscheidt lijden door een psychische aandoening, gemengd lichamelijk en psychisch lijden en lichamelijk lijden waarbij een psychische aandoening in de achtergrond aanwezig is. Niet iedere psychiatrische voorgeschiedenis betekent dat dezelfde extra beoordeling nodig is, maar mogelijke invloed op vrijwilligheid en afweging moet worden onderzocht. Wanneer psychisch lijden grondslag van het verzoek is, is onafhankelijke psychiatrische expertise essentieel. [8]

Bij jonge mensen wegen ontwikkeling en lange mogelijke toekomst extra zwaar. Een politieke wens om een leeftijdsgrens van dertig jaar in te voeren is echter niet hetzelfde als een geldende algemene wettelijke grens. Een dossier mag een partijstandpunt niet als wet presenteren. De feitelijke beoordeling blijft gebonden aan de Wtl en de toepasselijke beroepsnormen.

De ethische spanning kan niet worden opgelost door te zeggen dat hoop altijd aanwezig is of dat een lang lijden automatisch uitzichtloos is. Verantwoorde zorg vraagt een onderbouwde inschatting van wat nog kan helpen, wat de patiënt werkelijk begrijpt en wat hij kan dragen. Ook bij afwijzing van euthanasie blijft continuïteit van zorg nodig. Een afwijzing zonder begeleiding kan als verlaten worden ervaren en maakt het probleem groter.

Psychiatrische expertise en wettelijke consultatie



Figuur 12 Psychiatrische expertise en wettelijke consultatie. Bronnen [8,20–23,28]

16 Ouderdom stapeling van aandoeningen en voltooid leven

Oud worden kan gepaard gaan met een samenloop van beperkingen. Slecht zien, slecht horen, pijn, evenwichtsproblemen en functieverlies kunnen samen zwaar belastend zijn. Bij een medische stapeling kan het geheel belangrijker zijn dan elke aandoening afzonderlijk. Toch mag het woord stapeling niet als algemene formule worden gebruikt voor een hoge leeftijd en weinig levensvreugde. De medische aandoeningen en hun bijdrage aan het lijden moeten worden vastgesteld.

Voltooid leven heeft in het debat een andere betekenis. Het verwijst doorgaans naar mensen die het leven als afgerond of niet meer leefbaar ervaren zonder dat hun verzoek voldoende medische grondslag heeft voor de Wtl. Volgens de actuele overheidsinformatie biedt enkel klaar met leven zijn geen euthanasiegrond. Voorstellen voor een andere regeling moeten als voorstellen worden besproken. [3,24]

De begrippen kunnen in een persoonlijk verhaal door elkaar lopen. Een oude man zegt dat zijn leven voltooid is en heeft daarnaast ernstige ziekte. Dat hij die woorden gebruikt sluit een medische beoordeling niet uit. Andersom maakt een lichte lichamelijke klacht een overwegend sociale doodswens niet automatisch tot euthanasielijden. De arts onderzoekt het werkelijke verband en moet niet alleen op een gekozen etiket reageren.

Het PERSPECTIEF project onderzoekt doodswensen bij ouderen die niet ernstig ziek zijn en keek naar mensen en cijfers. Het onderwerp vraagt aandacht voor eenzaamheid, verlies, kwetsbaarheid en veranderlijkheid van wensen. Het is onjuist om zonder eigen onderzoek te spreken over één stabiele groep met exact dezelfde motivatie. Ook mensen die zelfbeschikking sterk waarderen kunnen tegelijk behoefte hebben aan verbinding en praktische steun. [25]

Een maatschappelijk risico is dat een keuzemogelijkheid wordt gevoeld als een verwachting. Als afhankelijkheid in gesprekken steeds als een tekort wordt beschreven, kan iemand het idee krijgen dat blijven leven anderen onredelijk belast. Dat risico is een reden om zorg en waardering zichtbaar te organiseren. Het bewijst niet dat elk verzoek onder druk tot stand komt. Goede analyse vermijdt zowel ontkenning van structurele invloed als beschuldiging van iedere familie.

Een andere vraag is of bescherming te paternalistisch kan worden. Een oudere die helder spreekt, wil niet voortdurend worden behandeld alsof hij zijn eigen ervaring niet begrijpt. Het beantwoorden van sociale problemen mag geen truc zijn om het gesprek eindeloos uit te stellen. Eerlijke begeleiding onderzoekt welke hulp werkelijk beschikbaar is en laat de persoon meedenken. Bescherming moet zijn stem versterken.

De christelijke bijdrage ligt hier in de overtuiging dat ook een afhankelijk leven betekenis heeft en dat gemeenschap meer is dan individuele keuzevrijheid. Die overtuiging wordt geloofwaardig wanneer ze zichtbaar wordt in bezoek, respijtzorg, vervoer, financiële ondersteuning en erkenning van de oudere als volwaardig lid. Een uitspraak dat het leven kostbaar is vraagt een praktische vervolgvraag: wie helpt deze persoon om dat ook te ervaren?

Tabel 12

Situatie	Medische beoordeling	Juridische betekenis
Ernstige ziekte en hoge leeftijd	Concrete aandoening en lijden onderzoeken	Wtl kan onder voorwaarden relevant zijn
Meerdere ouderdomsaandoeningen	Samenloop en alternatieven beschrijven	Geen automatische indicatie
Levensmoeheid zonder medische grondslag	Welzijn psychische toestand en steun onderzoeken	Enkel dit is onvoldoende voor Wtl
Wetsvoorstel voor ouderen	Beleidsdoel en waarborgen beoordelen	Geen geldende toestemming door het bestaan van een voorstel

Voltooid leven en aandoeningen onderscheiden

- 01 Geen medische grondslag**
Alleen klaar zijn met leven valt niet onder de Wtl.
- 02 Meerdere ouderdomsaandoeningen**
Gezamenlijk medisch veroorzaakt lijden kan een grondslag vormen.
- 03 Altijd dezelfde wettelijke eisen**
Leeftijd, eenzaamheid of een verzoek alleen maken euthanasie niet toegestaan.

Figuur 13 Voltooid leven en aandoeningen onderscheiden. Bronnen [3,6,8,14,25]

17 Kinderen jongeren en afzonderlijke beschermingsregels

Bij kinderen spelen ontwikkeling, afhankelijkheid van ouders en de aard van de aandoening een bijzondere rol. De Wtl kent voor twaalf tot zestien jaar een eigen verzoek van het kind met instemming van ouders of voogd. Voor zestien tot achttien jaar moeten ouders of voogd bij de besluitvorming worden betrokken. Ook moet de jonge patiënt in staat zijn tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake en moeten alle overige eisen zijn vervuld. Leeftijd alleen zegt niet wat een kind begrijpt. [2,4]

De instemming van ouders vervangt het verzoek van het kind niet. Het is mogelijk dat ouders het ondraaglijk vinden om hun kind te zien lijden terwijl het kind verder wil leven. Het omgekeerde kan eveneens gebeuren. In zulke situaties is een zorgvuldig gesprek met passende deskundigheid nodig. De beslissing kan niet worden afgeleid uit de stem van degene die het meest verdrietig of het meest mondig is.

Kinderen onder de Wtl leeftijdsgrens vragen een ander kader. De regeling die per 1 februari 2024 voor kinderen van 1 tot 12 jaar van kracht werd, betreft uitzonderlijke actieve levensbeëindiging bij ernstig uitzichtloos en ondraaglijk lijden zonder redelijke mogelijkheid tot verlichting. Het gaat om een afzonderlijke beoordeling, niet om een uitbreiding van het gewone euthanasieverzoek van een wilsbekwame volwassene. De speciale commissie beoordeelt en rapporteert aan het OM, dat de strafrechtelijke beoordeling maakt. [10,26]

Ook het taalgebruik van publieksinformatie vraagt nauwkeurigheid. De titel 1 tot 12 jaar beschrijft een specifieke regeling; de concrete leeftijdsafbakening en verhouding tot de Wtl moeten bij een echte

casus in de regeling zelf worden gecontroleerd. Een dossier voor leken kan niet met een globale tabel een uitzonderlijk pediatrisch besluit legitimeren. Voor pasgeborenen bestaat eveneens een afzonderlijk beoordelingskader.

De ethische moeilijkheid is dat het beschermen van leven en het beschermen tegen ondraaglijk lijden beide zwaar wegen. Een kind met een ernstige beperking is niet om die beperking minder beschermwaardig. Ook verwachte zorglast voor ouders is geen zelfstandige reden voor actieve levensbeëindiging. De vraag gaat over de toestand van het kind en de beschikbare medische en kinderpalliatieve zorg, met zeer hoge eisen aan deskundigheid en verantwoording.

Voor jonge volwassenen vraagt vooral psychisch lijden behoedzaamheid. Hun wettelijke meerderjarigheid is belangrijk, maar neemt de invloed van ontwikkeling, opvoeding, trauma en afhankelijkheid niet weg. Ouders kunnen waardevolle informatie geven; hun betrokkenheid bij een meerderjarige patiënt vereist aandacht voor toestemming en privacy. De vernieuwde second opinion module uit 2026 adviseert bij 18 tot 23 jaar sterk om ouders of verzorgers te betrekken als de patiënt daarmee instemt. [23]

Een christelijke benadering moet hier twee simplificaties vermijden. De ernst van het lijden mag niet worden verzacht door te zeggen dat God een plan heeft. Evenmin mag de waarde van het kind afhankelijk worden gemaakt van de verwachte zelfstandigheid. Zorg voor het gezin, respijt, psychosociale begeleiding, pastorale nabijheid en toegang tot kinderpalliatieve expertise horen bij bescherming. Ethische beginselen krijgen betekenis in de ondersteuning die daadwerkelijk wordt aangeboden.

Tabel 13

Leeftijd of situatie	Eigen wil en betrokkenheid	Kader
12 tot 16 jaar	Eigen verzoek en instemming ouders of voogd	Wtl met aanvullende voorwaarden
16 tot 18 jaar	Eigen verzoek ouders of voogd betrekken	Wtl met aanvullende voorwaarden
Vanaf 18 jaar	Eigen besluit familie niet automatisch beslissingsbevoegd	Wtl en professionele standaard
Jonge kinderen buiten Wtl verzoek	Eigen ervaring zo mogelijk betrekken en ouders zorgvuldig horen	Afzonderlijke beoordelingsregeling
Pasgeborenen	Geen wilsbekwaam verzoek	Afzonderlijk uitzonderingskader

18 Mag een arts weigeren

Een arts mag euthanasie weigeren. Er is geen algemene uitvoeringsplicht, ook niet wanneer een patiënt een schriftelijk verzoek heeft en ook niet wanneer aan de wettelijke criteria zou kunnen zijn voldaan. Gewetensbezwaren kunnen religieus of niet religieus zijn. Daarnaast kan een arts medische twijfel hebben of door situatiegebonden omstandigheden niet willen of kunnen uitvoeren. Die redenen moeten helder van elkaar worden onderscheiden. [3,27]

De eerste categorie is een wettelijke grens. Wanneer de arts niet overtuigd is dat aan de eisen is voldaan, kan hij de handeling niet uitvoeren binnen de bijzondere strafuitsluitingsgrond. Dat is geen kwestie van persoonlijke voorkeur. Hij moet uitleggen welke voorwaarde onvoldoende onderbouwd is en welke zorg of beoordeling nodig blijft.

De tweede categorie is principiële terughoudendheid. Een arts kan geloven dat doelgerichte levensbeëindiging niet bij zijn beroep past. Hij moet dat tijdig bespreken, zodat een patiënt zijn mogelijkheden kent. De KNMG onderscheidt het ontbreken van een juridische verwijsplicht van een morele en professionele verantwoordelijkheid om iemand tijdig te helpen een collega te vinden. Het dossier maakt dus geen automatische wettelijke verwijsplicht van een beroepsnorm. [27]

De derde categorie is situatiegebonden onvermogen. Een arts die aanvankelijk bereid was, kan door emotionele belasting, privéomstandigheden of afwezigheid niet meer kunnen handelen. Dan zijn uitleg en tijdige overdracht volgens de beroepsnorm belangrijk. De patiënt mag niet tot het laatste moment denken dat de voorbereiding is afgerond terwijl er feitelijk geen beschikbare uitvoerder is.

Weigeren is niet hetzelfde als alle zorg beëindigen. Een arts houdt een verantwoordelijkheid voor symptoombestrijding, informatie, begeleiding en continuïteit. Hij kan een euthanasiehandeling afwijzen en tegelijk zorgvuldig helpen bij pijn, benauwdheid, onzekerheid en angst. Ook wanneer een patiënt een andere arts zoekt, is een passende overdracht nodig. Een conflict over euthanasie mag geen onbesproken gat in de gewone zorg veroorzaken.

Voor patiënten is het nuttig om vroeg naar de houding van de arts te vragen. Niet om alvast een garantie te krijgen, maar om misverstanden te voorkomen. Een arts kan in principe bereid zijn euthanasie te overwegen en later tot de conclusie komen dat het specifieke verzoek niet voldoet. Die mogelijkheid moet vanaf het begin duidelijk zijn. Overwegen is geen toezegging tot uitvoeren.

Een christelijke arts kan de spanning ervaren tussen trouw aan zijn geweten en goede hulp aan iemand met een andere overtuiging. Een open gesprek kan zeggen dat hij niet wil doden en tegelijk alles wil doen om lijden te verlichten. Voor de patiënt is die helderheid respectvoller dan een vertraging die als medische procedure wordt gepresenteerd terwijl het eigenlijk om een principiële grens gaat.

De arts heeft zelf ook ondersteuning nodig. Moreel beraad en overleg met collega's kunnen helpen om twijfel te onderzoeken. Ze vervangen niet zijn uiteindelijke verantwoordelijkheid. Een werkomgeving waarin weigeren of uitvoeren alleen met schaamte mogelijk is, ondermijnt zorgvuldig oordelen. Ruimte voor professioneel geweten is een onderdeel van een stelsel waarin geen van beide partijen tot een bepaalde uitkomst wordt gedwongen.

Tabel 14

Reden	Wat de arts moet verduidelijken	Wat blijft nodig
Wettelijke eis ontbreekt	Welke eis niet vastgesteld kan worden	Passende zorg en zo nodig onderzoek
Principiële bezwaren	Persoonlijke professionele grens	Tijdige informatie en hulp bij andere route volgens beroepsnorm
Tijdelijke omstandigheden	Waarom eerdere bereidheid niet uitvoerbaar is	Tijdige overdracht en continuïteit
Onvoldoende expertise	Welke deskundigheid ontbreekt	Gericht overleg of verwijzing

Weigeren vraagt ook een zorgplan

01

Voorwaarden ontbreken

Arts mag niet uitvoeren; bespreekt wat onderzocht of behandeld kan worden.

02

Gewetensbezwaar

Geen plicht tot euthanasie; arts legt de eigen grens tijdig uit.

03

Professionele ondersteuning

Geen wettelijke verwijsplicht; wel professioneel helpen bij het vinden van een collega.

04

Zorg blijft doorgaan

Informatie, verlichting, begeleiding en bereikbaarheid organiseren.

Figuur 14 Weigeren vraagt ook een zorgplan. Bronnen [3,27]

19 De procedure en de rollen van betrokkenen

Een euthanasietraject begint met een verzoek en gesprekken, niet met de afspraak voor een handeling. De arts onderzoekt de betekenis van het verzoek, het beslisvermogen, de aandoening, het lijden en de alternatieven. Wanneer hij zelf meent dat aan de eerste voorwaarden is voldaan en uitvoering overweegt, volgt onafhankelijke consultatie. Specifieke situaties kunnen daarnaast deskundige beoordelingen vragen. Het verloop is afhankelijk van de medische situatie en kan niet voor iedere patiënt in een vast aantal dagen worden samengevat. [8,28]

De uitvoerend arts is verantwoordelijk voor zijn eigen overtuiging en voor het medisch handelen. Een lang bestaande behandelrelatie kan veel context geven, maar is geen garantie van zorgvuldigheid. Een nieuwe arts moet de persoon en zijn dossier voldoende leren kennen. Een positief oordeel van een eerdere behandelaar mag niet eenvoudig worden overgenomen als een afgeronde toestemming.

De SCEN arts ondersteunt en consulteert collega's. In het formele consult beoordeelt hij onafhankelijk de eerste vier zorgvuldigheidseisen en rapporteert schriftelijk. Hij is geen vertegenwoordiger van de patiënt, geen overheidsvergunningverlener en geen vervangende uitvoerder binnen dezelfde consultatierol. Deze onafhankelijkheid is niet alleen een administratieve eis. Zij moet het mogelijk maken een onwelgevallige conclusie uit te spreken. [28]

Een palliatief consult heeft een andere opdracht. Het onderzoekt mogelijkheden om klachten en lijden te verlichten. Een SCEN consult kan niet als een volledige palliatieve inventarisatie worden beschouwd enkel omdat de consulent veel van palliatieve zorg weet. Bij complexe klachten kunnen beide vormen van expertise nodig zijn. Het dossier moet aangeven welke vraag aan welke deskundige is gesteld.

De apotheker heeft een rol in de medisch zorgvuldige uitvoering volgens de professionele richtlijn. De gemeentelijk lijkschouwer ontvangt de melding na levensbeëindiging. De RTE beoordelen vervolgens het handelen van de arts. Wanneer de commissie oordeelt dat niet aan de eisen is voldaan, gaat het oordeel naar OM en IGJ voor hun eigen beoordeling en eventuele stappen. Een RTE oordeel is geen strafvonnis. [2,8]

Naasten hebben een belangrijke informatieve en relationele rol. Zij kunnen beschrijven hoe iemand leeft en lijdt, helpen bij gesprekken en afscheid ondersteunen. Dat maakt hen niet beslissingsbevoegd voor een nieuw euthanasieverzoek. Wanneer de patiënt naasten niet wil betrekken, vraagt dat een

gesprek over vertrouwen, privacy en mogelijke redenen. Een arts mag niet gemakshalve aannemen dat de luidste familievertegenwoordiger de authentieke stem van de patiënt is.

Na afloop eindigt de verantwoordelijkheid niet bij het insturen van formulieren. Nabestaanden kunnen verdriet, opluchting, schuldgevoel of verschil van mening ervaren. Zorgverleners kunnen behoefte hebben aan bespreking. Een goede evaluatie houdt rekening met privacy en voorkomt dat de patiënt achteraf alleen een succes of een mislukking van een procedure wordt genoemd. Het blijft een ingrijpend overlijden.

Wie doet wat in de medische route



Figuur 15 Wie doet wat in de medische route. Bronnen [2,8,28,29]

20 Verschillende vormen en bijzondere toepassingen

De juridisch belangrijkste tweedeling is die tussen euthanasie door de arts en artsenhulp bij zelfdoding. Het verschil ligt in wie de laatste levensbeëindigende handeling verricht. Beide vallen alleen onder de bijzondere wettelijke uitzondering wanneer aan alle voorwaarden is voldaan. De orale route binnen een artsenprocedure mag daarom niet worden verward met zelfstandige inname van middelen buiten die procedure. [4]

Een combinatie kan voorkomen wanneer een als artsenhulp bij zelfdoding begonnen traject overgaat in euthanasie door de arts. De professionele voorbereiding en verslaglegging moeten op zulke omstandigheden zijn ingericht. Dit dossier beschrijft de juridische categorieën en geeft geen technisch

schema voor toediening. De uitvoering behoort tot de medische richtlijn en de verantwoordelijkheid van bevoegde professionals.

Duo euthanasie is geen aparte wettelijke vrijstelling. Twee nauw verbonden personen vragen uitvoering rond hetzelfde moment. Elk verzoek moet afzonderlijk voldoen. De gezamenlijke wens mag niet verhullen dat de ene persoon vooral de andere niet wil overleven. Er zijn twee verschillende onafhankelijke SCEN consultants nodig om de afzonderlijke beoordeling te waarborgen. De RTE noemen voor 2025 zestig duo situaties, oftewel 120 meldingen. [11,29]

Het begrip euthanasie bij dementie benoemt een patiëntgroep, geen ander type levensbeëindigende handeling. Hetzelfde geldt voor euthanasie bij psychisch lijden en bij een stapeling van ouderdomsaandoeningen. De extra moeilijkheden betreffen vooral de beoordeling van verzoek, lijden, alternatieven en noodzakelijke expertise. Een overzicht dat ze als afzonderlijke vrijstellingen presenteert, creëert een verkeerd beeld van de wet.

Ook een wens tot orgaandonatie na euthanasie schept geen reden voor euthanasie. De beoordeling van het verzoek moet onafhankelijk blijven van mogelijke ontvangers of maatschappelijke voordelen. Een patiënt kan een betekenisvolle wens hebben om anderen te helpen, maar die wens mag zijn eigen besluit niet onder druk zetten. De volgorde van beoordeling en de scheiding van verantwoordelijkheden zijn daardoor ethisch wezenlijk. [29]

De plaats van overlijden bepaalt evenmin de rechtmatigheid. Thuis, in een hospice of in een instelling blijven dezelfde relevante voorwaarden gelden. Wel kunnen afspraken over zorg, beschikbaarheid en een levensbeschouwelijk beleid van een instelling invloed hebben op de organisatie. De patiënt moet vroeg begrijpen wat op een bepaalde plek mogelijk is. Een gebouw is geen garantie en geen zelfstandig juridisch verbod.

De termen euthanasie toerisme of euthanasie op bestelling reduceren ingewikkelde situaties tot een suggestie van gemak. Kritiek op toegang of praktijk moet concrete feiten beschrijven. Hetzelfde geldt voor een geruststellende term als waardige keuze. Taal kan de ene handeling normaliseren en de andere verdacht maken zonder dat de medische vragen zijn beantwoord. Een zorgvuldig dossier blijft daarom bij de handeling, het verzoek en de onderbouwing.

Tabel 15

Benaming	Werkelijk onderscheid	Geen gevolgtrekking
Artsenhulp bij zelfdoding	Patiënt verricht laatste handeling	Geen vrije verstrekking aan iedereen

Benaming	Werkelijk onderscheid	Geen gevolgtrekking
Euthanasie door arts	Arts verricht levensbeëindigende handeling	Geen uitvoeringsplicht
Duo euthanasie	Twee afzonderlijke verzoeken gelijktijdig	Geen gezamenlijk criterium voor een paar
Bij dementie of psychisch lijden	Bijzondere beoordeling en expertise	Geen automatische diagnosevergunning
Met orgaandonatie	Afzonderlijke wens na onafhankelijke besluitvorming	Donatie is geen euthanasiegrond

21 Pillen capsules en middelen buiten de medische route

Het publieke debat gebruikt woorden als pil van Drion, Middel X, zelfdodingscapsule en eigen regie. Die woorden verwijzen niet allemaal naar hetzelfde. De pil van Drion is vooral een beleidsidee over toegang tot een middel voor een zelfgekozen einde. Middel X verwijst in Nederlandse strafzaken naar buiten de medische euthanasieroute verspreide middelen. Een capsule kan een farmaceutische vorm betekenen, maar in berichten over Sarco ook een apparaat. De verpakking of benaming vertelt niets definitiefs over de wettelijke status.

Een belangrijk juridisch uitgangspunt is dat het zelf beëindigen van het leven niet als zodanig strafbaar is, terwijl hulp en middelenverstrekking door anderen wel strafbaar kunnen zijn. De Wtl uitzondering is voor artsen die de voorwaarden naleven, niet voor een netwerk van particuliere leveranciers. Dat iemand de inname zelf verricht maakt de betrokkenheid van een leverancier niet automatisch geoorloofd. [2,30]

De rechtbank Gelderland deed op 4 juli 2024 uitspraak in de zaak Condor. Twee verdachten werden veroordeeld voor deelname aan een criminele organisatie die gericht was op hulp bij zelfdoding; verschillende anderen werden vrijgesproken van die beschuldiging. Die verschillen moeten worden genoemd. Het is onjuist om uit één zaak af te leiden dat alle leden van een vereniging strafbaar handelden of dat de vereniging als rechtspersoon in die zaak werd veroordeeld. [31]

Ook de zaak over een leverancier van Middel X uit 2023 en latere zaken laten zien dat doelgerichte verstrekking juridische consequenties kan hebben. Dit dossier gebruikt zulke uitspraken om de grens te verduidelijken, niet om de huidige procedurestatus van ieder individueel hoger beroep te

voorspellen. Waar een bron een nog lopend beroep noemt, is dat geen definitieve bevestiging van de uiteindelijke straf. [30,32]

De medische risico's zijn een afzonderlijk onderwerp. Een buiten de reguliere zorg verkregen middel heeft geen waarborg dat inhoud, zuiverheid of werking overeenkomen met een belofte. Er bestaat geen gegarandeerd rustige of pijnloze uitkomst. Vergiftiging, ernstige complicaties, een niet fataal beloop met blijvende schade en risico's voor omstanders zijn redenen om zulke middelen niet te normaliseren. De aanduiding humaan is een claim die moet worden onderzocht.

Een apparaat dat de laatste handeling bij de gebruiker legt, ontsnapt niet automatisch aan wetgeving over hulp bij zelfdoding, medische hulpmiddelen of andere relevante regels. Buitenlandse berichtgeving over Sarco bewijst evenmin dat gebruik of beschikbaarstelling in Nederland is toegestaan. Dit dossier stelt geen exact Nederlands strafrechtelijk oordeel over een hypothetisch apparaat vast. De concrete rol van betrokkenen en de toepasselijke regels zijn doorslaggevend.

Een ethische discussie over eigen regie kan zinvol zijn zonder middelengebruik te faciliteren. Vragen gaan bijvoorbeeld over bescherming tegen impulsieve beslissingen, betrouwbare beoordeling van wilsbekwaamheid, sociale druk, toezicht en verantwoordelijkheid na verstrekking. De afwezigheid van een arts kan een ervaren drempel wegnemen en tegelijk belangrijke bescherming wegnemen. Het debat moet beide aspecten onderzoeken.

Buiten de Wtl route ontstaan andere juridische vragen

- 01 Middelen in medische zorg**
Geen vrij verkrijgbaar recht op een levensbeëindigend middel.
- 02 Zelfgekozen middelen buiten toezicht**
Geen RTE waarborg; onzekerheid over inhoud, risico en omstandigheden.
- 03 Hulp en levering door anderen**
Kan strafbare hulp bij zelfdoding zijn; beoordeling is afhankelijk van concrete feiten.
- 04 Naam of verpakking verandert de wet niet**
Pil, capsule of apparaat schept geen uitzondering op de wettelijke grenzen.

Figuur 16 Buiten de Wtl route ontstaan andere juridische vragen. Bronnen [2,30–32]

22 Terminale en palliatieve zorg

Palliatieve zorg richt zich op het voorkomen en verlichten van lijden bij mensen met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid en bij hun naasten. Ze omvat lichamelijke, psychische, sociale en spirituele dimensies. Terminale zorg is het deel dat zich richt op de laatste levensfase. Palliatieve zorg kan maanden of jaren eerder beginnen en kan samengaan met behandeling die het leven verlengt. Het is dus niet slechts de zorg nadat er niets meer mogelijk zou zijn. [33]

Het verschil met euthanasie ligt in doel en werkwijze. Palliatieve zorg wil leefbaarheid en comfort verbeteren zonder doelgerichte levensbeëindiging. Euthanasie beoogt op verzoek het leven te beëindigen. Dat beide kunnen worden besproken bij een patiënt met ernstig lijden maakt de handelingen niet identiek. Een arts moet duidelijk zijn over het concrete doel van ieder voorgesteld beleid.

Goede terminale zorg vraagt vooruitdenken. Wat kan gebeuren bij benauwdheid? Wie is 's nachts bereikbaar? Welke klachten vragen een deskundig consult? Waar wil de patiënt blijven en is die plek praktisch haalbaar? Welke mensen moeten worden betrokken? Heldere afspraken kunnen een gevoel van verlatenheid verminderen. Ze bieden geen garantie dat ieder lijden volledig verdwijnt, maar voorkomen dat onbekendheid met hulp tot onnodige angst leidt.

Het gesprek over euthanasie kan een ingang zijn om deze zorgvragen te ontdekken. Een patiënt die niet meer verder wil, vreest misschien vooral een onbehandelde crisis. Een ander heeft ondanks goede zorg een aanhoudend verzoek. Beide verhalen verdienen onderzoek. Het aanbieden van palliatieve zorg moet inhoudelijk gericht zijn op zijn behoeften en mag niet als een moreel examen worden gebruikt voordat hij verder mag spreken.

Voor christelijke ethiek is dit gebied bijzonder belangrijk. Een afwijzing van opzettelijke levensbeëindiging kan alleen overtuigend zijn wanneer zij verbonden is met actieve hulp. Nabijheid omvat luisteren, lichamelijke verzorging, rust, ondersteuning voor de mantelzorger en het serieus nemen van geloofsangst. Een gelovige patiënt kan zowel verlangen naar God als bang zijn voor sterven. Dat is geen tegenspraak die met een enkel Bijbelvers wordt opgelost.

Ook binnen een hospice bestaat diversiteit. Sommige instellingen hebben een christelijke identiteit, andere een algemeen of levensbeschouwelijk breed karakter. De afspraken over behandeling, sedatie, geestelijke verzorging en euthanasie moeten vooraf worden besproken. Het etiket christelijk vertelt

niet vanzelf hoe ieder team met een concrete vraag omgaat. Omgekeerd kan een algemeen hospice uitstekende ruimte geven aan christelijke begeleiding.

Het denken in twee kampen, palliatieve zorg of euthanasie, kan de praktijk vertekenen. Een patiënt die euthanasie overweegt heeft eveneens palliatieve zorg nodig. Een patiënt die euthanasie afwijst kan complexe behandelbesluiten tegenkomen. De medische handelingen hebben verschillende doelen, maar de zorg voor de persoon loopt door. Het is die continuïteit die vertrouwen mogelijk maakt.

Tabel 16

Onderwerp	Palliatieve of terminale zorg	Euthanasie
Doel	Lijden verlichten en leefbaarheid ondersteunen	Leven op verzoek beëindigen
Aanvang	Kan vroeg in ziekteproces	Alleen na eigen verzoek en beoordeling
Terminaliteit	Terminale zorg is laatste fase palliatieve zorg breder	Geen algemene terminaliteitseis
Vertegenwoordiging	Bij wilsonbekwaamheid rol in gewone zorg	Geen nieuw verzoek namens patiënt
Overlijden	Onderliggende aandoening of natuurlijk verloop	Doelgerichte levensbeëindigende handeling

Palliatieve zorg heeft vier samenhangende dimensies

- 01 Lichamelijk**
Pijn, benauwdheid, misselijkheid en andere klachten behandelen.
- 02 Psychisch**
Angst, stemming, verdriet en draagkracht bespreken.
- 03 Sociaal**
Relaties, mantelzorg, wonen, praktische hulp en geldzorgen.
- 04 Spiritueel**
Betekenis, geloof, schuld, hoop en afscheid.

Figuur 17 Palliatieve zorg heeft vier samenhangende dimensies. Bronnen [33,61]

23 Palliatieve sedatie en symptoombestrijding

Palliatieve sedatie verlaagt het bewustzijn met het doel ondraaglijke symptomen te verlichten wanneer passende behandeling onvoldoende mogelijk is. De richtlijn onderscheidt intermitterende, continue en acute vormen. Voor continue sedatie tot het overlijden zijn refractaire symptomen en een geschatte levensverwachting van maximaal twee weken de kernvoorwaarden. De diepte moet proportioneel zijn aan wat voor verlichting nodig is. [34]

Refractair betekent niet eenvoudig dat een klacht ernstig is. Het betekent dat de klacht niet voldoende behandelbaar is binnen de relevante tijd en omstandigheden, of dat een behandeling onaanvaardbaar belastend is. De arts moet dus onderzoeken waardoor de klacht ontstaat en wat nog kan helpen. Een moeilijk gesprek of een tekort aan beschikbare zorg mag niet zonder verdere analyse als onbehandelbaar symptoom worden benoemd.

De tweewekengrens hoort specifiek bij continue palliatieve sedatie tot aan het overlijden. Ze is geen algemene grens voor alle palliatieve zorg en evenmin een wettelijke termijn voor euthanasie. Intermitterende of acute sedatie heeft een eigen context. Een schema dat voor alle vormen dezelfde duur noemt, kan daarom verkeerde conclusies geven.

Sedatie is geen behandeling waarbij overlijden het gewenste middel tot verlichting is. De patiënt sterft aan de onderliggende ziekte en het natuurlijke ziekteverloop. Zorgvuldige toepassing volgens de richtlijn wordt niet gelijkgesteld aan doelgerichte levensverkorting. De mogelijkheid van bijwerkingen vraagt monitoring en proportionaliteit; zij verandert het doel niet vanzelf. [35]

Pijnstilling moet apart worden benoemd. Morfine is geen algemeen slaapmiddel en geen verhulde euthanasieroute. Het kan bij geschikte indicatie pijn of benauwdheid behandelen. Een patiënt die morfine krijgt hoeft niet gesedeerd te zijn. Het horen van een medicatiennaam is dus onvoldoende om te bepalen welke handeling plaatsvindt. Dosisbeleid, indicatie, effect en bedoeling horen bij de professionele beoordeling, niet bij veronderstellingen van omstanders.

De keuze kan een persoonlijke spanning geven. Een patiënt wil misschien tot het laatste moment contact houden en vreest bewustzijnsverlies. Een ander wil vooral beschermd zijn tegen benauwdheid en ervaart sedatie als aanvaardbaar. Het gesprek moet deze voorkeuren herkennen en tegelijk duidelijk maken dat sedatie een medische indicatie vraagt. Het is geen behandeling die wordt gegeven uitsluitend omdat iemand op een gekozen datum wil overlijden.

Ook existentiële nood vraagt expertise. Angst voor betekenisverlies kan intens zijn en met lichamelijke klachten verweven raken. Geestelijke verzorging, psychologie en goede communicatie kunnen nodig zijn. Sedatie mag niet de eerste reactie worden op vragen waarvoor het team geen taal heeft. Een christelijke pastor kan daarbij bijdragen, maar stelt niet zelfstandig de medische indicatie.

De christelijke beoordeling van sedatie berust vaak op het verschil tussen de dood willen en lijden willen verlichten. Dat onderscheid is moreel betekenisvol wanneer het zichtbaar wordt in proportionele behandeling. Een bedoeling die alleen in het dossier staat maar niet past bij het gekozen handelen is onvoldoende. Omgekeerd moet een arts die zorgvuldig verlichting geeft niet worden beschuldigd van doden enkel omdat de patiënt kort daarna overlijdt.

Een sedatiebesluit volgt zijn eigen kader



Figuur 18 Een sedatiebesluit volgt zijn eigen kader. Bronnen [34,35]

24 Verlaagd bewustzijn coma en een eerder verzoek

Verlaagd bewustzijn en coma zijn niet hetzelfde. Bij verlaagd bewustzijn kan nog ervaring van lijden bestaan; bij irreversibel coma beschrijft de RTE dat lijden niet meer kan worden ervaren en euthanasie daarom niet mogelijk is. Een arts moet toestand, oorzaak en mogelijke omkeerbaarheid vaststellen. Niet wekbaar is op zichzelf geen volledige diagnose. [8]

De actuele EuthanasieCode onderscheidt irreversibele bewustzijnsverlaging met tekenen van lijden van die zonder tekenen. Bij tekenen kan uitvoering onder de overige voorwaarden mogelijk zijn; zonder tekenen niet. Bij door medicatie veroorzaakte reversibele verlaging of coma kan een eerder

verzoek relevant blijven als ontwaken het lijden zou doen terugkeren. De patiënt hoeft niet uitsluitend voor bevestiging van het lijden te worden gewekt. [8]

Tabel 17

Situatie	Duiding volgens RTE	Vervolg vragen
Irreversibel coma	Geen euthanasie	Passende palliatieve zorg voortzetten
Irreversibel verlaagd bewustzijn zonder lijdenssignalen	Geen euthanasie	Zorg en observatie
Irreversibel verlaagd bewustzijn met lijdenssignalen	Kan onder voorwaarden	Eigen verzoek en overige eisen toetsen
Reversibel medicamenteus coma of verlaagd bewustzijn	Kan onder voorwaarden	Eerder verzoek aannemelijke terugkeer van lijden en consultatie

Bron EuthanasieCode 2026 paragraaf 4.8. De tabel is een samenvatting en geen uitvoeringsbesluit. [8]

De oudere KNMG richtlijn uit 2010 bespreekt de situatie waarin bewustzijn daalt vóór voorgenomen euthanasie. Zij blijft een relevante professionele bron, maar moet naast de actuele toetsingscode worden gelezen. De bron uit 2012 vat vooral de regel samen dat tekenen van lijden noodzakelijk zijn. Zonder het onderscheid tussen omkeerbare en onomkeerbare toestanden is die samenvatting voor het huidige gesprek onvolledig. [1,36]

Het moment van consultatie maakt verschil. Bij voorgenomen uitvoering nadat een duidelijk verzoek al is gedaan moet worden onderzocht wat de consultant vooraf zag en welke informatie na verandering beschikbaar is. Wanneer een traject nog niet was afgerond of niet was begonnen en de patiënt niet meer kan communiceren, vraagt de code in elk geval om een eigen schriftelijk euthanasieverzoek. De code benoemt ook een verschil met de KNMG richtlijn over de schriftelijke verklaring wanneer consultatie pas na bewustzijnsverlaging volgt. Dat verschil verdient specialistisch overleg, geen simplificatie tot één universele regel. [8,36]

Het RTE oordeel 2026 019 van 18 augustus 2026 illustreert het belang van die beoordeling. Bij een patiënt met slokdarmkanker ontstond na medicatie een toestand waarin hij niet meer wekbaar was. De commissie onderzocht of de toestand omkeerbaar was en welke lijdenssignalen er bestonden. Zij

concludeerde dat de arts tot de overtuiging kon komen dat uitzichtloos en ondraaglijk lijden aanwezig was. Dit ene oordeel maakt niet iedere niet wekbare patiënt een kandidaat. [37]

Een familie kan menen dat een eerder afgesproken moment moet worden aangehouden. De arts moet uitleggen dat medische verandering de beoordeling beïnvloedt. Een planning is geen verplichting om een handeling te verrichten die door een veranderde toestand niet meer verantwoord is. Tegelijk mag verlichting niet worden uitgesteld om een verzoek nog eens te laten herhalen. De persoon moet passende zorg blijven krijgen terwijl onzekerheid wordt onderzocht.

Verlaagd bewustzijn is geen enkelvoudige situatie

Lees dit schema samen met hoofdstuk 24; het is geen uitvoeringsprotocol.

- 01 Irreversibel coma**
Geen bewust ervaren lijden: euthanasie niet geoorloofd.
- 02 Irreversibel verlaagd bewustzijn**
Bij tekenen van lijden kan ruimte bestaan; zonder tekenen niet.
- 03 Reversibel door medicatie verlaagd**
Eerder zorgvuldig beoordeeld verzoek kan relevant blijven; hernieuwd lijden bij ontwaken betrekken.
- 04 Onverwacht of consultatie nog niet afgerond**
Schriftelijk verzoek en aanvullende beoordeling kunnen noodzakelijk zijn; actuele code en richtlijn raadplegen.

Figuur 19 Verlaagd bewustzijn is geen enkelvoudige situatie. Bronnen [8 §4.8,36,37]

25 Behandelbegrenzing voeding en niet reanimeren

Het stoppen van behandeling is niet automatisch euthanasie. Een behandeling kan medisch zinloos zijn geworden, disproportioneel belastend zijn of door een wilsbekwame patiënt worden geweigerd. De arts moet het doel en de verwachte opbrengst beoordelen en de toepasselijke toestemming respecteren. Wanneer behandeling niet wordt voortgezet, blijven comfort, aandacht en symptoomzorg noodzakelijk. Zorg stopt niet omdat een techniek stopt. [38]

Het brondocument erkent deze grens gedeeltelijk, maar spreekt over vocht en voeding soms alsof iedere toedieningsvorm uitsluitend gewone verzorging is. Dat is te algemeen. Een beker water aanbieden verschilt van voeding via een sonde of vocht via een infuus. Kunstmatige toediening heeft

een medische indicatie, mogelijke voordelen en lasten. De morele beoordeling moet die concrete vorm onderzoeken in plaats van alleen het woord voeding te gebruiken. [1]

Een patiënt in de stervensfase kan minder behoefte hebben aan eten en drinken. Dat moet worden onderscheiden van een bewust besluit om het levenseinde te bespoedigen en van een besluit over kunstmatige toediening. Het begrip versterven kan deze verschillende situaties samenvoegen en daardoor verwarring veroorzaken. Het is beter te beschrijven wat er feitelijk gebeurt, waarom en wie het besluit neemt.

Bij gewone orale voeding horen hulp, aandacht en een passende benadering. Een patiënt die niet kan eten door pijn, slikproblemen of onvoldoende begeleiding heeft andere behoeften dan iemand die eten bewust afwijst. Bij een wilsonbekwame patiënt moet het actuele gedrag zorgvuldig worden gelezen. De herziene handreiking uit 2024 besteedt juist aandacht aan deze vragen bij dementie. [39]

Een niet reanimerenbesluit gaat over een mogelijke toekomstige circulatiestilstand. Het is geen toestemming om nu het leven te beëindigen. De medische kans op succes, mogelijke schade, persoonlijke waarden en een geldige weigering spelen een rol. Het besluit moet duidelijk worden vastgelegd en bereikbaar zijn voor de betrokken zorgverleners. Een zorgvuldig besproken besluit kan overbehandeling voorkomen en is niet gelijk aan opgeven.

Hetzelfde geldt voor beademing of dialyse. De vraag is niet alleen of een machine leven kan ondersteunen, maar welk doel de behandeling voor deze patiënt nog heeft en of zij is toegestaan en proportioneel. De bron uit 2012 verzet zich terecht tegen waardering van mensen als planten, maar haar technisch absolute uitspraken over wat machines wel of niet in leven houden zijn geen goede basis voor besluitvorming. Betrouwbare medische beoordeling is nodig.

Vanuit christelijke ethiek kan het aanvaarden van de eindigheid juist betekenen dat men niet iedere techniek blijft inzetten. Gods soevereiniteit is geen opdracht om het sterven technisch te verhinderen. Evenmin is zij een reden om passende zorg achterwege te laten. De spanning wordt onderzocht met de vraag welke behandeling het leven werkelijk dient en welke alleen belasting toevoegt.

Tabel 18

Situatie	Beslissende vraag	Te vermijden verwarring
Medisch zinloze therapie	Is het behandeldoel nog bereikbaar	Stoppen gelijkstellen aan doelgericht doden

Situatie	Beslissende vraag	Te vermijden verwarring
Wilsbekwame weigering	Begrijpt patiënt de keuze en geldt toestemming niet meer	Artsenplicht tot doorgaan aannemen
Kunstmatige voeding	Wat zijn indicatie nut en belasting	Alle voeding technisch of juist niet medisch noemen
Afnemende inname bij sterven	Welke behoefte en klachten bestaan nu	Natuurlijk verloop als zelfdodingsbesluit lezen
Niet reanimeren	Wat is afgesproken voor een eventuele stilstand	Geen zorg meer geven

26 Bewust stoppen met eten en drinken

Bewust stoppen met eten en drinken is een eigen besluit dat buiten de euthanasieprocedure valt. De medische en ethische vragen blijven groot. De KNMG en V&VN handreiking is in 2024 herzien. Zij bespreekt onder meer zorgplanning, patiënten met dementie en de ervaringen van betrokkenen. Dit dossier geeft geen instructies om het proces uit te voeren, maar bespreekt wat zorgvuldige begeleiding en begripsvorming vragen. [39,40]

Het belangrijkste onderscheid is dat natuurlijk minder eten en drinken in de stervensfase niet hetzelfde is als bewust besluiten het levenseinde te bespoedigen. De patiënt kan in beide gevallen comfortzorg nodig hebben, maar de betekenis van het handelen verschilt. Wie de situaties gelijk noemt, kan verdriet, schuldgevoel en verwarring bij familie versterken.

Een wilsbekwaam persoon kan voedsel of behandeling weigeren. Dat ontslaat zorgverleners niet van het onderzoek naar de betekenis en totstandkoming van de keuze. Heeft hij begrepen wat hij besluit? Is er een behandelbare depressie of acute crisis? Is er druk vanuit de omgeving? Welke zorgbehoeften ontstaan en welke grenzen hebben betrokkenen? Het gesprek moet open zijn zonder de handeling als eenvoudig alternatief aan te prijzen.

Bij wilsonbekwaamheid is het bijzonder riskant om een eerdere algemene wens voor stoppen met eten en drinken te gebruiken als opdracht om geen eten meer aan te bieden. Het actuele gedrag van de patiënt, de gewone zorgplicht en het onderscheid tussen weigering en onvermogen zijn wezenlijk. Een persoon die om drinken vraagt of plezier beleeft aan aangeboden eten wordt niet goed begrepen door uitsluitend een oud document te lezen. [39]

Ook de positie van naasten moet worden besproken. Zij kunnen zich gevangen voelen tussen trouw aan een wens en de neiging iemand te verzorgen. Ze kunnen uitputting of twijfel ervaren. Een heldere professionele begeleiding voorkomt dat familie zelf een medisch proces moet organiseren waarvoor zij onvoldoende kennis heeft. Vrijwilligers en pastores kunnen ondersteunen, maar hebben niet de opdracht om klinische beslissingen over te nemen.

Christelijke tradities kunnen deze keuze verschillend duiden. Sommigen zien een doelgericht besluit tot het beëindigen van het eigen leven als moreel verwant aan zelfdoding. Anderen benadrukken het recht om niet te eten of het afzien van belastende medische tussenkomst. Het gesprek moet onderscheiden wat de persoon bedoelt en wat de situatie is. Een algemene afwijzing van euthanasie beantwoordt niet automatisch elke vraag over natuurlijke afname van inname.

Een belangrijke pastorale regel is dat verschil van oordeel geen reden is om iemand te verlaten. Een pastor kan duidelijk zeggen dat hij de keuze problematisch vindt en tegelijk luisteren, bidden of de familie helpen. Het bieden van menselijk contact is niet hetzelfde als het faciliteren van iedere handeling. Waar grenzen liggen moet eerlijk en vroeg worden besproken.

De vergelijking met euthanasie leert vooral dat een handeling buiten de WtI niet eenvoudig minder complex is. De afwezigheid van het wettelijke euthanasiekader neemt vragen over vrijheid, zorg, lijden en verantwoordelijkheid niet weg. Daarom horen goede medische begeleiding en ethische reflectie bij deze situatie, ook wanneer zij juridisch anders wordt geclassificeerd.

27 De NVVE en de controverses over zelfbeschikking

De afkorting NVVE staat voor Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde. De vereniging informeert en adviseert rond het levens einde en bepleit ruimte voor zelfbeschikking. Ze moet worden onderscheiden van Expertisecentrum Euthanasie, dat medische verzoeken beoordeelt, en van Coöperatie Laatste Wil, die een eigen koers heeft. De historische band maakt hun huidige taken en juridische positie niet identiek. [24,41]

De meerjarenstrategie 2026 tot 2030 bepleit onder meer bescherming van de euthanasiewet, betere toegang binnen de bestaande mogelijkheden en aanvullende ruimte voor een vrijwillig einde zonder voldoende medische grondslag. Ze beschrijft ook als uiteindelijk doel een legaal gereguleerd stervensmiddel onder voorwaarden. Dat zijn verenigingsdoelen, geen beschrijving van wat de Nederlandse wet nu toestaat. De vereniging besteedt daarnaast aandacht aan palliatieve zorg. [24]

De bron uit 2012 verwijt de NVVE dat zij waardigheid sterk aan euthanasie koppelt en ouderdom of afhankelijkheid negatief afbeeldt. Die kritiek stelt een reële taalvraag. Een campagne die zelfstandigheid als de maat van een goed leven beschrijft kan mensen met beperkingen raken. Maar het is niet zorgvuldig om zonder analyse van concrete uitingen te zeggen dat iedere NVVE opvatting hun leven waardeloos verklaart. Een dossier moet het argument van de vereniging in zijn sterkste vorm weergeven voordat het kritiek levert.

Het sterkste zelfbeschikkingsargument is dat een weloverwogen patiënt niet door de overtuiging van anderen tot ondraaglijk ervaren voortleven zou moeten worden gedwongen. De beperking van dit argument is dat hulp door een ander niet alleen over de keuze van de patiënt gaat. De arts heeft een eigen morele en professionele positie. Een gereguleerde mogelijkheid vraagt bovendien bescherming tegen druk, misverstanden en tijdelijke beslissingen.

Een tweede argument is barmhartigheid: ernstig lijden kan een reden zijn om een levensbeëindigend verzoek niet categorisch af te wijzen. Critici antwoorden dat barmhartigheid de persoon moet helpen zonder zijn bestaan doelgericht te beëindigen. Het verschil is diep. Het betreft niet de vraag of men medelijden heeft, maar welke handelingen medelijden mag dragen. De aanwezigheid van goede palliatieve zorg kan het debat informeren, maar neemt dit normatieve verschil niet vanzelf weg.

Een derde controverse gaat over toegankelijkheid. Voorstanders zien weigeringen, tekorten aan deskundigheid en lange wachttijden als mogelijk onrecht. Critici vrezen dat toegang wordt opgevat als een aanspraak op een gewenste uitkomst. Beide vragen verdienen plaats: zijn patiënten zorgvuldig gehoord, en blijven artsen vrij een onderbouwde afwijzing te geven? Een systeem is niet zorgvuldig wanneer iedere aanvraag wordt toegewezen, maar evenmin wanneer een aanvraag zonder onderzoek wordt genegeerd.

Opiniepeilingen kunnen maatschappelijke voorkeuren tonen, maar maken een handeling niet rechtmatig en beslissen geen medische indicatie. Uitkomsten hangen af van vraagstelling, steekproef en context. Het dossier neemt daarom geen campagnepercentage over als bewijs dat Nederland één heldere morele keuze heeft gemaakt. De kwaliteit van de argumentatie blijft belangrijk, ook als een meerderheid een bepaalde richting steunt.

Tabel 19

Argument voor meer ruimte	Kritische vraag	Mogelijke gezamenlijke inzet
Zelfbeschikking	Hoe wordt echte vrijheid beschermd	Heldere informatie en ruimte om te herzien
Barmhartigheid	Welke handelingen zijn moreel aanvaardbaar	Lijden serieus nemen
Toegankelijkheid	Is toegang gelijk aan uitvoering	Deskundige beoordeling en tijdige uitleg
Waardig sterven	Wordt afhankelijkheid negatief gewaardeerd	Onvoorwaardelijke menselijke waardigheid
Eigen regie buiten artsenroute	Wie bewaakt besluit en middel	Geen schijnzekerheid over veiligheid

Het NVVE debat langs vier vragen

01

Zelfbeschikking

Welke vrijheid heeft iemand en welke hulp mag een ander bieden?

02

Bescherming

Hoe worden kwetsbaarheid, druk en veranderlijke wensen onderkend?

03

Medische grondslag

Moet de arts poortwachter blijven; wat vraagt een andere route?

04

Zorg en recht

Welke verbeteringen zijn mogelijk zonder onvoldoende zorg tot reden voor sterven te maken?

Figuur 20 Het NVVE debat langs vier vragen. Bronnen [2,24,25,41]

28 De christelijke argumentatie van het brondocument

Feller bouwt zijn christelijke afwijzing op rond vier samenhangende overtuigingen. God geeft en onderhoudt het leven. De mens heeft een waardigheid die niet afhangt van vermogens. Het gebod niet te doden beschermt het bestaan van de ander en van zichzelf. En de gemeenschap, inclusief overheid en kerk, heeft verantwoordelijkheid voor kwetsbare mensen. Deze structuur verdient een zelfstandige uitleg, omdat de argumenten meer omvatten dan een verbod. [1]

Het eerste argument is dat de mens geen absolute eigenaar is. De verwijzing naar de Heidelbergse Catechismus zondag 1 verbindt leven en sterven met het toebehoren aan Christus. Dat kan troost geven wanneer iemand controle verliest. Het lichaam en het leven blijven niet buiten de verhouding tot God. De ethische conclusie van de auteur is dat doelgerichte beëindiging niet tot de toegestane beschikkingsmacht behoort.

Het tweede argument beschermt vooral mensen die afhankelijk worden. Wie waardigheid afleidt van autonomie, communicatie of productiviteit, kan de waarde van ernstig zieke mensen onder druk zetten. De christelijke traditie stelt daartegenover dat een mens in zijn hele bestaan door God wordt gekend. Dat uitgangspunt vraagt om zorg voor dementerende mensen en mensen met een beperking, ook wanneer het contact moeilijk is.

Het derde argument gaat over de taak van de arts. De auteur ziet verlichten en begeleiden als opdracht, en doelgericht doden als overschrijding van die opdracht. Voorstanders van euthanasie kunnen dezelfde zorgtaak ruimer uitleggen; daarom is dit argument niet uitsluitend een beschrijving van een beroepsfeit. Het is een morele opvatting over wat geneeskunde behoort te zijn. Een degelijk dossier maakt dat normatieve karakter zichtbaar.

Het vierde argument verbindt de individuele keuze met samenleving en overheid. De overheid moet het leven beschermen en mag niet door gebrek aan zorg impliciete druk richting de dood creëren. Kerken moeten daarop reageren met diaconale inzet. De kracht van dit argument ligt in de vraag welke omstandigheden keuzes vormgeven. Zijn kwetsbare mensen werkelijk welkom en ondersteund, of horen zij vooral dat ze anderen belasten?

De tekst bevat ook passages die geen noodzakelijke onderdelen van deze argumentatie zijn. De koppeling aan evolutieleer of de vergelijking met de nazistische vernietiging van mensen is niet nodig om het christelijke bezwaar tegen euthanasie uit te leggen. Een historische vergelijking vraagt onderzoek naar wezenlijke verschillen in dwang, selectie, ideologie en recht. Zonder dat onderzoek kan zij meer beschuldigen dan verduidelijken.

Het oordeel over de eeuwige bestemming van een concrete patiënt is evenmin iets dat een arts, dossier of pastor op basis van een euthanasiekeuze kan vaststellen. Christelijke kerken spreken over zonde, genade en oordeel, maar het toepassen daarvan vraagt theologische zorgvuldigheid en pastorale terughoudendheid. De angst van nabestaanden mag niet worden vergroot met stellige conclusies die iemand niet kan dragen of bewijzen.

Een actualisering kan dus de kern behouden en de vorm verbeteren. De beschermwaardigheid van leven, het verzet tegen sociale druk en de verantwoordelijkheid tot zorg blijven krachtig. De juridische informatie moet worden gecorrigeerd en de bespreking van andere mensen moet respectvol zijn. Zo wordt de tekst bruikbaar als uitgangspunt voor gesprek in plaats van alleen als grensmarkering tussen gelovigen en buitenstaanders.

29 Bijbelse argumenten voor bescherming en verantwoordelijkheid

De Bijbel kent geen Nederlands euthanasieprotocol. Moderne medische techniek, onafhankelijke consultatie en het onderscheid tussen verschillende wettelijke documenten worden niet rechtstreeks beschreven. Een christelijke beoordeling moet daarom werken met thema's en hun samenhang: schepping, beeld van God, bescherming tegen doden, zorg voor de naaste, sterfelijkheid, gebed, hoop en verantwoordelijkheid. Dit hoofdstuk geeft een eigen theologische lezing en geen claim dat één tekst ieder medisch geval direct beslist.

Genesis 1 vers 26 en 27 verbindt mens zijn met het beeld van God. In het euthanasiedebat ondersteunt dit de overtuiging dat menselijke waarde niet afhankelijk is van prestatie of zelfstandigheid. Het is geen beschrijving van een cognitieve test. Juist wanneer een mens weinig kan laten zien van wat de omgeving waardeert, blijft de vraag hoe hij als mens wordt ontvangen en beschermd.

Exodus 20 vers 13 en Deuteronomium 5 vers 17 beschermen tegen onrechtmatig doden. Over de precieze vertaling als doden of moorden en over de toepassing op bijzondere situaties bestaat exegetische discussie. Het is te eenvoudig om te zeggen dat het vers op zichzelf alle geneeskundige vragen oplost. Het is even onjuist om te doen alsof het gebod geen betekenis heeft voor opzettelijke levensbeëindiging. De ethische vraag is hoe deze bescherming samenhangt met lijden en verantwoordelijkheid.

In 1 Samuel 2 vers 6 wordt Gods heerschappij over leven en dood bezongen. Psalmen als Psalm 31 en Psalm 139 verwoorden vertrouwen dat het bestaan in Gods hand is. De conclusie dat de mens geen absolute eigenaar is heeft in deze lijn een sterke basis. Daaruit volgt echter niet dat iedere medische tussenkomst Gods wil tegenwerkt. Christenen gebruiken behandeling juist als een middel om het gegeven leven te dienen.

1 Korintiërs 6 vers 19 en 20 spreekt over het lichaam en het toebehoren aan God. De bron noemt op een plaats 1 Korintiërs 6 vers 10 en 19; voor het argument gekocht en betaald is vers 20 relevant. De

oorspronkelijke passage gaat over lichamelijke heiligheid in een concrete context, niet rechtstreeks over euthanasie. De bredere toepassing moet daarom als ethische afleiding worden gepresenteerd.

Lucas 10 vers 25 tot 37 vertelt over de barmhartige Samaritaan. De naaste wordt niet geholpen met alleen een beginsel, maar met concrete zorg, tijd en middelen. In de discussie over euthanasie vraagt dat om aandacht voor pijn, eenzaamheid, geld, mantelzorg en bereikbaarheid. Wie de dood afwijst als antwoord moet de vraag naar daadwerkelijke hulp serieus nemen.

Filippenzen 1 vers 21 tot 24 verbindt het verlangen naar Christus met het blijven dienen van anderen. Het verlangen naar het leven bij God is geen opdracht om zelf een levensbeëindiging te organiseren. Tegelijk maakt de tekst zichtbaar dat verlangen naar de dood bij een gelovige niet altijd eenvoudig als ongeloof kan worden uitgelegd. Context en betekenis zijn nodig.

Tabel 20

Bijbelgedeelte	Thema	Zorgvuldige toepassing
Genesis 1 26 en 27	Mens als beeld van God	Waardigheid niet aan vermogens koppelen
Exodus 20 13	Bescherming tegen doden	Opzettelijke levensbeëindiging moreel onderzoeken
Psalm 31 en 139	Gekend en gedragen	Troost zonder prognose te verzinnen
1 Korintiërs 6 19 en 20	Lichaam en toebehoren	Context erkennen bij ethische afleiding
Lucas 10 25 tot 37	Barmhartige zorg	Concrete hulp organiseren
Filippenzen 1 21 tot 24	Verlangen en verantwoordelijkheid	Doodsverlangen niet direct als opdracht lezen

Bijbelse thema's in samenhang lezen

- 01 Geschapen naar Gods beeld**
Genesis 1:26–27: waarde is niet afhankelijk van functioneren.
- 02 Bescherming van de naaste**
Exodus 20:13 en Lucas 10:25–37: niet doden en concreet zorgen.
- 03 Ontvangen leven en verantwoordelijkheid**
1 Korintiërs 6:19–20 en Romeinen 14:7–9: bestaan in relatie tot God.
- 04 Klacht en hoop**
Psalmen, Job en Romeinen 8: ruimte voor nood zonder lijden te idealiseren.

Figuur 21 Bijbelse thema's in samenhang lezen. Bronnen [1,42–47,62]

30 Klacht lijden hoop en het vermijden van pastorale druk

Bijbelse teksten laten ruimte voor diepe klacht. Job ervaart zijn bestaan als ondraaglijk; psalmen spreken over verlatenheid, angst en verlangen naar verlichting. Elia vraagt in 1 Koningen 19 vers 4 om te mogen sterven. De reactie in het verhaal omvat rust, eten, aanwezigheid en een nieuwe oriëntatie. Zo laat de Schrift zien dat een doodswens niet eerst een morele discussie nodig heeft om serieus te worden gehoord.

Die ruimte is belangrijk voor een zieke christen. Hij kan geloven dat het leven een gave is en toch zeggen dat hij het niet meer kan dragen. Als de omgeving alleen antwoordt met u moet vertrouwen, leert hij mogelijk zijn nood te verbergen. Eerlijke klacht is niet hetzelfde als instemming met euthanasie. Zij kan juist helpen om de werkelijke behoeften zichtbaar te maken.

Hoop heeft verschillende vormen. Hoop op genezing is niet altijd medisch realistisch. Hoop op minder pijn, nabijheid, verzoening, een rustige nacht of vertrouwen in God kan wel blijven. Een pastor moet die vormen onderscheiden. Het beloven van lichamelijke genezing zonder grond kan later schuld en geloofsangst versterken. Het wegnemen van iedere hoop omdat genezing niet meer mogelijk is, verengt hoop tot succes van behandeling.

Het christelijke spreken over kruis en opstanding geeft lijden een plaats zonder het tot doel te maken. Lijden kan binnen een levensverhaal betekenis krijgen, maar de betekenis mag niet door een buitenstaander worden opgelegd als reden om verlichting achterwege te laten. De zieke hoeft niet te

bewijzen dat hij een voorbeeldige gelovige is door pijn te verdragen. Goede palliatieve zorg past bij de opdracht tot barmhartigheid.

Het begrip Gods tijd kan troostend of belastend zijn. Het kan zeggen dat iemand niet alleen verantwoordelijk is voor het verloop van zijn leven. Het kan ook worden gebruikt alsof niemand mag besluiten een zinloze behandeling te stoppen. Dat laatste is geen vanzelfsprekende christelijke conclusie. De aanvaarding van sterfelijkheid kan juist betekenen dat men behandeling niet langer inzet wanneer zij het leven onvoldoende dient.

Een gesprek over eeuwigheid moet aansluiten bij de vraag van de patiënt. Iemand die bang is voor oordeel heeft behoefte aan betrouwbare theologische en pastorale begeleiding. Iemand die verlangt naar God kan behoefte hebben aan gebed en een ritueel van afscheid. Stellige uitspraken over de bestemming van een overleden persoon op basis van de wijze van sterven kunnen nabestaanden onrecht aandoen. De pastor moet de ernst van zijn eigen traditie verbinden met bescheidenheid over concrete oordelen.

Ook familieleden kunnen geestelijke druk ervaren. Een partner denkt dat instemmen met euthanasie liefde bewijst; een kind denkt dat protesteren trouw aan God bewijst. Beide kunnen de zieke onbedoeld belasten. Een goed begeleid gesprek maakt ruimte voor ieders overtuiging en voor de grenzen van ieders rol. De patiënt hoeft niet de morele vrede van de hele familie te produceren.

De pastorale inzet is daarom luisteren, onderscheiden, begrenzen en nabij blijven. Dat zijn geen neutrale lege woorden. Luisteren betekent tijd nemen voor het verhaal. Onderscheiden betekent erkennen wat medisch, relationeel en geestelijk is. Begrenzen betekent eerlijk zijn over wat men niet kan goedkeuren of uitvoeren. Nabij blijven betekent dat de persoon niet verdwijnt achter het meningsverschil. Deze houding maakt een christelijke visie concreet.

31 De rooms katholieke visie

De rooms katholieke leer wijst directe euthanasie en opzettelijke hulp bij zelfdoding af. Menselijk leven heeft intrinsieke waardigheid; de mens is beheerder en geen absolute eigenaar. De Catechismus bespreekt euthanasie, het afzien van disproportionele behandeling en pijnverlichting afzonderlijk. De afwijzing van doden betekent dus niet dat iedere denkbare levensverlengende techniek verplicht is.

[42]

De brief Samaritanus bonus uit 2020 verbindt de norm met zorg voor ernstig zieke en stervende mensen. Zij verdedigt palliatieve begeleiding en bescherming van kwetsbaarheid en maakt onderscheid tussen doelgerichte levensbeëindiging en het afzien van buitengewone of disproportionele middelen. De concrete lasten en voordelen van behandeling moeten worden onderzocht; een patiënt wordt niet minder waard doordat zijn ziekte ongeneeslijk is. [43]

De katholieke visie begrijpt vrijheid binnen relaties met God en anderen. Een autonome keuze is moreel niet voldoende om iedere handeling goed te maken. Ook instemming van alle betrokkenen kan volgens deze leer geen handeling rechtvaardigen waarvan het doel directe levensbeëindiging is. Dat onderscheid verklaart waarom de Kerk soms afwijst wat in Nederland juridisch toegestaan kan zijn.

Bij behandeling speelt proportionaliteit een grote rol. Het is mogelijk een zeer belastende interventie niet te starten of te stoppen wanneer zij onvoldoende nut heeft. Dit is geen oordeel dat het leven waardeloos is. Het is een oordeel over een bepaald middel. Gewone zorg, aanwezigheid en verlichting blijven nodig. Dezelfde patiënt kan dus recht hebben op goede verzorging terwijl een specifieke techniek niet meer passend is.

Voeding en vocht zijn in de katholieke medische ethiek een bijzonder aandachtspunt. Er bestaat een sterke bescherming van gewone zorg, maar de concrete toepassing van kunstmatige toediening vraagt beoordeling van nut en belasting. Een ethisch gesprek mag niet uitsluitend met het woord voedsel worden gevoerd. De toestand van de patiënt en de werking van de toegediende zorg moeten zichtbaar zijn. Een katholieke arts of deskundige kan helpen de leer op een werkelijke situatie toe te passen.

Sacramenten en pastorale aanwezigheid kunnen spanning geven wanneer iemand euthanasie gepland heeft. De Kerk maakt onderscheid tussen menselijke nabijheid en medewerking die als goedkeuring van euthanasie kan worden verstaan. De normatieve sacramentele voorwaarden moeten met een bevoegde priester worden besproken. Het is onzorgvuldig om aan iedere patiënt of nabestaande zonder gesprek te zeggen dat een kerkelijke uitvaart zeker wel of zeker niet kan plaatsvinden. [43,44]

De Catechismus beschrijft ook dat ernstige psychische verstoring, angst en lijden de persoonlijke verantwoordelijkheid bij zelfdoding kunnen verminderen en dat men de hoop op Gods barmhartigheid niet moet opgeven. Dat maakt duidelijk dat afwijzing van een handeling niet gelijk is aan een definitief oordeel over een mens. De pastorale omgang moet dat onderscheid bewaken. [42]

In de praktijk vraagt deze visie om een vroeg gesprek met arts en parochie. Wat vindt de patiënt van behandelbeperking? Welke geestelijke begeleiding wil hij? Welke sacramenten zijn passend? Welke zorg kan lijden verlichten? De katholieke bijdrage is zowel een duidelijke morele grens als een oproep tot intensieve zorg. Beide onderdelen moeten zichtbaar zijn om de visie eerlijk weer te geven.

32 De Protestantse Kerk in Nederland en haar diversiteit

De Protestantse Kerk in Nederland heeft een andere benadering dan een algemene categorische veroordeling. Haar overzicht over euthanasie beschrijft een behoedzame houding, nadruk op goede palliatieve zorg en ruimte om euthanasie in bepaalde situaties niet op voorhand te veroordelen. Het overzicht bespreekt rapporten van voorgangerkerken en latere bezinning. Het is expliciet tot november 2021 bijgewerkt; het mag daarom niet worden gepresenteerd als een nieuw synodebesluit uit 2026. [45]

De historische lijn omvat het rapport Euthanasie en Pastoraat uit 1984, dat in 1985 ook door de hervormden werd overgenomen. De gedachte dat euthanasie in het licht van het christelijk geloof niet altijd onverantwoord hoeft te zijn werd daarbij besproken. Dit betekende geen algemeen gebod of individuele garantie. Het ging om kerkelijke meningsvorming en pastoraat in een tijd van toenemende medische mogelijkheden. [45,46]

De PKN omvat verschillende theologische stromingen. Sommige leden en predikanten wijzen euthanasie principieel af; anderen kunnen een beperkte mogelijkheid zien; weer anderen leggen meer nadruk op persoonlijke verantwoordelijkheid. Een predikant spreekt dus niet automatisch met één identieke stem namens ieder gemeentelid. Ook een boek dat op verzoek van het moderamen verschijnt is niet zonder meer een bindend besluit over iedere casus.

De handreiking Mens tot het einde benadrukt dat dementie de persoon niet uitwist. Gekend zijn door God draagt identiteit ook wanneer eigen herinnering afneemt. Tegelijk verwijst de tekst naar het bredere protestantse gesprek over uitzonderlijke ondraaglijkheid en hulp bij een goede dood. Ze laat daarmee zien dat bescherming van menselijke waardigheid en ruimte voor een moeilijke afweging binnen dezelfde kerkelijke traditie kunnen worden besproken. [47]

De mogelijkheid tot afwegen betekent niet dat autonomie de enige maatstaf is. Een protestantse ethiek kan nadruk leggen op verantwoordelijkheid tegenover God, liefde voor de naaste en aanvaarding van eindigheid. Bij een concrete euthanasievraag moet dan worden onderzocht of de keuze werkelijk

door liefde, vrijheid en zorgvuldigheid wordt gedragen of door angst, druk en een te beperkt beeld van beschikbare zorg.

De kritische protestantse stem van ethici zoals Theo Boer is eveneens relevant. Zijn publicaties laten zien dat iemand vanuit een traditie met ruimte voor uitzonderingen toch waarschuwt voor normalisering en verschuivende verwachtingen. Het dossier gebruikt zulke bijdragen als persoonlijke en wetenschappelijke stemmen; zij vervangen geen formeel kerkelijk standpunt. Een universiteitsprofiel is bovendien geen bewijs dat alle kerkelijke leden het eens zijn. [48]

Pastorale aanwezigheid kan bij uiteenlopende opvattingen doorgaan. Een predikant kan moeite hebben met euthanasie en toch iemand bezoeken, bidden, afscheid begeleiden en nabestaanden ondersteunen. Welke rol hij bij de uitvoering zelf wil hebben, vraagt een gesprek over zijn geweten en de betekenis van aanwezigheid. Het mag niet pas op de dag van het geplande overlijden onbesproken blijken.

De vergelijking met de bron uit 2012 maakt de diversiteit zichtbaar. Fellers principiële afwijzing is een herkenbare christelijke stem, maar omvat niet alle protestantse opvattingen. Een breed dossier moet zowel de gedeelde waarde van leven als het verschil over barmhartigheid en levensbeëindiging bespreken. Dat verschil wordt niet opgelost door de ene groep meer of minder christelijk te noemen.

Gedeelde waardigheid verschillende morele conclusies

- 01 Katholiek reformatorisch en orthodox**
Doorgaans principiële afwijzing van opzettelijke levensbeëindiging.
- 02 Brede protestantse context**
Ook stemmen die uitzonderlijke ruimte voor een gewetensvolle afweging toelaten.
- 03 Gedeelde zorgopdracht**
Nabijheid, verlichting van lijden en bescherming van afhankelijke mensen.
- 04 Concrete gesprekspartner**
Een persoonlijke uitspraak is geen leerbesluit van een hele kerk.

Figuur 22 Gedeelde waardigheid verschillende morele conclusies. Bronnen [42–52]

33 Reformatorische evangelische en orthodoxe visies

Binnen reformatorische kerken vormt het ontvangen leven als gave van God doorgaans het uitgangspunt. De mens is verantwoordelijk voor de omgang met die gave, maar wordt niet gezien als de uiteindelijke eigenaar van zijn bestaan. Het gebod niet te doden wordt verbonden met een positieve opdracht: bescherm de naaste, bezoek de zieke en draag lasten samen. Een afwijzing van euthanasie heeft daarom pas pastorale geloofwaardigheid wanneer de gemeenschap ook tijd, aandacht en praktische hulp beschikbaar stelt.

Deze benadering is herkenbaar in publicaties van de NPV en het Lindeboom Instituut. Hun christelijke medische ethiek maakt verschil tussen het opzettelijk beëindigen van leven en het aanvaarden van een overlijden wanneer behandeling geen passende hulp meer biedt. Pijnbestrijding en proportionele palliatieve zorg kunnen juist uitdrukking zijn van de opdracht om lijden te verlichten. Het standpunt dat euthanasie niet de juiste oplossing is, verplicht dus niet tot maximale behandeling onder alle omstandigheden. [49,50]

Kerkelijke bronnen moeten zorgvuldig worden gewogen. Een door een kerkelijke website aangeboden lezing over palliatieve zorg is niet automatisch een synodaal besluit. Een artikel van een predikant bewijst evenmin dat alle gemeenten en leden precies hetzelfde denken. Een op de website van de Christelijke Gereformeerde Kerken aangeboden bijeenkomsttekst over palliatieve zorg geeft bijvoorbeeld inzicht in een christelijke zorgbenadering; dit dossier presenteert deze tekst niet als een formele uitspraak van alle christelijke gereformeerde gemeenten. [51]

Evangelische gemeenten hebben geen gezamenlijk Nederlands leergezag dat één bindend euthanasiestandpunt voor alle gemeenten formuleert. Veel gemeenten delen de nadruk op het leven als gave, het gebod niet te doden en Gods nabijheid in lijden. De pastorale stijl kan verschillen: sommige leggen sterk de nadruk op gebed en hoop op genezing, andere op aanvaarding van sterven en professionele palliatieve hulp. Het ene mag het andere niet uitsluiten. Bidden om genezing is geen reden om noodzakelijke pijnbestrijding uit te stellen of iemand te verwijten dat onvoldoende geloof de ziekte in stand houdt.

Orthodoxe christelijke ethiek benadrukt eveneens de heiligheid van het leven en wijst euthanasie en hulp bij zelfdoding af. Een bezinningsartikel op de website van de Orthodox Church in America verbindt die afwijzing met verlichting van lijden en erkent grenzen aan het kunstmatig rekken van het stervensproces. Deze bron is representatief voor een orthodoxe benadering, maar is geen bindend

document voor alle Nederlandse orthodoxe jurisdicties. Wie een kerkelijk oordeel zoekt, kan daarom ook bij de eigen priester of bisschoppelijke vertegenwoordiging terecht. [52]

In al deze tradities blijft een spanningspunt bestaan tussen het beschermen van leven en het voorkomen van een zorgpraktijk die iemand alleen laat met ondraaglijkheid. Een pastor die uitsluitend een verbod herhaalt, kan onbedoeld het gesprek sluiten. Een pastor die de ernst van het verzoek erkent zonder zijn overtuiging op te geven, kan samen met patiënt en arts zoeken naar verlichting, steun en betekenis. De vraag achter het verzoek verdient aandacht, ook wanneer de gevraagde handeling wordt afgewezen.

Een christelijke politieke partij vertegenwoordigt ten slotte een politieke visie, geen kerkelijk leergezag. De ChristenUnie bepleit beperkingen en betere alternatieven voor euthanasie. Zulke voorstellen zijn relevant voor het maatschappelijke debat, maar worden pas geldend recht nadat de wetgever daarvoor kiest. De voorkeur om euthanasie bij bepaalde groepen verder te beperken mag daarom niet worden beschreven als een reeds bestaande wettelijke uitsluiting. [53]

34 Kerkelijke verschillen overzichtelijk vergelijken

Een vergelijking van kerken vraagt twee vragen tegelijk: hoe beoordeelt de traditie opzettelijke levensbeëindiging, en welke zorg verlangt zij rondom het sterven? Het verschil over euthanasie is belangrijk. De overeenstemming over menselijke waardigheid, nabijheid en verlichting van lijden is eveneens belangrijk. Geen van die overeenkomsten wist het verschil uit.

Tabel 21

Traditie of bron	Euthanasie	Behandelbegrenzing en palliatieve zorg	Pastorale aandacht
Rooms katholieke leer	Principiële afwijzing van opzettelijke levensbeëindiging	Buitengewone of disproportionele behandeling mag worden begrensd; pijnverlichting is vereist	Sacramenten, verantwoordelijkheid en begeleiding zorgvuldig bespreken
PKN brede kerkelijke context	Verschillende opvattingen; ruimte voor gewetensvolle afweging is historisch aanwezig	Waardigheid blijft bestaan bij afhankelijkheid; passende zorg staat centraal	Gemeente en pastor kunnen anders oordelen; spreek dit tijdig uit

Traditie of bron	Euthanasie	Behandelbegrenzing en palliatieve zorg	Pastorale aandacht
Reformatorische christelijke zorgethiek	Doorgaans principiële afwijzing	Geen plicht tot zinloos doorbehandelen; intensieve palliatieve ondersteuning	Leven als gave, vertrouwen en concrete hulp
Veel evangelische gemeenten	Doorgaans afwijzing; geen gezamenlijke Nederlandse bindende uitspraak	Gebod kan samengaan met professionele verlichting van lijden	Vermijd schuld door gebrek aan geloof; erken angst en verdriet
Orthodoxe benadering in de geraadpleegde OCA bron	Afwijzing van euthanasie en hulp bij zelfdoding	Grenzen aan levensverlengende technieken worden erkend	Priesterlijke begeleiding, gemeenschap en eerbied voor het sterven
NPV en Lindeboom Instituut	Christelijke organisaties met kritische of afwijzende benadering	Zorg, onderzoek en advies over alternatieven en levenswensen	Geen kerkelijk leergezag; wel deskundige gesprekspartners

Bronnen: katholiek [42,43], protestants [45–47], reformatorische zorg [49–51], orthodox [52]. De tabel is een leeswijzer en vervangt geen gesprek met een concrete gemeente of zorginstelling.

Het Bijbelse gebod niet te doden krijgt in deze tradities een verschillende toepassing. Een principiële afwijzing stelt dat de goede bedoeling om lijden te verlichten geen uitzondering rechtvaardigt op het verbod om een onschuldig mens opzettelijk te doden. Een protestantse uitzonderingsbenadering vraagt of barmhartigheid in een uiterste situatie een beslissing kan dragen die normaal niet geoorloofd is. Het debat gaat dus niet noodzakelijk over de vraag of leven waardevol is, maar over de verhouding tussen het gebod en een tragische noodsituatie.

Een tweede verschil betreft autonomie. In een relationele christelijke benadering is vrijheid altijd verbonden met God, naasten en verantwoordelijkheid. Een persoon kan tegelijk zelfstandig beslissen en van anderen afhankelijk zijn. De vraag is dan niet alleen of de patiënt iets wil, maar ook welke steun hem helpt om zijn wil zonder verlatenheid of druk te vormen. Daarmee blijft ruimte om een verzoek serieus te nemen zonder autonomie tot de enige morele maatstaf te maken.

Een derde verschil betreft morele zekerheid. Sommige tradities formuleren een algemene grens die de individuele situatie niet kan opheffen. Andere laten ruimte voor een uitzonderlijke afweging en spreken van tragiek, geweten en verantwoordelijkheid. Beide kunnen fouten maken in de praktijk: een

algemene grens kan hard worden toegepast, een uitzondering kan te gemakkelijk normaal worden. De kwaliteit van het gesprek hangt daarom ook af van nederigheid, kennis en bereidheid tot blijvende zorg.

Wie lid is van een kerk mag deze vergelijking gebruiken om vragen voor te bereiden. Wat zegt onze traditie over het verschil tussen sterven toelaten en sterven veroorzaken? Welke hulp bieden wij bij angst voor dementie? Wie begeleidt mijn partner als ik een andere keuze maak dan mijn pastor wenselijk vindt? Welke rol kan de pastor hebben bij een afscheid? Zulke concrete vragen zijn vruchtbaarder dan een debat waarin iemand alleen voor of tegen moet zijn.

35 Geweten barmhartigheid en bescherming in het dagelijks leven

Een moreel oordeel wordt beproefd in de concrete omgang met mensen. Een christen kan euthanasie afwijzen en tegelijk erkennen dat een ernstig zieke patiënt diep lijdt. Een voorstander kan autonomie verdedigen en tegelijk erkennen dat een kwetsbare patiënt bescherming nodig heeft. Wie de moeilijkste overweging van de andere positie niet kan benoemen, heeft het debat nog niet volledig onderzocht.

Een eerste dilemma is dat lijden meerdere lagen heeft. De arts kan pijn en benauwdheid behandelen, maar niet eenvoudig het verlies van een levenspartner terugdraaien. De gemeente kan nabijheid bieden, maar geen uitgezaaide ziekte genezen. Een verzoek kan daarom veranderen wanneer één laag beter wordt ondersteund, zonder dat alle lijden verdwijnt. Het is onjuist om zo'n verandering als bewijs te zien dat het eerdere verzoek onoprecht was. Mensen reageren op hun omstandigheden en op wat zij aan hulp ervaren.

Een tweede dilemma is de betekenis van last zijn. Een ouder kan zeggen dat hij zijn kinderen niet wil belasten. Dat kan een liefdevolle zorg om hen uitdrukken en tegelijk een signaal van verborgen druk zijn. De juiste reactie is geen simpele beschuldiging. Vraag wat er feitelijk belastend is, of de kinderen anders kunnen worden ondersteund en of de ouder zich nog welkom voelt. Een gemeenschap die kwetsbaren verzekert van hun waarde maar hen praktisch weinig helpt, draagt zelf bij aan de spanning.

Een derde dilemma is de angst voor toekomstige afhankelijkheid. Iemand kan een vroegere verklaring opstellen vanuit een beeld van dementie als uitsluitend verlies. Jaren later kan hij genieten van muziek en bezoek terwijl hij vrijwel niets onthoudt. Het beeld van vroeger en het huidige gedrag verdienen beide aandacht, maar zij zijn geen automatische toestemming voor euthanasie. De wettelijke beoordeling van actueel ondraaglijk lijden en de betekenis van de verklaring blijft noodzakelijk.

Een vierde dilemma betreft het geweten van de zorgverlener. Een arts die weigert moet zijn grens tijdig uitleggen en medische zorg blijven bieden. Een verpleegkundige die morele bezwaren heeft, hoort te weten wat haar beroepsmatige verantwoordelijkheid en de afspraken in de organisatie zijn. Anders kan een laatste fase plotseling worden belast met een intern conflict. Gewetensvrijheid vraagt daarom praktische organisatie: wie bespreekt het verzoek, wie biedt palliatieve ondersteuning en hoe blijft de patiënt beschermd tegen verlatenheid?

Een vijfde dilemma is de rol van een pastor bij een afscheid. Aanwezigheid kan worden verstaan als steun aan een patiënt, maar door anderen als instemming met euthanasie. De pastor moet daarom zelf verhelderen welke betekenis hij eraan geeft. Soms kan hij wel begeleiden en bidden maar niet aanwezig zijn tijdens de uitvoering. Soms maakt een andere protestantse pastor een andere afweging. Heldere afspraken zijn zorgvuldiger dan verborgen verwachtingen.

Voor nabestaanden kan morele verdeeldheid een extra rouwlaag vormen. Een broer noemt het overlijden een vrije keuze, een zus noemt het een verkeerde handeling en de partner wil alleen verdriet mogen hebben. Een pastoraal gesprek hoeft die oordelen niet eerst op te lossen. Het kan ruimte maken voor verlies, schuldgevoel, opluchting en boosheid naast elkaar. Een beoordeling van de handeling is geen volledige beoordeling van de persoon en evenmin een opdracht om nabestaanden te veroordelen.

36 Praktijkvoorbeelden bij lichamelijke ziekte en behandeling

De volgende voorbeelden zijn fictief. Zij tonen welke vragen een zorgvuldig team moet stellen; zij voorspellen geen besluit van een behandelend arts of de RTE.

Voorbeeld A: uitgezaaide kanker met een verzoek om zekerheid. Een vrouw van 68 heeft uitgezaaide longkanker. Zij vreest verstikking en vraagt haar huisarts om euthanasie voordat de benauwdheid erger wordt. Zij kan de gevolgen begrijpen en beschrijft haar verzoek samenhangend. Toch moet de huisarts onderzoeken wat zij nu als ondraaglijk ervaart, welke behandelingen nog kunnen verlichten en of zij met goede uitleg over crisiszorg anders naar de toekomst kijkt. De diagnose alleen maakt euthanasie niet toegestaan. Als het actuele lijden ondraaglijk en uitzichtloos is, het verzoek vrijwillig en weloverwogen is en alle overige eisen worden vervuld, kan wettelijke ruimte bestaan. Terminaliteit is daarbij geen afzonderlijke Wtl eis.

Een palliatief consult kan verschillende uitkomsten hebben. De vrouw kan haar verzoek handhaven na het bespreken van alternatieven. Zij kan ook besluiten eerst passende verlichting te proberen. Beide uitkomsten vragen respectvolle vervolgzorg. Een christelijke pastor kan onderzoeken of haar angst vooral lichamelijk is, verbonden met eerdere ervaringen of met het gevoel dat God haar verlaat. Pastorale steun vervangt de medische beoordeling niet.

Voorbeeld B: ernstig hartfalen en een behandelgrens. Een man van 84 heeft ernstige benauwdheid door hartfalen en wil geen opname op de intensive care. Hij begrijpt dat een nieuwe crisis daardoor mogelijk fataal zal zijn. Een weigering van behandeling kan rechtsgeldig zijn en is geen verzoek om euthanasie. De arts bespreekt symptoomverlichting, bereikbaarheid en de betekenis van niet reanimeren. Het behandelplan moet concreet genoeg zijn voor een dienstdoende arts. Zijn dochter mag verdrietig zijn, maar kan een wilsbekwame behandelweigering niet opzijzetten alleen omdat zij langer afscheid wil kunnen nemen.

Vanuit verschillende christelijke tradities kan deze keuze worden onderscheiden van opzettelijke levensbeëindiging. Het gaat om de vraag of een behandeling nog proportioneel is en of de patiënt haar wil ontvangen. Er bestaat geen algemene religieuze plicht om iedere mogelijke levensverlengende ingreep te ondergaan.

Voorbeeld C: een refractair symptoom in de stervensfase. Een patiënt met ernstige kanker heeft ondanks passende behandeling een onbeheersbaar delier. Zijn levensverwachting is naar medisch oordeel hooguit enkele dagen. De arts bespreekt continue palliatieve sedatie om het refractaire symptoom te verlichten. Het doel is vermindering van bewustzijn voor verlichting, niet levensbeëindiging. De beslissing volgt het sedatiekader en moet niet worden gepresenteerd als een lichte vorm van euthanasie. Familie kan begeleiding nodig hebben omdat spreken en afscheid daarna anders verlopen.

Voorbeeld D: medicatie veroorzaakt verlaagd bewustzijn. Een patiënt had vóór behandeling een duidelijk euthanasieverzoek en een onafhankelijke beoordeling. Voor ernstige pijn en angst zijn inmiddels medicijnen gegeven waardoor hij weinig reageert. Het team beoordeelt oorzaak, omkeerbaarheid en tekenen van lijden. Niet reageren bewijst niet dat iemand niet lijdt. Tegelijk kan een irreversibel coma zonder actuele ervaring van lijden euthanasie uitsluiten. De route vraagt precieze toepassing van de actuele RTE code en professionele richtlijnen; een oude afspraak is geen voldoende besluitgrond. Zie hoofdstuk 24 voor de verschillende situaties.

Tabel 22

Casus	Doorslaggevend onderzoek	Verkeerde verkorting
A kanker	Verzoek, actueel lijden, alternatieven en alle zes eisen	Kanker is genoeg als diagnose
B hartfalen	Begrip, vrijwillige behandelweigering en passende vervolgzorg	Niet behandelen is euthanasie
C delier	Refractair symptoom, proportionaliteit en sedatievoorwaarden	Slapen maken is hetzelfde als doden
D laag bewustzijn	Oorzaak, omkeerbaarheid, lijden en eerdere beoordeling	Niet aanspreekbaar betekent automatisch toestemming of verbod

37 Praktijkvoorbeelden bij dementie psychiatrie en ouderdom

Voorbeeld E: beginnende dementie en een toekomstbeeld. Een man van 72 krijgt de diagnose Alzheimer. Hij kan zijn voorkeuren nog begrijpen en uitleggen. Hij zegt dat hij niet naar een verpleeghuis wil en stelt een euthanasieverklaring op. Het gesprek hoort niet alleen te gaan over het ondertekenen. Wat bedoelt hij met ondraaglijkheid? Heeft hij een realistisch beeld van dementie en beschikbare zorg? Wil hij bepaalde behandelingen weigeren? Wie kent zijn waarden? Zolang hij wilsbekwaam is, is zijn actuele verzoek van betekenis. Een document dat alleen zegt dat hij nooit afhankelijk wil worden, garandeert geen uitvoering jaren later.

Een christelijke begeleider kan met hem onderzoeken of waardigheid uitsluitend aan zelfstandigheid wordt verbonden. Tegelijk moet die begeleider zijn angst niet wegdeneren met de mededeling dat hij bij God waardevol blijft. Juist die overtuiging hoort aanleiding te zijn om passende zorg en duurzame nabijheid te organiseren.

Voorbeeld F: gevorderde dementie en een vroegere verklaring. Een vrouw van 81 kan de euthanasiebeslissing niet meer begrijpen. Haar kinderen tonen een verklaring uit haar wilsbekwame periode. Zij is vaak angstig en roept, maar geniet soms van een maaltijd en een bezoek. De arts moet de verklaring uitleggen in haar context, mogelijke oorzaken van angst behandelen en onderzoeken of sprake is van actueel uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Het verdriet en de belasting van de kinderen zijn geen vervanging van het lijden van de vrouw. De verklaring kan onder voorwaarden een mondeling verzoek vervangen; zij vervangt de overige eisen niet. Bij deze uiterst complexe route zijn aanvullende deskundigheid en professionele waarborgen nodig.

Voorbeeld G: een langdurige psychische aandoening. Een vrouw van 35 heeft jarenlang ernstige depressieve klachten, meerdere behandelingen en een aanhoudende doodswens. Het team moet nagaan of zij voor deze beslissing wilsbekwaam is, of de wens samenhangt met behandelbare symptomen, of de diagnostiek volledig is en of redelijke andere oplossingen ontbreken. Een lange behandelgeschiedenis is relevant maar niet automatisch bewijs van uitzichtloosheid. Een onafhankelijke psychiatrische second opinion volgens het actuele professionele kader en de afzonderlijke wettelijke onafhankelijke consultatie moeten in de route herkenbaar zijn. Bij twijfel over tijdelijke wilsonbekwaamheid kan het verzoek niet eenvoudig worden doorgedrukt.

Het geestelijke gesprek kan naast het behandelgesprek bestaan. Hoop mag niet worden geëist als prestatie. Evenmin is het behulpzaam om ieder psychiatrisch verzoek vooraf als onvrij te beschouwen. De beoordeling moet de eigen stem serieus nemen en tegelijk extra zorgvuldig omgaan met de invloed van de aandoening.

Voorbeeld H: oud en klaar met leven. Een man van 90 heeft zijn vrienden verloren, voelt weinig betekenis en vraagt euthanasie. Hij heeft geen vastgestelde aandoening die zijn lijden medisch kan dragen. Alleen voltooid leven valt niet onder de Wtl. De huisarts onderzoekt verdriet, depressie, eenzaamheid, pijn, zintuigproblemen en zorgbehoeften zonder bij voorbaat te veronderstellen dat één gesprek alles oplost. Als meerdere ouderdomsaandoeningen samen het lijden veroorzaken, kan een andere wettelijke beoordeling ontstaan. Het verschil is de medische grondslag, niet alleen de leeftijd.

Voorbeeld I: familie wil het goede bespoedigen. Een broer zegt tegen de huisarts dat euthanasie voor zijn zieke zus het beste is en vraagt haar daarvoor te tekenen. De zus antwoordt wisselend en lijkt vooral haar broer gerust te willen stellen. De arts spreekt haar, waar mogelijk, afzonderlijk en onderzoekt de druk. Familie kan waardevolle informatie geven, maar geen vrijwillig verzoek produceren. Zonder overtuiging van vrijwilligheid en weloverwogenheid kan de arts niet uitvoeren.

Voorbeeld J: twee partners willen samen sterven. Een echtpaar vraagt om duo euthanasie. De ene partner heeft ondraaglijk lijden door een lichamelijke aandoening; de andere wil vooral niet alleen achterblijven. Beide verzoeken moeten zelfstandig aan alle eisen voldoen. De wettelijke ruimte van de ene partner verleent de ander geen toestemming. Ook de onafhankelijke consultatie moet werkelijk onafhankelijk zijn en de professionele eisen voor duo situaties volgen. Loyaliteit kan een reden zijn om zorgvuldig te luisteren én om verborgen druk te onderzoeken.

38 Waar christelijke hulp en deskundigheid te vinden zijn

Een euthanasievraag kan medische, juridische, geestelijke en praktische hulp tegelijk vragen. De eerste medische gesprekspartner is meestal de huisarts of behandelend specialist. Voor geloofsvragen kan de eigen pastor, predikant, priester of geestelijk verzorger worden betrokken. Organisaties hieronder bieden verschillende soorten hulp. Een informatieorganisatie is geen vervanging van spoedeisende medische zorg en een kerkelijk gesprek geeft geen medische toestemming.

Tabel 23

Organisatie of route	Waarvoor passend	Contact en aandachtspunt
NPV Advieslijn	Christelijk advies over levenseinde, euthanasie, behandelgrenzen en levenswensen	0318 54 78 88; werkdagen 9.00–12.30, bij urgente vragen 24 uur per dag bereikbaar volgens de website; NPV-Advieslijn@npvzorg.nl
NPV lokale thuishulp	Praktische aanwezigheid en ondersteuning; lokaal soms palliatieve vrijwilligershulp	Vraag via npvzorg.nl naar de lokale mogelijkheden; capaciteit verschilt
Lindeboom Instituut	Verdieping in christelijke medische ethiek, lezingen en publicaties	lindeboominstituut.nl; kennisorganisatie, geen acute behandelvoorziening
Eigen PKN gemeente of andere protestantse gemeente	Pastoraat, gewetensvragen, bezoek en steun aan naasten	Via de plaatselijke gemeente; opvattingen en beschikbaarheid verschillen
Katholieke parochie en geestelijke verzorging	Ziekenzalving, sacramenten, gebed en morele begeleiding	Neem vroeg contact op met parochie of zorginstelling; bespreek moeilijke vragen vooraf
Stichting Medische Ethiek	Katholieke medische ethische informatie	medische-ethiek.nl; informatie, geen algemene spoedlijn
Agathos hulpverlening binnen Lelie zorggroep	Christelijke hulp bij rouw en psychosociale vragen	010 264 07 77; agathos@leliezorggroep.nl; vraag naar regio, toegang en financiering
VPTZ en lokale hospices	Vrijwillige ondersteuning bij terminale zorg en ontlasting van naasten	vptz.nl; geen specifiek christelijke landelijke organisatie, wel zoeken naar passende lokale identiteit
Geestelijk verzorger via ziekenhuis hospice of huisarts	Levensvragen en begeleiding, ook als iemand geen gemeente heeft	Vraag naar een begeleider die aansluit bij de eigen overtuiging

Contactgegevens zijn gecontroleerd op de peildatum. De NPV openingstijden en urgente bereikbaarheid komen uit haar eigen adviespagina. Regionale zorgtoegang en beschikbaarheid kunnen veranderen. [54–59]

De NPV Levenswensverklaring is een christelijk georiënteerde manier om zorgwensen, bescherming van leven en vertegenwoordiging te bespreken. Zo'n verklaring moet worden gelezen naast het medisch dossier, de wettelijke regels en de actuele situatie. Zij is niet hetzelfde als een euthanasieverzoek. Voor een vertegenwoordiger blijft gelden dat hij behandelbeslissingen binnen zijn bevoegdheid bespreekt en niet zelf een euthanasieverzoek namens een wilsonbekwame persoon kan creëren. [60]

Bij een hulpvraag kan het nuttig zijn vooraf drie zinnen op te schrijven: wat is de concrete situatie, welke beslissing staat voor de deur en welke vraag kan de organisatie helpen beantwoorden? Bijvoorbeeld: mijn moeder heeft dementie; de arts wil het behandelplan bespreken; wij willen weten hoe haar vroegere levenswensen en ons geloof daarin kunnen worden meegenomen. Dat is duidelijker dan alleen vragen wat men van euthanasie vindt.

Christelijke hulp hoort ruimte te bieden voor vragen en verdriet zonder een patiënt tot een geloofsantwoord te dwingen. Een kerkelijk standpunt kan helder zijn en het gesprek toch open blijven. Wie zich veroordeeld voelt, kan een andere deskundige gesprekspartner zoeken binnen of buiten de eigen traditie. Een arts kan helpen om medische zorg, geestelijke begeleiding en praktische ondersteuning op elkaar af te stemmen.

39 Een gesprek en besluit voorbereiden

Een goed gesprek begint met luisteren voordat documenten worden ingevuld. Vraag de patiënt welke situaties hij vreest, wat hij nu ervaart en wat hem steun geeft. Bespreek vervolgens welke medische onzekerheden bestaan. Pas daarna is duidelijk welke behandelwensen, verklaringen of verzoeken passend zijn om vast te leggen. Het gesprek mag terugkomen: verandering van voorkeur is geen mislukking van planning.

Tabel 24

Vraag aan de patiënt of naaste	Waarom deze vraag helpt	Vastlegging
Wat bedoelt u wanneer u zegt dat het zo niet meer hoeft?	Onderscheid tussen noodkreet, behandelgrens en euthanasieverzoek	Gebruik eigen woorden en beschrijf context
Waar bent u het meest bang voor?	Maakt concrete verlichting en zorgplanning mogelijk	Noteer crisisafspraken en wie bereikbaar is
Voelt u zich vrij om langer te leven en van mening te veranderen?	Onderzoekt druk en ruimte voor heroverweging	Bespreek zo nodig zonder familie erbij
Wat weet u over behandeling en alternatieven?	Onderzoekt begrip en beslisvaardigheid	Leg uitleg en resterende vragen vast
Welke geloofswaarden en relaties zijn belangrijk?	Verbindt zorg met identiteit en geweten	Vraag toestemming voor betrokkenheid van een pastor
Wat betekent uw verklaring in deze situatie?	Voorkomt automatische uitleg van oude tekst	Bewaar datum, toelichting en gesprekshistorie
Wie vertegenwoordigt u als dat later nodig is?	Voorkomt onduidelijkheid bij behandelbeslissingen	Leg bereikbaarheid en bevoegdheid vast

Een naaste kan helpen door voorbeelden van gedrag, voorkeuren en eerdere gesprekken aan te leveren. Hij moet onderscheid maken tussen wat de patiënt zelf heeft gezegd en wat hij daaruit afleidt. De mededeling mijn vader zei dat hij nooit afhankelijk wilde zijn, betekent niet automatisch mijn vader vroeg om euthanasie zodra hij hulp nodig had. Die interpretatiestap moet zichtbaar blijven.

Voor een arts is een bruikbaar dossier meer dan een verzameling formulieren. Het laat zien hoe de wil is onderzocht, waarom lijden uitzichtloos en ondraaglijk wordt geacht, welke alternatieven zijn besproken en waarom die niet redelijk zijn voor deze patiënt. Het beschrijft onzekerheden en deskundigenadviezen. Een stapel handtekeningen kan een gebrek aan inhoudelijke onderbouwing niet herstellen.

Voor een gemeente of parochie bestaat de voorbereiding uit meer dan morele voorlichting. Welke mensen kunnen bezoek organiseren? Wie helpt de mantelzorger? Is er aandacht voor geldzorgen, vervoer en eenzaamheid? Kan iemand naar een christelijke advieslijn verwijzen zonder de medische

behandeling over te nemen? Een geloofsgemeenschap beschermt leven mede door deze kleine maar duurzame vormen van zorg.

Van woorden naar een gezamenlijk zorgplan



Figuur 23 Van woorden naar een gezamenlijk zorgplan. Bronnen [15–18,27,61]

Bij een besluit om geen euthanasie uit te voeren blijft een plan nodig. Dat kan een behandelplan, palliatief plan, nieuw psychiatrisch onderzoek of een vervolgspraak zijn. Bij een besluit om een verzoek verder te onderzoeken blijft eveneens gewone zorg nodig. De patiënt behoort niet in een wachtkamer tussen twee stelsels te verdwijnen. De wettelijke route en de dagelijkse zorg moeten elkaar ondersteunen.

40 Conclusie wat sinds 2012 veranderde en wat bleef

Het brondocument uit 2012 is een uitgesproken christelijk pleidooi voor bescherming van leven. De zorgen om afhankelijkheid, druk, verlies van waardigheid en de begrenzing van menselijke macht blijven relevante ethische vragen. Zijn onderscheid tussen euthanasie en het staken van medisch zinloze behandeling is eveneens waardevol. Een actuele lezing vraagt wel correcties op juridische generalisaties, onderscheid tussen nieuwsberichten en rechtsregels en een minder veroordelende omgang met personen.

De kern van de Nederlandse wet is sinds de invoering in 2002 niet vervangen door een algemeen recht op euthanasie. De zes zorgvuldigheidseisen blijven het uitgangspunt. De grootste veranderingen sinds 2012 liggen in aantallen meldingen, uitwerking van moeilijke situaties, rechtspraak over schriftelijke verzoeken bij dementie, professionele richtlijnen en de organisatie van expertise. De aparte regeling

voor kinderen van één tot twaalf jaar trad in 2024 in werking en is juist geen uitbreiding van de WtI naar jonge kinderen. De code en professionele modules zijn in 2026 opnieuw geactualiseerd.

De RTE ontving in 2025 10.341 meldingen, ongeveer 5,97 procent van alle overlijdens. Dat is een geregistreerd aantal, geen maat voor alle mogelijke levensbeëindigende praktijken. De stijging van het totaal moet naast verschillen tussen groepen worden gelezen. Zo daalden de meldingen met een psychische aandoening als grondslag in 2025 ten opzichte van 2024. Een zorgvuldig oordeel over beleid kan daarom niet uit één stijgende lijn worden afgeleid.

De moeilijkste inhoudelijke kwestie blijft hoe een wil moet worden begrepen wanneer ziekte het denken, communiceren of bewustzijn aantast. Wilsbekwaamheid is beslissingsgebonden, een diagnose is geen automatische onbekwaamverklaring en een vertegenwoordiger kan geen eigen euthanasieverzoek namens een ander indienen. Een schriftelijk verzoek kan onder wettelijke voorwaarden het mondelinge verzoek vervangen, maar maakt actueel lijden en de overige eisen niet overbodig. Bij verlaagd bewustzijn vraagt juist de oorzaak en omkeerbaarheid een precieze analyse.

De vergelijking met terminale zorg toont dat goed zorgen meer mogelijkheden omvat dan behandelen of euthanasie. Behandelmogelijkheden, symptoomverlichting, palliatieve sedatie, psychosociale steun en geestelijke begeleiding hebben eigen doelen en voorwaarden. Het is zowel medisch als ethisch belangrijk die niet samen te vatten als verschillende manieren om iemand te doden.

Christelijke tradities delen veel in hun mensbeeld, maar verschillen over de vraag of opzettelijke levensbeëindiging ooit onder barmhartigheid kan vallen. De katholieke en veel reformatische en orthodoxe benaderingen wijzen die handeling principieel af. Binnen protestantse kring bestaan ook benaderingen die uitzonderlijke ruimte aanvaarden. Een eerlijk dossier maakt die verschillen zichtbaar zonder één auteur voor alle christenen te laten spreken. Het verbindt overtuigingen bovendien aan concrete zorg: wie leven als gave belijdt, krijgt daarmee ook verantwoordelijkheid voor degene die zijn leven als last ervaart.

De praktische conclusie is dat een verzoek om euthanasie nooit alleen een formulier, een diagnose of een statistiek is. Het vraagt beoordeling van een mens in een bepaalde situatie, binnen heldere wettelijke grenzen en met blijvende zorg. Een arts mag niet uitvoeren wanneer voorwaarden ontbreken en mag vanuit zijn geweten weigeren. Een patiënt moet daarbij wel informatie, verlichting en begeleiding blijven ontvangen. Juist waar medische zekerheid of morele overeenstemming ontbreekt, worden eerlijkheid, deskundigheid en nabijheid het belangrijkste.

41 Bronnen verantwoording en verder lezen

De verwijzingen in de tekst verwijzen naar onderstaande nummers. Officiële wetgeving, rechtspraak en toezichtsbronnen dragen juridische uitspraken; professionele richtlijnen dragen medische normen. Kerkelijke documenten worden onderscheiden van persoonlijke of organisatorische standpunten. Webbronnen zijn geraadpleegd voor deze dossieruitgave met peildatum 17 september 2026. Een oudere publicatie wordt niet als een nieuw besluit uit 2026 voorgesteld. De aangeleverde tekst is als historische bron vergeleken, niet als actuele richtlijn gebruikt.

De cijfers betreffen RTE meldingen, tenzij uitdrukkelijk een andere grootte staat vermeld. Percentages en verschillen die uit die cijfers zijn berekend, zijn eigen berekeningen. De infographics zijn voor dit dossier gemaakte schematische weergaven van de genoemde bronnen. Praktijkvoorbeelden zijn fictief; het gepubliceerde RTE oordeel 2026-019 wordt alleen gebruikt waar het nummer expliciet is genoemd. Voor een concreet zorgbesluit zijn een actuele individuele beoordeling en de toepasselijke volledige richtlijn noodzakelijk.

[1] Gerard Feller — Euthanasie, februari 2012

Aangeleverd Word-document; historische christelijke beschouwing, inclusief cijfers over 2010. Geen actuele richtlijn.

Aangeleverd bestand Euthanasie.docx

[2] Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Artikel 2: zes zorgvuldigheidseisen, schriftelijk verzoek en minderjarigen; inwerkingtreding 1 april 2002.

Bron openen — wetten.overheid.nl

[3] Rijksoverheid — Euthanasie en de wet

Actuele publieksuitleg: medische grondslag, geen recht op euthanasie en geen uitvoeringsplicht.

Bron openen — www.rijksoverheid.nl

[4] KNMG — Euthanasie

Professionele uitleg en verwijzing naar standpunten en richtlijnen; euthanasie en hulp bij zelfdoding onderscheiden.

Bron openen — www.knmg.nl

[5] Kamerstukken 26 000 nr. 3 — Memorie van toelichting

Historische beleidscontext, meldingsprocedure en toetsingscommissies, 1998.

Bron openen — zoek.officielebekendmakingen.nl

[6] VWS — Antwoorden Kamervragen over psychisch lijden en euthanasie

30 augustus 2024; toelichting Chabot 1994 en Brongersma 2002 en onderscheid verzoeken en meldingen.

Bron openen — open.overheid.nl

[7] Hoge Raad — Euthanasie bij gevorderde dementie

21 april 2020; uitleg schriftelijke verklaring, zorgvuldig onderzoek en onafhankelijke expertise.

Bron openen — www.hogeraad.nl

[8] RTE — EuthanasieCode 1 januari 2026

Actuele toetsingspraktijk; bijzondere patiëntengroepen en paragraaf 4.8 over bewustzijn. Volledige code raadplegen bij een concrete beoordeling.

Bron openen — www.euthanasiecommissie.nl

[9] KNMG — Richtlijn uitvoering euthanasie aangepast

30 december 2025; toelichting op verduidelijkingen per januari 2026. Dit dossier neemt geen uitvoeringsdoseringen over.

Bron openen — www.knmg.nl

[10] Rijksoverheid — Levensbeëindiging bij kinderen van 1 tot 12 jaar

Afzonderlijk beoordelingskader buiten de Wtl; onderscheid met euthanasie vanaf twaalf jaar.

Bron openen — www.rijksoverheid.nl

[11] RTE — Jaarverslag 2025 Cijfers in 2025

Meldingen, aandoeningen, leeftijden en bijzondere groepen; gepubliceerd in 2026.

Bron openen — www.euthanasiecommissie.nl

[12] RTE — Cijfers 2021 tot 2025

Meerjarige reeks van geregistreerde euthanasiemeldingen.

Bron openen — www.euthanasiecommissie.nl

[13] Rijksoverheid — Zorgvuldigheidseisen

Publieksuitleg van de zes wettelijke voorwaarden en onafhankelijke consultatie.

Bron openen — www.rijksoverheid.nl

[14] KNMG — Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

Medische grondslag en beoordeling; voltooid leven onderscheiden van stapeling van ouderdomsaandoeningen.

Bron openen — knmg-standpunt.maglr.com

[15] KNMG — Vrijwillig en weloverwogen verzoek

Professionele uitleg over vrijwilligheid, beïnvloeding en beoordeling van het verzoek.

Bron openen — knmg-standpunt.maglr.com

[16] KNMG — Ethische toolkit Wilsbekwaamheid

Beslissingsgebonden begrip, praktische beoordeling en aandacht voor begripsvermogen.

Bron openen — www.knmg.nl

[17] Rijksoverheid — Wilsonbekwaamheid

Betekenis voor behandelbeslissingen en vertegenwoordiging.

Bron openen — www.rijksoverheid.nl

[18] Rijksoverheid — Wilsverklaring opstellen

Vormen, eigen woorden, overleg met arts en verschil tussen wens en afdwingbaarheid.

Bron openen — www.rijksoverheid.nl

[19] KNMG — Euthanasie bij vergevorderde dementie

Juridisch en professioneel kader; schriftelijke verklaring en aanvullende waarborgen.

Bron openen — knmg-standpunt.maglr.com

[20] NVvP Richtlijndatabase — Beoordelingsfase

Pagina gepubliceerd 11 juni 2026; verschillende onderliggende modules hebben een eerdere geldigheidsdatum. Onderscheid publicatie en inhoudelijke herziening.

Bron openen — richtlijndatabase.nl

[21] NVvP Richtlijndatabase — Geen redelijke andere oplossing

Behandelalternatieven en uitzichtloosheid bij psychische aandoeningen; module met historische geldigheidsdatum.

Bron openen — richtlijndatabase.nl

[22] NVvP — Addendum bij richtlijn euthanasie

2 juni 2025; psychiatrische expertise en consultatie in de professionele route.

Bron openen — www.psychiatrie.nl

[23] NVvP Richtlijndatabase — Second opinion door onafhankelijk psychiater

Inhoudelijk geactualiseerde module, gepubliceerd en geldig vanaf 11 juni 2026; onafhankelijke beoordeling en multidisciplinaire expertise.

Bron openen — richtlijndatabase.nl

[24] NVVE — Meerjarenstrategie 2026 tot 2030

Eigen strategiedocument; autonomie, voltooid leven en gewenste wetswijzigingen. Organisatiedoelen zijn geen geldend recht.

Bron openen — www.nvve.nl

[25] ZonMw — PERSPECTIEF project

Onderzoek naar doodswensen bij voltooid leven; context en heterogeniteit van wensen.

Bron openen — projecten.zonmw.nl

[26] Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg — Regeling actief per 1 februari 2024

Professionele toelichting op de aparte regeling voor kinderen van één tot twaalf jaar.

Bron openen — kinderpalliatief.nl

[27] KNMG — Bezwaren van de arts

Geen uitvoeringsplicht, tijdig informeren, zorg voortzetten en professionele verantwoordelijkheid bij het vinden van een andere arts.

Bron openen — knmg-standpunt.maglr.com

[28] KNMG — Raadplegen onafhankelijke arts

Consultatie en eisen aan onafhankelijkheid; geen voorafgaande vergunning door de consulent.

Bron openen — knmg-standpunt.maglr.com

[29] KNMG Richtlijn voor SCEN artsen — Bijzondere situaties

2023; onder meer duo euthanasie en orgaandonatie, rollen en onafhankelijkheid.

Bron openen — knmg.maglr.com

[30] Openbaar Ministerie — Strafzaak zelfdodingsmiddel X

Juridische context van levering en strafrechtelijke vervolging; procesfase per afzonderlijke zaak controleren.

Bron openen — www.om.nl

[31] Rechtspraak — Georganiseerde zelfdoding zaak Condor

Uitspraken 4 juli 2024, met veroordelingen en vrijspraken; onderscheid individuele bewezen feiten.

Bron openen — www.rechtspraak.nl

[32] Rechtbank Oost Brabant — ECLI NL RBOBR 2024 4807

4 juli 2024; strafrechtelijke uitspraak over hulp bij zelfdoding. Geen handleiding voor gebruik van middelen.

Bron openen — uitspraken.rechtspraak.nl

[33] KNMG — Palliatieve zorg

Professionele duiding van doelen en verhouding tot andere beslissingen rond het levenseinde.

Bron openen — knmg-standpunt.maglr.com

[34] Palliaweb — Palliatieve sedatie

Overzicht bijgewerkt 9 januari 2026; koppeling naar actuele richtlijn en aanvullende informatie.

Bron openen — palliaweb.nl

[35] Palliaweb — Folder palliatieve sedatie

Patiënteninformatie over doel, verwachtingen en onderscheid met euthanasie.

Bron openen — palliaweb.nl

[36] KNMG — Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn

Richtlijn uit 2010; oudere professionele tekst naast de actuele RTE code lezen, vooral bij onverwacht verlaagd bewustzijn.

Bron openen — www.knmg.nl

[37] RTE — Oordeel 2026 019

Gepubliceerd 18 augustus 2026; casus rond medicatie, bewustzijn, lijden en eerdere beoordeling. Geen algemene toestemming voor vergelijkbare gevallen.

Bron openen — www.euthanasiecommissie.nl

[38] KNMG — Niet starten of staken medisch zinloze behandeling

Behandelgrenzen en medische verantwoordelijkheid; onderscheiden van euthanasie.

Bron openen — knmg-standpunt.maglr.com

[39] Palliaweb — Herziene handreiking bewust stoppen met eten en drinken

24 januari 2024; beoordeling, begeleiding en actualisering, inclusief dementie.

Bron openen — palliaweb.nl

[40] V en VN — Handreiking stoppen met eten en drinken

Geautoriseerde handreiking 2024; professionele begeleiding en verantwoordelijkheden.

Bron openen — www.venvn.nl

[41] NVVE — Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde

Eigen informatie over doel, ondersteuning en belangenbehartiging; lezen naast wet en richtlijn.

Bron openen — www.nvve.nl

[42] Catechismus van de Katholieke Kerk — Respect for human life

Nummers 2276 tot 2283; euthanasie, proportionele behandeling, pijnverlichting en verantwoordelijkheid bij zelfdoding.

Bron openen — www.vatican.va

[43] Congregatie voor de Geloofsleer — Samaritanus bonus

Gedateerd 14 juli 2020, gepubliceerd september 2020; zorg voor zieken in kritieke en terminale levensfasen.

Bron openen — www.vatican.va

[44] Stichting Medische Ethiek — Kardinaal Eijk over aanwezigheid bij euthanasie

2019; weergave van katholieke uitleg over sacramenten, aanwezigheid en pastorale verantwoordelijkheid, geen medische richtlijn.

Bron openen — medische-ethiek.nl

[45] Protestantse Kerk — Protestantse Kerk en euthanasie

Bijgewerkt november 2021; historische ontwikkeling en diversiteit. Geen nieuw synodaal besluit uit 2026.

Bron openen — live.protestantsekerk.nl

[46] Synoderapport euthanasie 1984

Historische gereformeerde kerkelijke bezinning, door de PKN beschikbaar gesteld.

Bron openen — www.protestantsekerk.nl

[47] Protestantse Kerk — Mens tot het einde

Handreiking over dementie, menselijke waardigheid en geloof; identiteit en gekend zijn door God.

Bron openen — protestantsekerk.nl

[48] Protestantse Theologische Universiteit — Theo Boer publicaties

Overzicht van persoonlijke en academische bijdragen aan medische ethiek; geen kerkelijk leerbesluit.

Bron openen — www.pthu.nl

[49] NPV — Euthanasie

Eigen christelijke ethische visie en zorgbenadering; geen standpunt van alle kerken.

Bron openen — www.npvzorg.nl

[50] Lindeboom Instituut — Publicaties en Lindeboomreeks

Christelijke medische ethiek en verdere verdieping. Boeken zijn hier als leestips opgenomen, niet als volledig ingeziene primaire bewijsbron.

Bron openen — www.lindeboominstituut.nl

[51] CGK website — Palliatieve zorg bijeenkomsttekst 17 april 2015

Op kerkelijke website aangeboden tekst; onderscheid met een formele synodale uitspraak.

Bron openen — cgk.nl

[52] Basil Andruchow OCA — Medical Bioethics

2010; orthodoxe bezinning op kerkelijke website, met verwijzingen naar synodale affirmaties. De auteur noemt het artikel zelf geen officieel kerkelijk document.

Bron openen — www.oa.org

[53] ChristenUnie — Standpunt euthanasie

Politieke wensen en argumentatie; onderscheiden van geldend recht en kerkelijk leergezag.

Bron openen — www.christenunie.nl

[54] NPV — Advieslijn

Eigen actuele contactpagina, spreekuur en urgente bereikbaarheid.

Bron openen — www.npvzorg.nl

[55] NPV — Thuishulp jaarverslag 2024

Gepubliceerd 2025; lokale vrijwilligershulp en palliatieve ondersteuning.

Bron openen — www.npvzorg.nl

[56] Protestantse Kerk — Pastoraat

Algemene informatie; voor concrete begeleiding contact met plaatselijke gemeente.

Bron openen — protestantsekerk.nl

[57] Stichting Medische Ethiek

Katholieke medische ethische kennis en publicaties; geen landelijke medische spoedvoorziening.

Bron openen — medische-ethiek.nl

[58] Lelie zorggroep Agathos — Hulp bij rouw

Christelijke psychosociale begeleiding; regionale beschikbaarheid en toegang controleren.

Bron openen — www.leliezorggroep.nl

[59] VPTZ Nederland

Vrijwillige palliatieve terminale zorg; algemene organisatie, lokale instellingen hebben uiteenlopende identiteiten.

Bron openen — www.vptz.nl

[60] NPV — Wilsverklaringen en Levenswensverklaring

Betekenis van zorgwensen en vertegenwoordiging in christelijke context; geen euthanasiegarantie.

Bron openen — www.npvzorg.nl

[61] Palliaweb — Proactieve zorgplanning

Richtlijn 20 juni 2023; terugkerende gesprekken over lichamelijke, psychische, sociale en spirituele behoeften.

Bron openen — palliaweb.nl

[62] Bijbel — Verwijzingen en hermeneutische verantwoording

Bijbelplaatsen zijn in hoofdstuk 29 thematisch weergegeven zonder een omvangrijke vertaaltekst over te nemen. Interpretaties worden onderscheiden van rechtstreeks toepasselijke medische regels.

Bijbelplaatsen weergegeven in hoofdstuk 29.