

# Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie

## Tiende verslag aan de wetgevende kamers (jaren 2020 - 2021)

© Dirk Ercken.jpg - 123rf.com

# Inhoudstafel

Inleiding .....	1	b. Patiënten met polypathologie .....	35
Deel 1 Euthanasie in cijfers (2020-2021) .....	2	c. Patiënten met psychische stoornissen en gedragsstoornissen: psychiatrische aandoeningen en cognitieve stoornissen .....	41
Deel 2 Beschrijving en evaluatie van de toepassing van de wet (2020-2021). 8		d. Patiënten woonachtig in het buitenland .....	43
A. Werking van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie betreffende de euthanasie .....	8	e. Orgaandonatie na euthanasie .....	44
a. De samenstelling van de Commissie.....	8	D. Budget van de Commissie euthanasie .....	44
b. De opdracht van de Commissie .....	8	E. Besluit.....	45
c. De concrete werking van de Commissie.....	9	Deel 3 Aanbevelingen van de Commissie inzake de toepassing van de wet .....	47
B. Evaluatie van de euthanasiepraktijk .....	11	A. Nationaal wetenschappelijk onderzoek m.b.t. het levenseinde.....	47
a. Het aantal aangiftes.....	12	B. Met betrekking tot de nood aan informatie aan burgers en vorming van zorgverleners.....	47
b. De taal waarin de registratiedocumenten zijn opgesteld .....	14	C. Met betrekking tot eventuele wijzigingen aan de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie .....	48
c. De leeftijd van de patiënten .....	14	D. Met betrekking tot de werking van de Commissie .....	48
d. De plaats waar de euthanasie werd uitgevoerd .....	16	Deel 4 Bijlagen .....	51
e. Euthanasie op basis van een voorafgaande wilsverklaring euthanasie .....	16	Bijlage 1: 28 mei 2002. Wet betreffende de euthanasie .....	51
f. Te verwachten termijn voor overlijden .....	17	Bijlage 2: leden van de Commissie.....	58
g. Het onderscheid tussen bedenktijd en wachttijd .....	18		
h. De aandoeningen die aan de basis lagen van euthanasie .....	19		
i. Het opgegeven lijden.....	20		
j. De multidisciplinaire aanpak bij de uitklaring van een euthanasieverzoek .....	21		
k. De wijze waarop de euthanasie werd uitgevoerd en de gebruikte middelen .....	25		
l. De beslissingen van de Commissie .....	27		
C. Specifieke evaluatie van geselecteerde patiëntencategorieën .....	32		
a. Patiënten met een oncologische aandoening (nieuwvormingen / kanker) .....	32		

# Inleiding

Dit verslag heeft betrekking op de door de Commissie onderzochte registratiedocumenten die ingediend zijn in de periode tussen 1 januari 2020 en 31 december 2021.

Overeenkomstig de Wet betreffende de Euthanasie bestaat dit verslag uit verschillende delen:

1. Deel 1: statistieken gebaseerd op de inlichtingen die werden verzameld via Deel II van het registratiedocument dat door de meldende artsen werd ingevuld voor de periode van 2020 tot en met 2021.
2. Deel 2: een beschrijving van de toepassing van de Wet en de evolutie ervan.
3. Deel 3: aanbevelingen die kunnen resulteren in een wetgevend initiatief en/of in andere maatregelen met betrekking tot de uitvoering van de wet.
4. Deel 4: bijlagen met o.m. de Wet betreffende de Euthanasie en lijst van de leden van de Commissie.

Dit verslag is opgesteld

- door commissie leden
  - o De Bondt Walter
  - o Distelmans Wim
  - o Herremans Jacqueline
  - o Proot Luc
  - o Verslype Chris
- en door het secretariaat van de Commissie
  - o E. De Ville
  - o C. Drappier

Dit verslag werd besproken en unaniem goedgekeurd in de plenaire vergadering van 11 oktober 2022.

## Deel

# 1

## Euthanasie in cijfers (2020-2021)

Informatie verzameld op basis van deel II (het anonieme gedeelte) van de registratiedocumenten die de Commissie ontvangen heeft conform de Euthanasiewet (Art. 9).

### Aantal uitgevoerde euthanasies op basis van taal

	2020	2021	TOTAAL
<b>TOTAAL</b>	<b>2445</b>	<b>2700</b>	<b>5145</b>
NL	1836 (75,1 %)	2007 (74,3 %)	<b>3843 (74,7 %)</b>
FR	609 (24,9 %)	693 (25,7 %)	<b>1302 (25,3 %)</b>

### Genderverdeling van de patiënten

	2020	2021	TOTAAL
<b>TOTAAL</b>	<b>2445</b>	<b>2700</b>	<b>5145</b>
Vrouwen	1221 (49,9 %)	1372 (50,8 %)	<b>2593 (50,4 %)</b>
Mannen	1224 (50,1 %)	1328 (49,2 %)	<b>2552 (49,6 %)</b>

### Leeftijdverdeling van de patiënten

	2020	2021	TOTAAL
<b>TOTAAL</b>	<b>2445</b>	<b>2700</b>	<b>5145</b>
Minder dan 18	0 (0 %)	0 (0 %)	<b>0 (0 %)</b>
18-29	5 (0,2 %)	10 (0,4 %)	<b>15 (0,3 %)</b>
30-39	16 (0,7 %)	29 (1,1 %)	<b>45 (0,9 %)</b>
40-49	71 (2,9 %)	64 (2,4 %)	<b>135 (2,6 %)</b>
50-59	208 (8,5 %)	228 (8,4 %)	<b>436 (8,5 %)</b>
60-69	517 (21,1 %)	537 (19,9 %)	<b>1054 (20,5 %)</b>
70-79	704 (28,8 %)	746 (27,6 %)	<b>1450 (28,2 %)</b>
80-89	664 (27,2 %)	791 (29,3 %)	<b>1455 (28,3 %)</b>
90-99	257 (10,5 %)	288 (10,7 %)	<b>545 (10,6 %)</b>
100 en meer	3 (0,1 %)	7 (0,3 %)	<b>10 (0,2 %)</b>

## Plaats van de uitvoering van de euthanasie

	2020	2021	TOTAAL
<b>TOTAAL</b>	<b>2445</b>	<b>2700</b>	<b>5145</b>
Thuis	1326 (54,2%)	1465 (54,3%)	<b>2791 (54,3%)</b>
Ziekenhuis	764 (31,2%)	799 (29,6%)	<b>1563 (30,4%)</b>
Palliatieve dienst van het ziekenhuis*	23 (0,9%)	149 (5,5%)	<b>172 (3,3%)</b>
Woonzorgcentra (WZC)	301 (12,3%)	388 (14,4%)	<b>689 (13,4%)</b>
Andere	54 (2,2%)	48 (1,8%)	<b>102 (2%)</b>

\*deze informatie werd opgevraagd sinds maart 2021

## De aard van het verzoekschrift

	2020	2021	TOTAAL
<b>TOTAAL</b>	<b>2445</b>	<b>2700</b>	<b>5145</b>
Actueel verzoek	2431 (99,4%)	2683 (99,4%)	<b>5114 (99,4%)</b>
Voorafgaande wilsverklaring euthanasie	14 (0,6%)	17 (0,6%)	<b>31 (0,6%)</b>

## Te verwachten termijn van overlijden

	2020	2021	TOTAAL
<b>TOTAAL</b>	<b>2445</b>	<b>2700</b>	<b>5145</b>
Binnen afzienbare termijn (Terminaal - Term.)	2134 (87,3%)	2270 (84,1%)	<b>4404 (85,6%)</b>
Niet binnen afzienbare termijn (Niet-terminaal - N-term.)	311 (12,7%)	430 (15,9%)	<b>741 (14,4%)</b>

\* In dit verslag zal de term binnen afzienbare termijn komen te overlijden worden vervangen door terminaal (Term.) en de term niet binnen afzienbare termijn komen te overlijden door niet-terminaal (N-Term.) Dit omwille van de overzichtelijkheid van de tabellen & grafieken.



## Aandoeningen die aan de basis lagen van het euthanasieverzoek

	2020	2021	TOTAAL
<b>De categorieën van de aandoeningen die aan de basis lagen van het euthanasieverzoek, ongeacht patiënt terminaal (Term) of niet-terminaal (N-Term) was.</b>			
<b>TOTAAL</b>	<b>2445</b>	<b>2700</b>	<b>5145</b>
Nieuwvormingen (kankers)	1567 (64,1%)	1695 (62,8%)	<b>3262 (63,4%)</b>
Polypathologie	422 (17,3%)	478 (17,7%)	<b>900 (17,5%)</b>
Ziekten van zenuwstelsel	188 (7,7%)	214 (7,9%)	<b>402 (7,8%)</b>
Ziekten van hart- en vaatstelsel	84 (3,4%)	99 (3,7%)	<b>183 (3,6%)</b>
Ziekten van ademhalingsstelsel	65 (2,7%)	64 (2,4%)	<b>129 (2,5%)</b>
Psychiatrische aandoeningen*	21 (0,9%)	24 (0,9%)	<b>45 (0,9%)</b>
Cognitieve stoornissen (dementiële syndromen)	23 (0,9%)	26 (1%)	<b>49 (1%)</b>
Ziekten van spijsverteringsstelsel	15 (0,6%)	23 (0,9%)	<b>38 (0,7%)</b>
Ziekten van bot-spierstelsel en bindweefsel	17 (0,7%)	19 (0,7%)	<b>36 (0,7%)</b>
Letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	11 (0,4%)	25 (0,9%)	<b>36 (0,7%)</b>
Ziekten van urogenitaal stelsel	8 (0,3%)	8 (0,3%)	<b>16 (0,3%)</b>
Bepaalde infectieziekten en parasitaire aandoeningen	6 (0,2%)	6 (0,2%)	<b>12 (0,2%)</b>
Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen	3 (0,1%)	5 (0,2%)	<b>8 (0,2%)</b>
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen niet elders geïnclassificeerd	5 (0,2%)	7 (0,3%)	<b>12 (0,2%)</b>
Aandoeningen van oog en adnexen	4 (0,2%)	1 (0%)	<b>5 (0,1%)</b>
Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoomafwijkingen	1 (0%)	5 (0,2%)	<b>6 (0,1%)</b>
Ziekten van bloed, bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen die het immuunsysteem beïnvloeden	2 (0,1%)	0 (0%)	<b>2 (0,1%)</b>
Ziekten van oor en processus mastoideus	1 (0%)	1 (0%)	<b>2 (0%)</b>
Ziekten van huid en subcutis	2 (0,1%)	0 (0%)	<b>2 (0%)</b>

\* Psychische stoornissen en gedragsstoornissen zijn nu onderverdeeld in psychiatrische aandoeningen (vb.: persoonlijkheidsstoornissen, posttraumatische stressstoornis, schizofrenie, autisme etc.) en cognitieve stoornissen (vb.: verschillende vormen van dementie zoals de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, lewy body dementie etc.).

	Term 2020	N-Term 2020	Term 2021	Term 2021	TOTAAL Term	TOTAAL N-Term
<b>De categorieën van de aandoeningen die aan de basis lagen van het euthanasieverzoek volgens de te verwachten termijn van overlijden</b>						
<b>TOTAAL</b>	<b>2134</b>	<b>311</b>	<b>2269</b>	<b>430</b>	<b>4403</b>	<b>741</b>
Nieuwvormingen (kankers)	1554 (63,6%)	13 (0,5%)	1675 (62%)	20 (0,7%)	<b>3229 (62,8%)</b>	<b>33 (0,6%)</b>
Polypathologie	279 (11,4%)	143 (5,8%)	287 (10,6%)	191 (7,1%)	<b>566 (11%)</b>	<b>334 (6,5%)</b>
Ziekten van zenuwstelsel	127 (5,2%)	61 (2,5%)	122 (4,5%)	92 (3,4%)	<b>249 (4,8%)</b>	<b>153 (3%)</b>
Ziekten van hart- en vaatstelsel	63 (2,6%)	21 (0,9%)	71 (2,6%)	28 (1%)	<b>134 (2,6%)</b>	<b>49 (1%)</b>
Ziekten van ademhalingsstelsel	60 (2,5%)	5 (0,2%)	58 (2,1%)	6 (0,2%)	<b>118 (2,3%)</b>	<b>11 (0,2%)</b>
Ziekten van spijsverteringsstelsel	13 (0,5%)	2 (0,1%)	17 (0,6%)	6 (0,2%)	<b>30 (0,6%)</b>	<b>8 (0,2%)</b>
Ziekten van urogenitaal stelsel	8 (0,3%)	0 (0%)	6 (0,2%)	2 (0,1%)	<b>14 (0,3%)</b>	<b>2 (0%)</b>
Ziekten van bot-spierstelsel en bindweefsel	7 (0,3%)	10 (0,4%)	8 (0,3%)	11 (0,4%)	<b>15 (0,3%)</b>	<b>21 (0,4%)</b>
Letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	6 (0,2%)	5 (0,2%)	11 (0,4%)	14 (0,5%)	<b>17 (0,3%)</b>	<b>19 (0,4%)</b>
Bepaalde infectieziekten en parasitaire aandoeningen	4 (0,2%)	2 (0,1%)	6 (0,2%)	0 (0%)	<b>10 (0,2%)</b>	<b>2 (0%)</b>
Psychiatrische aandoeningen	3 (0,1%)	18 (0,7%)	0 (0%)	24 (0,9%)	<b>3 (0,1%)</b>	<b>42 (0,8%)</b>
Cognitieve stoornissen (dementiële syndromen)	1 (0%)	22 (0,9%)	2 (0,1%)	24 (0,9%)	<b>3 (0,1%)</b>	<b>46 (0,9%)</b>
Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen	3 (0,1%)	0 (0%)	4 (0,1%)	1 (0%)	<b>7 (0,1%)</b>	<b>1 (0%)</b>
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen niet elders geassocieerd	1 (0%)	4 (0,2%)	2 (0,1%)	5 (0,2%)	<b>3 (0,1%)</b>	<b>9 (0,2%)</b>
Ziekten van bloed, bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen die het immuunsysteem beïnvloeden	2 (0,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	<b>2 (0%)</b>	<b>0 (0%)</b>
Aandoeningen van oog en adnexen	1 (0%)	3 (0,1%)	0 (0%)	1 (0%)	<b>1 (0%)</b>	<b>4 (0,1%)</b>
Ziekten van oor en processus mastoideus	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	<b>1 (0%)</b>	<b>1 (0%)</b>
Ziekten van huid en subcutis	1 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	<b>1 (0%)</b>	<b>1 (0%)</b>
Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoomafwijkingen	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	4 (0,1%)	<b>1 (0%)</b>	<b>5 (0,1%)</b>

## Opgegeven lijden

	2020	2021	TOTAAL
<b>TOTAAL</b>	<b>2445</b>	<b>2700</b>	<b>5145</b>
Lijden, zowel fysiek als psychisch tegelijkertijd gerapporteerd	2068 (84,6%)	2162 (80,1%)	<b>4230 (82,2%)</b>
Alleen fysiek lijden gerapporteerd	330 (13,5%)	482 (17,9%)	<b>812 (15,8%)</b>
Alleen psychisch lijden (Zowel bij psychiatrische als somatische aandoeningen)* gerapporteerd	47 (1,9%)	56 (2,1%)	<b>103 (2%)</b>

\* Bijvoorbeeld: een kankerpatiënt wiens fysiek lijden wordt verlicht door pijnstillers, kan psychisch lijden door verlies van waardigheid of een verlies van autonomie.

## Hoedanigheid van de verplicht te raadplegen artsen

	2020	2021	TOTAAL
<b>Hoedanigheid van de eerste verplicht te raadplegen arts</b>			
<b>TOTAAL</b>	<b>2445</b>	<b>2700</b>	<b>5145</b>
Specialist	1078 (44,1%)	1671 (61,9%)	<b>2749 (53,4%)</b>
Huisarts	1297 (53%)	952 (35,3%)	<b>2249 (43,7%)</b>
Psychiater	70 (2,9%)	77 (2,9%)	<b>147 (2,9%)</b>

## Opleiding levenseinde/ eerste geraadpleegde arts

LEIF / EOL	729 (29,8%)	1054 (39%)	<b>1783 (34,6%)</b>
Vorming Palliatieve zorg	178 (7,3%)	278 (10,3%)	<b>456 (8,9%)</b>
LEIF / EOL en Vorming Palliatieve zorg	14 (0,6%)	82 (3%)	<b>96 (1,9%)</b>

## Hoedanigheid van de tweede verplicht te raadplegen arts i.g.v. een niet-terminale patiënt

	2020	2021	TOTAAL
<b>TOTAAL</b>	<b>311</b>	<b>430</b>	<b>741</b>
Psychiater	147 (47,3%)	231 (53,7%)	<b>378 (51%)</b>
Specialist	164 (52,7%)	199 (46,3%)	<b>363 (49%)</b>

## Opleiding levenseinde/ 2e geraadpleegde arts

LEIF / EOL	58 (18,6%)	118 (27,4%)	<b>176 (23,8%)</b>
Vorming Palliatieve zorg	6 (1,9%)	21 (4,9%)	<b>27 (3,6%)</b>
LEIF / EOL en Vorming Palliatieve zorg	1 (0,3%)	4 (0,9%)	<b>5 (0,7%)</b>



## Gebruikte techniek en middelen

	2020	2021	TOTAAL
<b>TOTAAL</b>	<b>2445</b>	<b>2700</b>	<b>5145</b>
Thiopental + spierrelaxans intraveneus	1365 (55,8%)	1644 (60,9%)	<b>3009 (58,5%)</b>
Thiopental intraveneus	751 (30,7%)	856 (31,7%)	<b>1607 (31,2%)</b>
Propofol+ spierrelaxans intraveneus	280 (11,5%)	170 (6,3%)	<b>450 (8,7%)</b>
Barbituraat per os (oraal)	16 (0,7%)	14 (0,5%)	<b>30 (0,6%)</b>
Morfine en/of anxiolyticum + spierrelaxans intraveneus	18 (0,7%)	9 (0,3%)	<b>27 (0,5%)</b>
Andere	15 (0,6%)	7 (0,3%)	<b>22 (0,4%)</b>

## Beslissingen van de la Commissie

	2020	2021	TOTAAL
<b>TOTAAL</b>	<b>2445</b>	<b>2700</b>	<b>5145</b>
Aanvaarding zonder meer	1728 (70,7%)	1872 (69,3%)	<b>3600 (70%)</b>
Opening van deel I voor administratieve redenen	295 (12,1%)	421 (15,6%)	<b>716 (13,9%)</b>
Opening van deel I voor preciseringen over procedure of voorwaarden	250 (10,2%)	179 (6,6%)	<b>429 (8,3%)</b>
Opening van deel I voor opmerking(en)	172 (7%)	228 (8,4%)	<b>400 (7,8%)</b>
Verwijzing naar de procureur des Konings	0	0	<b>0</b>

## A. Werking van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie betreffende de euthanasie

---

De Wet betreffende Euthanasie stipuleert in Art.5. dat een arts die een euthanasie toegepast heeft een registratiedocument dient in te vullen. Dit registratiedocument moet binnen de vier werkdagen bezorgd worden aan de Federale Controle- en Evaluatiecommissie (verder Commissie genoemd). Het registratiedocument bestaat uit 2 delen nl. deel I, een vertrouwelijk gedeelte dat de persoonlijke gegevens van de patiënt, de betrokken artsen, de apotheker en alle andere zorgverleners, familie en eventuele mantelzorgers bevat. Er kan alleen inzage van worden genomen na beslissing van de Commissie. Deel II is het anonieme gedeelte en bevat alle gegevens waarop de betrokken arts de euthanasie heeft gebaseerd.

Hoofdstuk V van de Euthanasiewet legt de samenstelling, de manier van werken en de opdracht van de Commissie wettelijk vast.

### a. De samenstelling van de Commissie

De Commissie bestaat uit zestien effectieve leden en zestien plaatsvervangende leden. De Commissie is als volgt samengesteld:

- Acht leden zijn doctor in de geneeskunde, van wie er minstens vier docent, hoogleraar of Emeritus-hoogleraar zijn aan een Belgische universiteit.
- Vier leden zijn docent, hoogleraar of Emeritus-hoogleraar in de rechten aan een Belgische universiteit of advocaat.
- Vier leden komen uit kringen die belast zijn met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten.

Bij het samenstellen van de Commissie moet de taalpariteit en het pluralistische karakter gerespecteerd worden, bovendien moeten er binnen elke taalgroep minstens drie leden zijn van hetzelfde geslacht.

De leden van de Commissie worden bij koninklijk besluit benoemd voor een periode van vier jaar op basis van een door de Kamer van Volksvertegenwoordigers vastgestelde dubbele lijst.

De Commissie wordt voorgezeten door twee voorzitters: een Franstalige en een Nederlandstalige voorzitter, verkozen door de eigen taalgroep.

### b. De opdracht van de Commissie

In overeenstemming met Art. 8 van de Wet betreffende Euthanasie van 28 mei 2002 behandelt de Commissie de toegestuurde registratiedocumenten. De Commissie gaat op basis van deel II (het anonieme gedeelte) na of de euthanasie conform de zorgvuldigheidsvoorwaarden en de procedures van de wet uitgevoerd werd.

Indien hierover twijfel bestaat kan de Commissie, na stemming, met een gewone meerderheid, het vertrouwelijke dossier (deel I) openen. Op basis van de gegevens die teruggevonden worden in deel I, kan er – indien nodig - geopteerd worden om bijkomende informatie op te vragen bij de meldende arts. Eventueel kan de arts gehoord worden door de Commissie. Indien twee derde van de Commissie beslist dat de uitgevoerde euthanasie niet conform de wet gebeurde, wordt het dossier overgemaakt aan de procureur des Konings.

De Commissie heeft ook de wettelijke opdracht tweejaarlijks een verslag op te stellen dat bezorgd wordt aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers.

Dit verslag moet de volgende onderdelen bevatten:

- Een statistisch verslag met alle informatie die terug te vinden is in deel II van het registratiedossier.
- Een verslag waarin de toepassing van de wet weergegeven en geëvalueerd wordt.
- Eventueel aanbevelingen die kunnen leiden tot een wetgevend initiatief of andere maatregelen om de uitvoering van de wet te verfijnen.

Bijgevolg valt bv. een politionele bevoegdheid of de bevoegdheid om de beroepsbekwaamheid van artsen te beoordelen niet onder de wettelijke bevoegdheid van de commissie. Zo kan de commissie een uitgevoerde euthanasie globaal goedkeuren ondanks enkele tekortkomingen in vorm. Ze fungeert als buffer tussen het gerecht en het werkveld.

### c. De concrete werking van de Commissie

De beoordeling van de registratiedocumenten – ongeveer tussen 200 en 250 per maand – gebeurt in twee stappen: voorafgaandelijk en individueel en vervolgens tijdens de maandelijkse vergadering. Deze werkwijze garandeert dat alle dossiers grondig worden bestudeerd.

#### 1. Voorafgaandelijke en individuele beoordeling

Alle leden van de Commissie, zowel de effectieve leden als de plaatsvervangende, ontvangen digitaal of per post op regelmatige tijdstippen gedurende de maand die vooraf gaat aan de vergadering, de ingediende registratiedocumenten (deel II). Dit geeft de mogelijkheid aan alle leden om de dossiers voor de maandelijkse vergadering vooraf te bestuderen en te evalueren. Op die manier kan elk lid dossiers weerhouden die volgens hem/haar niet voldoende informatie bevatten of die vermoedelijk niet in overeenstemming zijn met de wet. Elk lid kan bovendien voorafgaand opmerkingen maken en melden aan het secretariaat. Op die manier kunnen ook effectieve en plaatsvervangende leden die niet aanwezig zijn tijdens de vergadering, hun aanmerkingen over een dossier doorgeven. Bij de uitnodiging voor de vergadering wordt een overzicht gevoegd van alle opmerkingen die bij bepaalde dossiers gemaakt werden.

#### 2. De maandelijkse Commissievergadering

Tijdens deze maandelijkse vergadering wordt er ingegaan op de registratiedocumenten die bijzondere aandacht vragen. Er zijn immers registratiedocumenten waarover alle commissieleden het eens zijn dat de wet correct werd toegepast en aldus zonder discussie goedgekeurd kunnen worden (69,4%).

De dossiers die wel diepgaand en grondig besproken worden zijn enerzijds de registratiedocumenten die onvoldoende of onduidelijke informatie bevatten, waarbij de vraag rijst of de euthanasie wel conform de wet gebeurde en anderzijds bijzondere casussen, zoals orgaandonatie na een euthanasie, euthanasie bij patiënten die woonachtig zijn in het buitenland of euthanasies die bij de uitvoering problemen ondervonden in de zorginstelling. De vergadering begint met de goedkeuring van het verslag van de voorbije Commissievergadering en de beoordeling van de antwoorden van de artsen aan wie bijkomende informatie werd gevraagd. Is deze informatie voldoende dan wordt het dossier alsnog goedgekeurd. Daarna worden de nieuwe dossiers bestudeerd. Tijdens deze besprekingen kunnen de aanwezige leden verduidelijkingen geven of opmerkingen maken zodat het dossier alsnog correct kan worden beoordeeld. Indien er onduidelijkheid of twijfel blijft bestaan kan de Commissie bij consensus of met een gewone meerderheid beslissen deel I te openen om aan de meldende arts bijkomende informatie te vragen. Indien de bijkomende informatie nog onvoldoende blijkt, kan de betrokken arts bij consensus of na een beslissing met een gewone meerderheid uitgenodigd worden om tijdens een bijeenkomst van de Commissie zijn dossier toe te lichten en op de vragen van de commissieleden te antwoorden. Blijft de Commissie van oordeel dat de wet niet correct werd nageleefd dan wordt na stemming beslist of het dossier overgemaakt zal worden aan de procureur des Konings. Minstens 2/3 van de stemgerechtigde leden moet het met de verwijzing naar de procureur des Konings eens zijn.

Er dient benadrukt te worden dat de leden van de Commissie onderworpen zijn aan de geheimhoudingsplicht. Dit wil zeggen dat gegevens die hen toevertrouwd werden in de uitoefening van hun opdracht en die ermee verband houden, niet openbaar gemaakt kunnen worden. (Art. 12)

Een commissielid dat betrokken was bij een te beoordelen euthanasie is niet aanwezig op het moment dat het dossier besproken wordt en neemt geen deel aan de besluitvorming. Zoals bepaald in Art. 8 van de wet als: «bij het opheffen van de anonimiteit blijkt dat er feiten of omstandigheden bestaan waardoor de onafhankelijkheid of de onpartijdigheid van het oordeel van een lid van de commissie in het gedrang komt, zal dit lid zich verschonen of kunnen gewraakt worden bij de behandeling van deze zaak in de Commissie.»

In 2020 - 2021 vergaderde de Commissie maandelijks, met uitzondering van de zomervakantie gedurende dewelke slechts éénmaal vergaderd werd. Sinds april 2020 worden de vergaderingen steeds virtueel georganiseerd omwille van de Covid pandemie.

### **3. Actualisering van het huishoudelijk reglement**

De interne werking van de commissie wordt mede geregeld in het huishoudelijk reglement. Men vindt dit terug op de website [www.euthanasiecommissie.be](http://www.euthanasiecommissie.be). Op 19 januari 2021 werd het reglement geactualiseerd. Nieuwe bepalingen hebben betrekking op volgende thema's: de externe communicatie, het beroepsgeheim en de deelname aan de beraadslagingen door een lid van de commissie, dat voorheen betrokken was bij de voorliggende euthanasie.

## B. Evaluatie van de euthanasiepraktijk

---

### Opmerkingen

- In deel II maakt de Commissie een evaluatie op basis van de laatste twee jaar (2020-2021), evenwel zijn de grafieken gebaseerd op de afgelopen 4 jaar zodat men eventuele evoluties kan aantonen.
- Sinds 2014 gebeurt het classificeren van de aandoeningen die aan de basis liggen van een euthanasieverzoek volgens de wereldwijd en in ons land in de ziekenhuizen verplicht te gebruiken ICD-10 codes, de «International Statistical Classification of Diseases». De ICD-10-CM is een gesloten classificatiesysteem dat slechts één plaats voorziet om een aandoening te classificeren. De aandoeningen worden in eerste instantie gegroepeerd per categorie, daarna per subgroep en uiteindelijk per diagnose.

### Voorbeelden:

- De diagnose CVA (cerebrovasculaire accident) behoort tot de categorie *Ziekten van hart- en vaatstelsel* omdat de aandoening veroorzaakt is door een verstoring in de doorbloeding van de hersenen. Binnen de groep van ziekten van hart- en vaatstelsel valt het onder de subgroep *cerebrovasculaire ziekten*.
- Longfibrose is een aandoening die aanleiding geeft tot ademhalingsinsufficiëntie en behoort tot de categorie van de *Ziekten van ademhalingsstelsel*.
- Longfibrose valt onder de subgroep *overige respiratoire aandoeningen die hoofdzakelijk interstitium aantasten*.
- De diagnose longkanker maakt deel uit van de categorie Nieuwvormingen (kankers) en valt niet onder de categorie *Ziekten van het ademhalingsstelsel*. Binnen deze categorie valt longkanker onder de subgroep *maligne neoplasma van ademhalingsstelsel en de intra thoracale organen*.
- Hartfalen, een aandoening waarbij de pompfunctie van het hart is verzwakt, behoort uiteraard tot de categorie van de *Ziekten van hart- en vaatstelsel* en valt verder onder de subcategorie *overige hartaandoeningen*.
- I.g.v. meerdere aandoeningen, dient men elke aandoening afzonderlijk te coderen. Gezien we ons moeten beperken tot één code per registratiedocument heeft de commissie beslist deze groep te klasseren onder polypathologie.
- *Psychische stoornissen en gedragsstoornissen* zijn nu onderverdeeld in *psychiatrische aandoeningen* (vb.: persoonlijkheidsstoornissen, posttraumatische stressstoornis, schizofrenie, autisme etc.) en *cognitieve stoornissen* (vb.: verschillende vormen van dementie zoals de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, lewy body dementie etc.). De cognitieve stoornissen horen thuis in de subgroep *organische, inclusief symptomatische, psychische stoornissen*.
- Om de evolutie van de gegevens in de loop van de jaren beter te kunnen volgen worden de grafieken weergegeven in absolute aantallen en niet in percentages.
- In maart 2021 verhuisde het secretariaat van de Euthanasiecommissie samen met de FOD Volksgezondheid naar de Galiléelaan in Brussel. De Commissie heeft van deze gelegenheid gebruik gemaakt om het registratiedocument lichtjes aan te passen. Deze aanpassing werd hoofdzakelijk uitgevoerd om de administratieve fouten bij het invullen van het document te verminderen, maar ook om de artsen de mogelijkheid te geven (niet verplicht) om de woonplaats van de patiënt te vermelden, de taal alsmede de door de geraadpleegde artsen gevolgde opleiding(en) in verband met het levenseinde.

## a. Het aantal aangiften

In 2021 is het aantal geregistreerde euthanasies met 10,4% gestegen ten opzichte van 2020, waarmee het niveau van 2019 (2656) weer werd bereikt.

Over de jaren heen is er een constante toename van het aantal geregistreerde euthanasies. De pandemie had echter een invloed op het aantal uitgevoerde euthanasies.

We merken een significante daling op van 7,9% van het aantal in 2020 aangegeven euthanasies en dit voornamelijk aan Nederlandstalige zijde (1836 in 2020 tegenover 2053 in 2019). Deze daling komt overeen met de maanden waarin de inperkingsmaatregelen werden genomen. Hierdoor deden artsen geen huisbezoeken meer en hadden de patiënten niet altijd de mogelijkheid om naar de huisartsenpraktijk te gaan.

Euthanasies per maand	maart	april	mei	juni
<b>2018</b>	217	178	187	207
<b>2019</b>	223	203	241	218
<b>2020</b>	218	164	180	203
<b>2021</b>	236	257	206	212

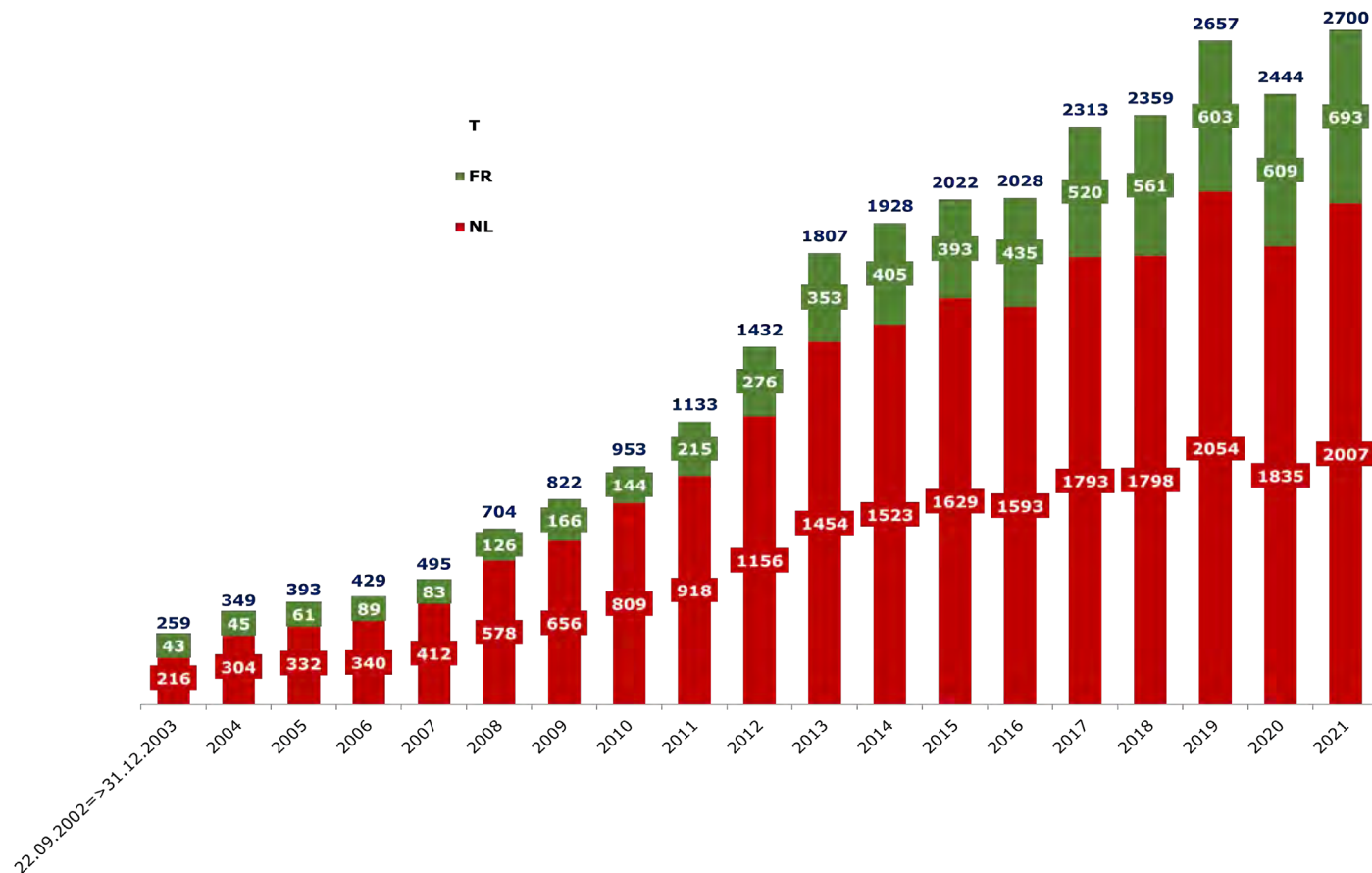
Het assisenproces proces Tine Nys heeft waarschijnlijk ook een impact op deze daling, in het bijzonder voor de Nederlandstalige artsen (zie ook p 22).

Het aandeel aangegeven sterfgevallen door euthanasie dat in 2020-2021 werd gemeld, bedroeg 2,2% van alle sterfgevallen in ons land (bron StatBel).

	2020	2021	TOTAAL
	<b>2445</b>	<b>2700</b>	<b>5145</b>
<b>Aantal overlijdens in België</b>	126850	112291	<b>239240</b>
<b>Aantal uitgevoerde euthanasie</b>	2445	2700	<b>5145</b>
<b>Verhouding overlijden door euthanasie</b>	1,9	2,4	<b>2,2</b>



Grafiek (G) 1 - Aantal uitgevoerde euthanasies op basis van taal(T= 27 227)



Opmerking: de Euthanasiecommissie beschikt niet over de cijfers per Gewest, maar enkel volgens de taal waarin het registratiedocument is opgesteld. Zoals bepaald in de Euthanasiewet (Art. 7) vermeldt het tweede deel van het registratiedocument enkel het geslacht, de geboortedatum en -plaats van de patiënt en dus niet de woonplaats. De woonplaats wordt gevraagd in deel I, het deel dat enkel geopend kan worden wanneer bijkomende informatie wordt gevraagd aan de arts die de aangifte heeft opgesteld. De taal van de patiënt wordt nu echter gevraagd in deel II.

## **b. De taal waarin de registratiedocumenten zijn opgesteld**

De verhouding Nederlandstalige/Franstalige registratiedocumenten blijft belangrijk: 74,7% en 25,3%, dit ondanks de blijvende stijging van het aantal Franstalige dossiers. Het totaal aantal geregistreerde euthanasies in het Nederlands ging van 2 053 in 2019 naar 2 007 in 2021, het aantal Franstalige registratiedocumenten steeg van 603 in 2019 naar 693 in 2021.

Het grote verschil tussen het aantal registratiedocumenten in het Nederlands en het aantal registratiedocumenten in het Frans werd door de Commissie reeds vermeld in haar vorige evaluatieverslagen. Hierin werden ook een aantal mogelijke oorzaken genoemd.

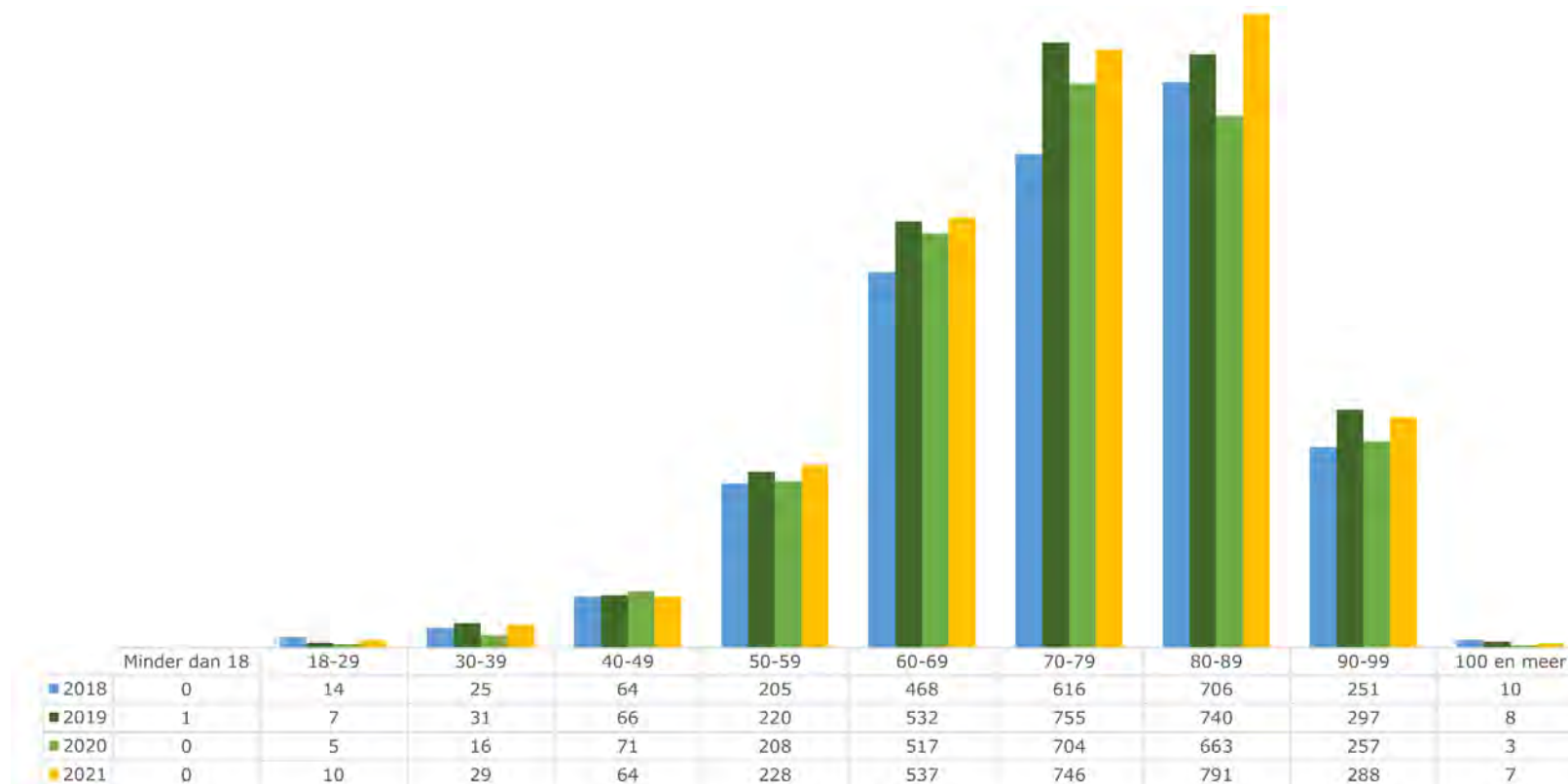
De Commissie beschikt niet over de nodige elementen noch middelen die toelaten deze onevenredigheid te verklaren. Wel stelt ze vast dat zowel bevolking als artsen op een verschillende wijze worden geïnformeerd. Zo werden aan Franstalige zijde de universitaire en postgraduaat opleidingen met betrekking tot het levenseinde later ingericht dan aan Nederlandstalige zijde, bestaan er verschillen in sociaal-culturele attitudes in het noorden en zuiden van het land, bestaan er verschillen in medische praktijken aan het levenseinde, enz. Een wetenschappelijk onderzoek gepubliceerd in 2009 suggereert dat artsen in Franstalig België meer dan twee keer zoveel palliatieve sedatie uitvoeren dan in het noorden van het land (Lieve Van den Block (VUB), Reginald Deschepper (VUB) , Johan Bilsen (Vub & UGent) , Nathalie Bossuyt (ISP) , Viviane Van Casteren (ISP) en Luc Deliens (VUB, VU University Medical Centre, Amsterdam) (2009) Euthanasia and other end-of-life decisions: a mortality follow-back study in Belgium. BMC Public Health 9 (1): 79-88).

In dit verband kan de Commissie alleen haar verzoek aan de wetgevende kamer herhalen om een transversale studie te financieren met als doel de verschillende redenen voor de onevenredigheid tussen de Nederlandstalige en de Franstalige registratiedocumenten aan het licht te brengen en te verklaren.

## **c. De leeftijd van de patiënten**

Euthanasie bij patiënten jonger dan 40 jaar is zeer beperkt. Het zijn vooral patiënten in de leeftijdsgroepen van 60, 70 en 80 die om euthanasie verzochten. De leeftijdsgroep van de 80-plussers blijft de belangrijkste groep wat ook overeenkomt met het significante aantal sterfgevallen in deze leeftijdscategorie (cijfers 2021, Bron StatBel).

## G2 - De leeftijd van de patiënten (T= 10160)



### Euthanasie bij minderjarige patiënten

Voor de minderjarige patiënt gelden een aantal specifieke voorwaarden waarbij het oordeelvermogen de belangrijkste is. De procedure kan uitsluitend met goedkeuring van de wettelijke vertegenwoordigers, er moet een actueel verzoek zijn en psychisch lijden (als gevolg van psychiatrische aandoeningen) is uitgesloten.

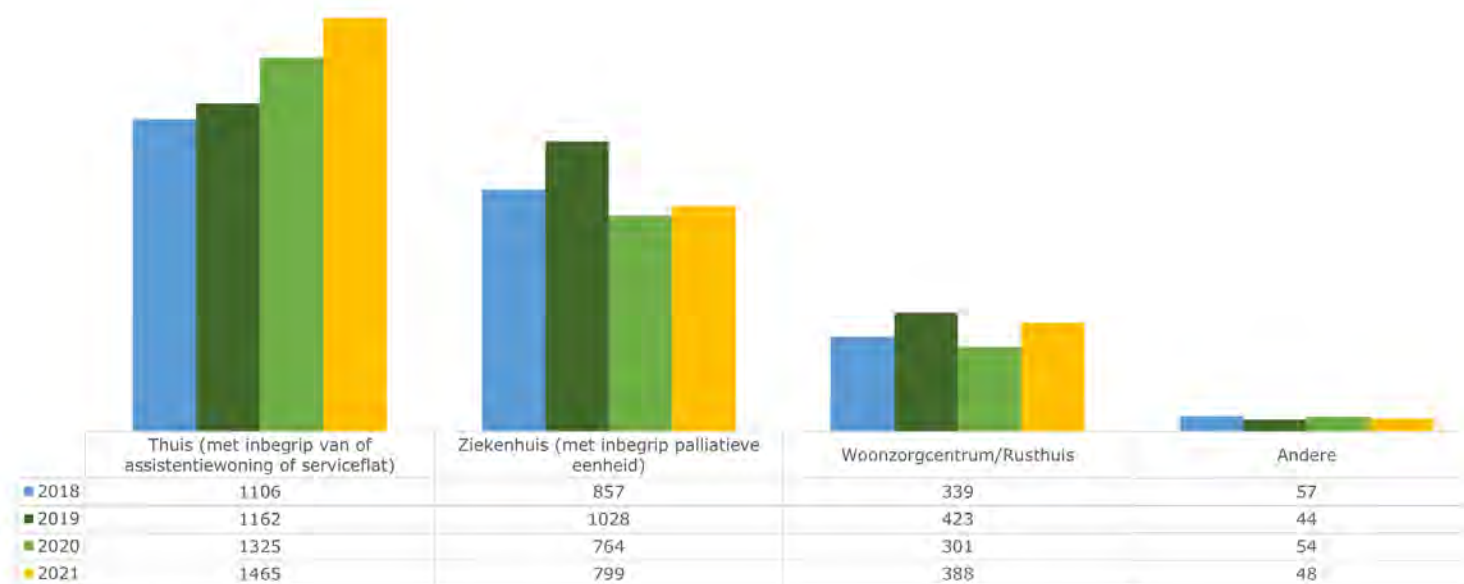
In de periode van 2020 - 2021, heeft de commissie geen enkel registratiedocument van een euthanasie bij een minderjarige patiënt ontvangen.

#### d. De plaats waar de euthanasie werd uitgevoerd

Het aantal euthanasies thuis en in de woonzorgcentra blijven in absolute cijfers toenemen. Dit stemt overeen met de wens van de patiënten om thuis te sterven. Dit verklaart waarom de huisarts zowel in het onderzoek van een euthanasieverzoek als in de uitvoering een prominentere plaats inneemt.

Sinds 2020 is het aantal euthanasies dat thuis plaatsvond, gestegen (54,3%). Het aantal euthanasies dat wordt uitgevoerd in ziekenhuizen en eenheden voor palliatieve zorg (30,4%) neemt af, terwijl het aantal euthanasies dat wordt uitgevoerd in woon- zorgcentra, na een daling in 2020, licht toeneemt (13,4%).

**G3 - De plaats waar de euthanasie werd uitgevoerd (T= 10160)**



#### e. Euthanasie op basis van een voorafgaande wilsverklaring euthanasie

Meestal wordt euthanasie uitgevoerd op basis van een actueel verzoek tot euthanasie. Dit is een verzoek van een bewuste handelingsbekwame meerderjarige, of een handelingsbekwame ontvoogde minderjarige, of een oordeelsbekwame minderjarige patiënt die zich in een medische uitzichtloze toestand bevindt en wiens verzoek voldoet aan de wettelijke voorwaarden zoals beschreven in de Wet betreffende de Euthanasie.

Het verzoek dient bevestigd te worden in een schriftelijk document dat door de patiënt opgesteld, ondertekend en gedateerd is. Indien de patiënt daar fysiek niet toe in staat is (vb. door verlamming, analfabetisme, etc.) mag het verzoek, in het bijzijn van de arts, op schrift worden gesteld door een derde meerderjarige persoon die gekozen wordt door de patiënt en die geen materieel belang mag hebben bij zijn dood. De reden waarom de patiënt niet in staat is om zelf zijn verzoek op schrift te stellen wordt in het document vermeld.

Het verzoek blijft geldig gedurende de hele tijdsspanne die nodig is voor het onderzoek van de euthanasievraag en de uitvoering ervan, zelfs indien de patiënt, nadat zijn verzoek tot euthanasie gunstig werd beoordeeld, niet meer bewust is.

In een aantal gevallen wordt euthanasie uitgevoerd op basis van een voorafgaande wilsverklaring. In dit geval gaat het om euthanasie bij een patiënt die lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke aandoening, die niet meer bij bewustzijn is, en deze situatie, volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is en die vooraf een wilsverklaring heeft opgesteld volgens het model vereist door de wet (o.a. twee verplichte getuigen, eventuele aanduiding van een vertrouwenspersoon, enz.).

Een voorbeeld van een voorafgaande wilsverklaring is beschikbaar op de website [www.euthanasiecommissie.be](http://www.euthanasiecommissie.be), rubriek formulieren.

Voorbeelden van aandoeningen die ertoe kunnen leiden dat de patiënt buiten bewustzijn is en dat deze situatie in de huidige stand van de wetenschap onomkeerbaar is, zijn: kwaadaardige aandoeningen die gepaard gaan met hersenmetastasering of hersentumoren, CVA of hersentrombose, al of niet traumatische hersenbloedingen, waaktoestand waarbij men niet reageert etc.

In 2020 – 2021 heeft de Commissie 31 registratiedocumenten op basis van een voorafgaande wilsverklaring euthanasie ontvangen, wat overeenkomt met minder dan 1% van de euthanasies die in deze periode zijn aangegeven. De meerderheid van de aandoeningen waaraan deze patiënten leden waren maligne tumoren en cerebrovasculaire aandoeningen (hersentrombosen en hersenbloedingen).

#### **f. Te verwachten termijn voor overlijden**

De Wet betreffende Euthanasie voorziet in geval van een overlijden niet binnen afzienbare termijn een strengere procedure. Dit wil zeggen dat er een extra advies moet zijn van ofwel een specialist in de desbetreffende aandoening of van een psychiater én dat een wachttijd van minstens één maand moet gerespecteerd worden tussen het schriftelijk verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie.

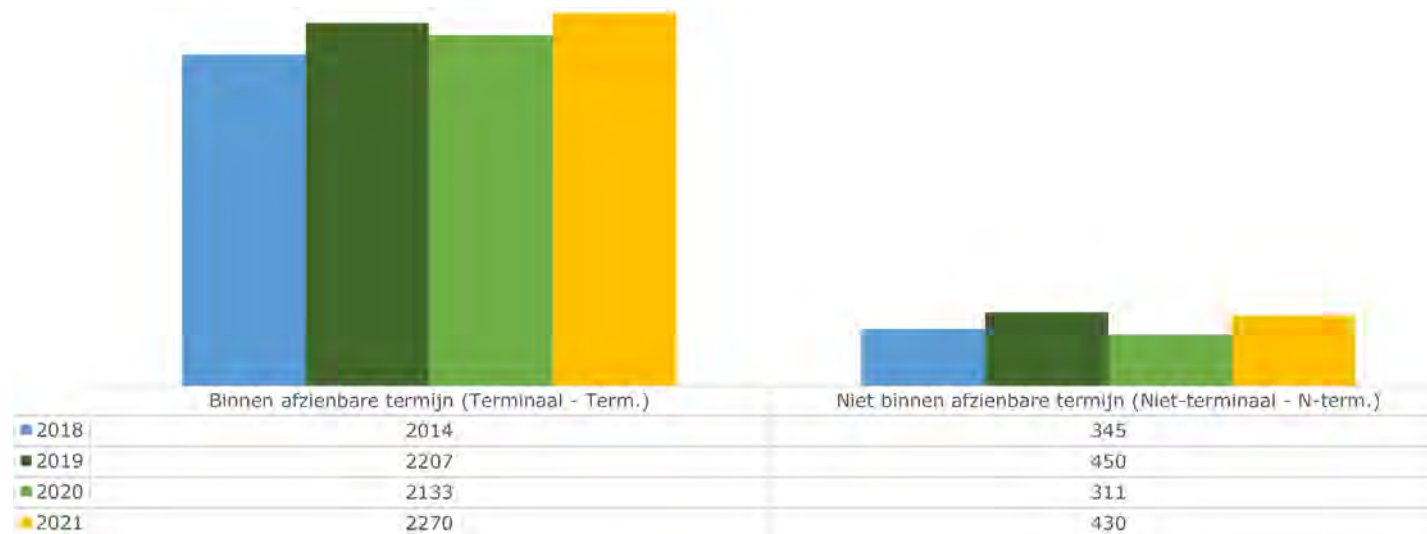
De Commissie is van oordeel dat de patiënt «niet binnen afzienbare termijn» zal overlijden wanneer verwacht wordt dat de patiënt niet binnen de komende weken of maanden zal overlijden. In de praktijk betekent dit dat enkel bij niet-evolutieve of erg langzaam evoluerende aandoeningen deze specifieke procedure moet worden gevolgd.

Wanneer verwacht wordt dat de patiënt binnen de komende dagen, weken of maanden zal overlijden, kan men spreken van een overlijden «binnen afzienbare termijn».

Bepalen of het overlijden van de patiënt binnen afzienbare termijn zal plaatsvinden of niet is niet altijd eenvoudig. Uit de besprekingen binnen de Commissie omtrent de inschatting van de resterende overlevingsduur door de arts, is gebleken dat, de behandelende arts de enige is die in staat is te beoordelen of de patiënt al dan niet binnen afzienbare termijn zal overlijden. Echter, de elementen die hiertoe geleid hebben, moeten ook blijken uit de in deel II verstrekte informatie.

Wanneer, op basis van een wilsverklaring inzake euthanasie, een levensbeëindiging werd uitgevoerd is men bij het opmaken van deze statistiek ervan uitgegaan dat de patiënt op korte termijn zou zijn overleden.

**G4 - Te verwachten termijn voor overlijden (T= 10160)**



### g. Het onderscheid tussen bedenktijd en wachttijd

De Wet betreffende de Euthanasie bepaalt dat, indien de patiënt niet binnen afzienbare termijn zal overlijden, m.a.w. niet-terminaal is, de arts minstens één maand tijd moet laten verlopen tussen enerzijds het schriftelijk verzoek om euthanasie en anderzijds de uitvoering ervan. In Nederland bestaat deze verplichting niet.

In dit verband wordt soms kritiek geuit op de korte duur van de zogenaamde «bedenktijd». In die zin dat één maand een te korte tijdsperiode zou inhouden om met zekerheid te kunnen besluiten dat de patiënt daadwerkelijk euthanasie wenst. Een rijp en doordacht besluit zou een langere bedenktijd en een langere periode van overleg met de arts vereisen.

Deze kritiek overtuigt niet. Hij gaat namelijk uit van de veronderstelling dat de patiënt zijn wil vormt in de zogenaamde «bedenktijd» van één maand. In werkelijkheid gebeurt het proces van wilsvorming vooraf aan het schriftelijk neerschrijven van de vraag om euthanasie. Eerst vormt de patiënt zijn innerlijke wil om vervolgens zijn vraag om euthanasie te veruiterlijken in een geschrift, het wettelijk verplichte «schriftelijke verzoek» ook «actueel verzoek» genoemd. Na de opschriftstelling, indien de patiënt niet binnen afzienbare termijn zal overlijden, dient vervolgens, supplementair, een wachttijd van minimaal één maand in acht te worden genomen. De term «wachttijd» duidt dus beter het begrip dan de term «bedenktijd».

Op te merken valt dat de wetgever het proces van wilsvorming - dit is dus de periode die voorafgaat aan de opschriftstelling - omringt met tal van grond-, vorm- en procedurevoorwaarden. De wet vereist vooreerst dat de patiënt een «overwogen» verzoek zou formuleren, dat ook een schriftelijke weerslag moet hebben. Uit de voorbereidende werken van de Wet betreffende de Euthanasie en uit de rechtsleer blijkt dat «overwogen» o.a. inhoudt dat de patiënt wilsbekwaam of wilsgeschikt is.



Zo mag b.v. een eventuele psychische ziekte geen hinderpaal vormen om op basis van een rationele gedachtegang tot een besluit te komen. De arts zal dus in concreto moeten vaststellen of de patiënt effectief tot een wils- of besluitvorming in staat is en of een overwogen verzoek kan geformuleerd worden.

Daarnaast duidt de term «overwogen» verzoek ook op de werkelijkheid van het verzoek. De patiënt moet werkelijk, na een afweging van alle elementen, tot de beslissing komen dat euthanasie de enige oplossing is. In dit verband dient de arts een aantal informatieverplichtingen te vervullen.

De arts moet de patiënt inlichten over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting, met de patiënt overleg plegen over zijn verzoek tot euthanasie en met hem de eventueel nog resterende therapeutische mogelijkheden, evenals die van palliatieve zorg en hun gevolgen, bespreken. De arts moet met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin de patiënt zich bevindt geen redelijke andere oplossing bestaat en dat het verzoek van de patiënt berust op volledige vrijwilligheid (Art. 3, §2, 1° Wet betreffende de euthanasie).

Het euthanasieverzoek moet tenslotte eveneens «herhaald» en «duurzaam» zijn (Art.3, §1 en Art. 3, §2, 2° Wet betreffende de Euthanasie). «Herhaald» houdt in dat de patiënt zijn verzoek meerdere malen formuleert, terwijl «duurzaam» betekent dat het verzoek, ook tussen de herhalingen door, blijft bestaan. Daartoe voert de arts meerdere gesprekken met de patiënt die, rekening houdend met de gezondheidstoestand van de patiënt, over een redelijke termijn worden gespreid.

Dit alles geschiedt in het proces van innerlijke wilsvorming bij de patiënt. Slechts nadat de patiënt zijn innerlijke wil heeft bepaald, gebeurt de opschriftstelling van het verzoek en begint tenslotte, voor wat de niet-terminale patiënt betreft, de wachttijd van één maand te lopen.

Belangrijk is te weten dat in het registratiedocument geen vraag wordt gesteld over de bedenktijd. Wel wordt er door heel wat artsen in Rubriek 6 («de elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is») opmerkingen gemaakt over het feit dat de patiënt met zijn behandelende arts zijn wens voor euthanasie heeft besproken geruime tijd voor hij zijn schriftelijk verzoek neerschrijft.

Dossiers van patiënten waarbij het overlijden niet binnen afzienbare termijn te verwachten was of waarbij de wachttijd van één maand niet werd gerespecteerd, vormden systematisch het onderwerp van een discussie. Alle andere ingevulde elementen (diagnose, data van de consultaties van de geraadpleegde artsen en informatie bij punt 6 in het registratiedocument) hebben het voor de Commissie mogelijk gemaakt om deze dossiers te aanvaarden.

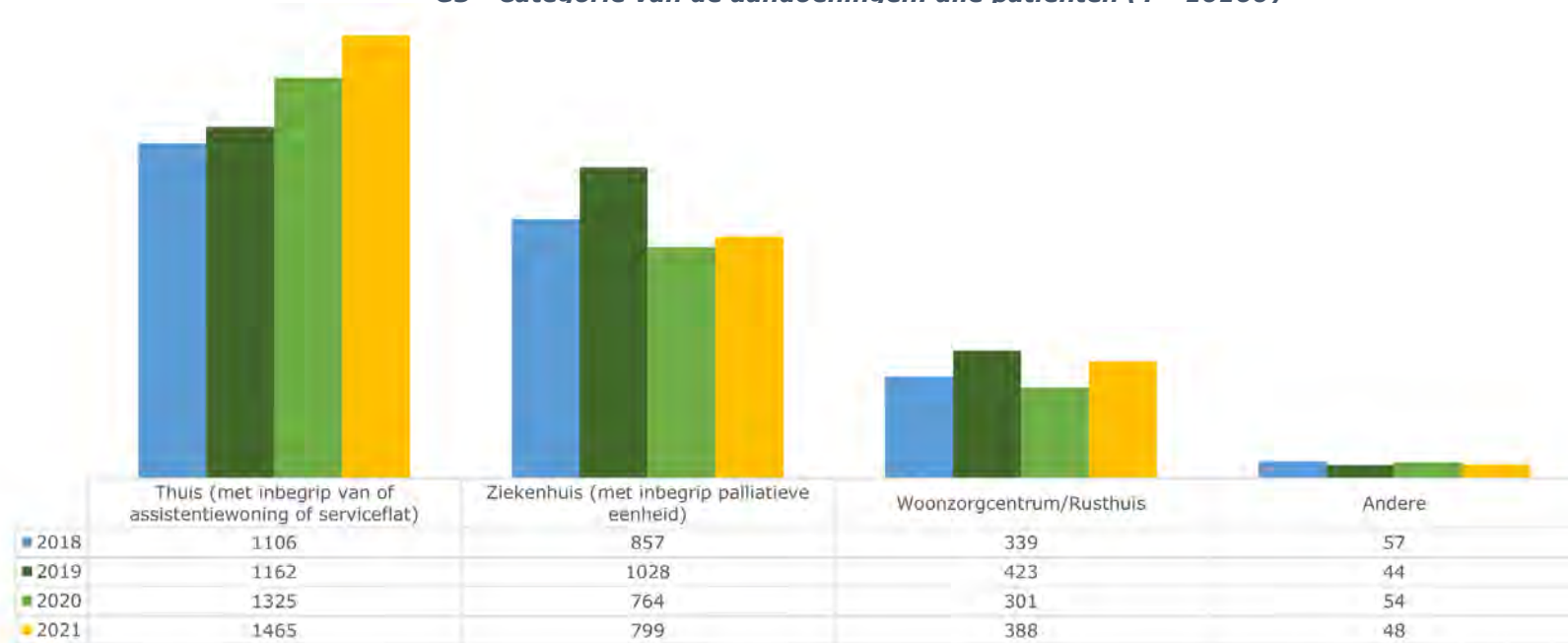
In deze gevallen werd systematisch een didactische brief verstuurd naar deze artsen om hen te herinneren aan de procedure die gevolgd dient te worden in geval van een overlijden «niet binnen afzienbare termijn».

## **h. De aandoeningen die aan de basis lagen van euthanasie**

In 2020 – 2021 waren de voornaamste categorieën die aan de basis lagen van de uitgevoerde euthanasies nieuwvormingen/kanker (63,4%), polypathologie (17,5%) en ziekten van het zenuwstelsel (7,8%), ziekten van het bloedsomloopstelsel (3,6%), ziekten van de luchtwegen (2,5%), psychiatrische aandoeningen (0,9%), cognitieve stoornissen (1%) en ziekten van het spijsverteringsstelsel (0,7%). Alle andere categorieën vertegenwoordigen 2,6% van de aandoeningen.

Verzoeken om euthanasie op basis van psychische en gedragsstoornissen (psychiatrische en cognitieve stoornissen worden hier beide in opgenomen) bleven uitzonderlijk (1,9% van alle euthanasies). In al deze gevallen kon de Commissie vaststellen dat aan de wettelijke voorwaarden was voldaan (een wilsbekwame patiënt, een herhaald en weloverwogen verzoek bevestigd door een schriftelijk verzoek, een medisch uitzichtloze toestand, ondraaglijk aanhoudend en niet te lenigen lijden veroorzaakt door een ernstige en ongeneeslijke ziekte).

**G5 - Categorie van de aandoeningen: alle patiënten (T= 10160)**



opm. : bij « andere » worden minder frequente aandoeningen opgenomen zoals endocriene en congenitale ziektes.

In de groep van de patiënten die kennelijk niet binnen afzienbare termijn zullen overlijden is de groep met de polypathologie het sterkst vertegenwoordigd terwijl kankerpatiënten zelden als niet-terminaal worden beschouwd.

**i. Het opgegeven lijden**

In de Euthanasiewet staan in Art. 3 §2 twee vormen van lijden geëxpliciteerd, nl. het fysiek lijden en het psychisch lijden. Dit zijn twee verzameltermen waarin verschillende vormen van lijden opgenomen zijn.

De verscheidenheid van lijden en de vele vormen die ze aannemen komen zowel voor bij somatische als psychiatrische aandoeningen.

- Fysiek lijden: pijn, dyspneu, dysfagie, uitputting, bloeding, darmobstructie, verlamming, doorligwonden, herhaalde transfusies, enz.
- Psychisch lijden : lijden aan het leven nu en aan het vooruitzicht van de toekomst (bv. ik word niet meer beter, gevoel van aftakeling), het verlies van zelfstandigheid en terecht komen in afhankelijkheid (bv. anderen moeten voor mij zorgen), het niet meer kunnen maken van verbindingen met anderen (bv. door verlies van mobiliteit, gehoor, visus), een gevoel van onbehagen (bv. ik sta er alleen voor), mijn zingevingbeleving laat mij in de steek (bv. mijn houvast is weg), de zin van mijn leven is weg (ik kan niet meer, het is op).

Deze vormen van lijden leest men in het registratie document voornamelijk in de rubrieken 4 en 5 en ook in de weergave van de adviezen onder 9.

Bij de meeste patiënten werden deze verschillende soorten van lijden en hun uitdrukkingsvormen, tegelijkertijd vastgesteld. Dit bevestigt de vaststelling dat een somatische aandoening belangrijk psychisch lijden veroorzaakt wat door de uitvoerende arts als een bijkomend element in het ondraaglijk, aanhoudend en niet te lenigen karakter van het lijden wordt beschouwd. Hoe dan ook, het lijden, zoals vermeld in de registratiedocumenten, gaat steeds uit van één of meerdere ernstige en ongeneeslijke medische aandoeningen.

De Commissie is van mening dat bepaalde objectieve factoren weliswaar kunnen wijzen op ondraaglijk lijden, maar dat dit grotendeels subjectief is en afhangt van de persoonlijkheid, de opvattingen en de eigen waarden van de patiënt. Er is een onderscheid tussen het 'mogelijk' lijden door de aandoening en het 'effectief' lijden van die patiënt.

Wat betreft de vaststelling of het lijden al dan niet gelenigd kan worden, is dit een besluit van de uitvoerende arts die ook rekening moet houden met het recht van de patiënt om een palliatieve behandeling of zelfs palliatieve zorg te weigeren, bv. wanneer deze behandeling bijwerkingen of toepassingswijzen zou inhouden die hij als ondraaglijk beschouwt. De Commissie is van oordeel dat in deze de arts en de patiënt uitgebreid in overleg gaan.

#### **j. De multidisciplinaire aanpak bij de uitklaring van een euthanasieverzoek**

Naast de verplichte raadpleging van een of twee onafhankelijke arts(en), zijn ook andere zorgverleners (zoals huisarts en/of specialist die de patiënt volgen, palliatief team, verpleegkundigen en psychologen) regelmatig betrokken bij het onderzoek van de vraag naar euthanasie (dit in 63,4% van de verklaringen). Dit toont aan dat een euthanasieverzoek binnen de medische teams wordt besproken. In de besluitvorming kunnen de meningen van andere leden van het team belangrijk zijn. Een dergelijke multidisciplinaire benadering is een werkmethode die in de gezondheidszorg op grote schaal wordt toegepast. Dit wijst op een transparante besluitvorming. Dit aanvullend medisch overleg mag niet leiden tot het creëren van extra voorwaarden die niet bij wet zijn vastgelegd en niet tegen de wil in van de patiënt. Men mag niet vergeten dat de twee personen die uiteindelijk de beslissing moeten nemen de patiënt en de uitvoerende arts zijn.

De uitvoerende arts is echter niet verplicht de betrokkenheid van andere zorgverleners en het multidisciplinair overleg dat daaraan verbonden is, te melden. Toch vindt men meldingen hierover in de rubrieken 6, 10 en 12 van deel II van het registratiedocument. Dat betekent dat de hierna vermelde cijfers een onderschatting zijn van de betrokkenheid van andere zorgverleners.

In de grafieken van het verslag wordt onderscheid gemaakt tussen huisarts, specialist en psychiater en anderzijds LEIF-EOL-arts en/of palliatieve arts waarbij niet vermeld werd of hij/zij een huisarts of een specialist was. De meldende arts heeft geen verplichting om aan te duiden of de adviserende arts een LEIF-EOL-arts en/of palliatieve arts was. Dit betekent dat de rol van de LEIF-EOL-arts en/of palliatieve arts wellicht groter is dan vermeld in het verslag.

Opmerkingen

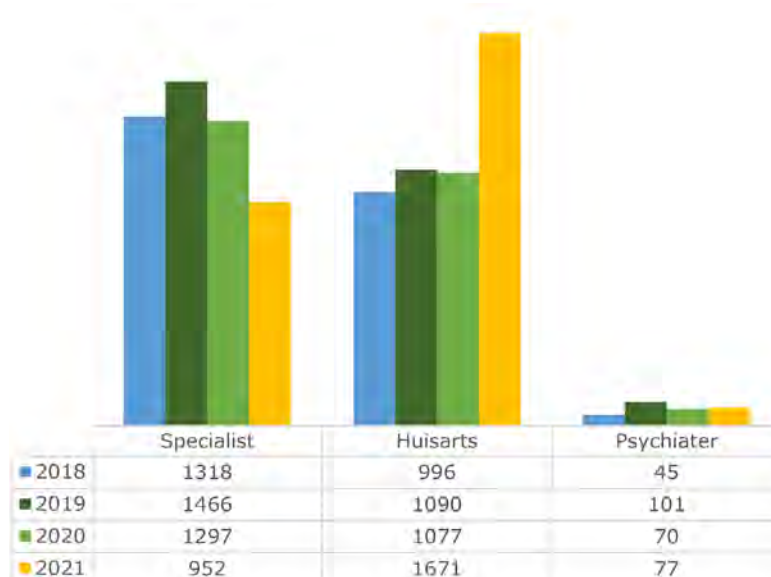
- Een palliatieve arts is een specialist of huisarts die aangeeft een bijkomende opleiding in de palliatieve zorg te hebben gevolgd.
- Ziekenhuisartsen en specialisten in opleiding worden als «specialisten» beschouwd.

- LEIF/EOL-artsen zijn huisartsen of specialisten die een bijkomende opleiding gevolgd hebben i.v.m. de problematiek van beslissingen aan het levenseinde en die al of niet deel uitmaken van het LEIF-EOL<sup>1</sup> Consortium . Let wel: tot en met het 7de rapport werden LEIF/EOL-artsen geassocieerd als huisarts. Vanaf het 8ste rapport zijn ze in een aparte categorie ingedeeld.
- In het geval van polypathologie heeft de Commissie huisartsen, op grond van hun ervaring, gelijkgesteld aan specialisten voor het verstrekken van advies als tweede arts bij een patiënt waarvan het overlijden niet binnen korte termijn zal optreden.

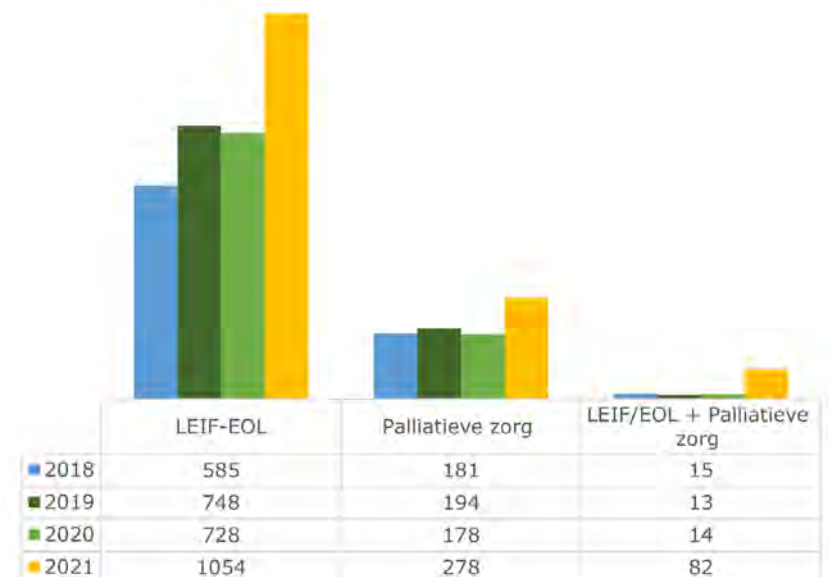
### 1. Eerste verplicht advies door een onafhankelijk geraadpleegde arts

In geval van een patiënt die binnen afzienbare tijd zal overlijden is één advies van een onafhankelijk arts voldoende. Elke arts mag, ongeacht zijn specialiteit, advies geven als eerste adviserende arts.

**G6 - Hoedanigheid van de eerste verplicht te raadplegen arts (T= 10160)**



**G6 bis - Opleiding levenseinde/ 1e geraadpleegde arts (T= 4070)**



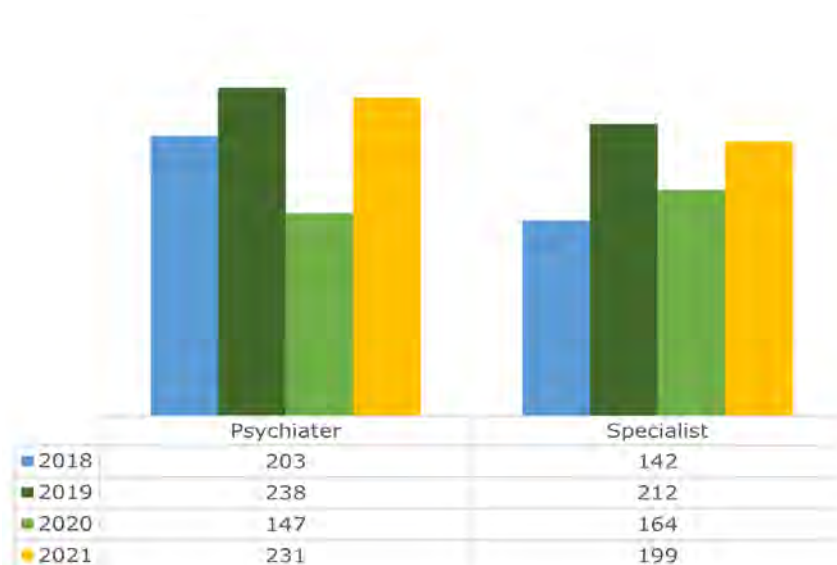
Naast de huisarts spelen specialisten, en steeds meer de psychiaters een rol. In verschillende dossiers wordt vermeld dat de 1ste adviserende arts, een arts is met een bijkomende opleiding in levenseindezorg hetzij een LEIF-EOL-arts (18,6% van de geraadpleegde artsen in 2020-2021), palliatieve arts (1,9% van de geraadpleegde artsen in 2020-2021, ofwel de beide opleidingen (0,3% van de geraadpleegde artsen in 2020-2021).

<sup>1</sup> <https://www.leif-eol.net/>

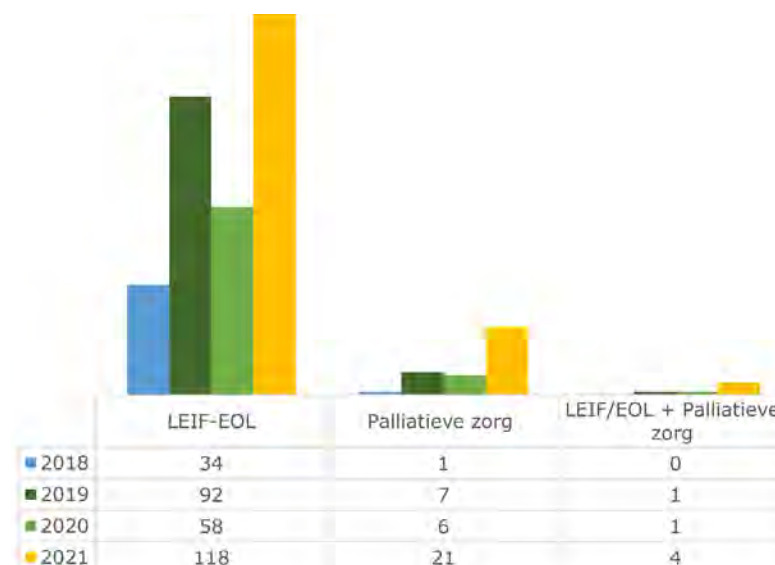
## 2. Tweede verplicht advies door een onafhankelijk geraadpleegde arts (i.g.v. overlijdens niet binnen afzienbare termijn)

In geval de patiënt niet binnen afzienbare termijn zal overlijden moet er een 2de onafhankelijke arts, specialist in de aandoening of psychiater, geconsulteerd worden.

**G7 - Hoedanigheid van de tweede verplicht geraadpleegde arts (i.g.v. overlijdens niet binnen afzienbare termijn) (T=1536)**



**G7 bis - Opleiding levenseinde/ 2de geraadpleegde arts (i.g.v. overlijdens niet binnen afzienbare termijn) (T=343)**



In de periode 2020 – 2021 werden 741 patiënten als niet-terminaal beschouwd. Toch werden bij heel wat meer patiënten twee adviezen vermeld in het registratiedocument. Dat betekent dat artsen zelfs bij een zgn. terminale patiënt soms een 2de advies vragen. Als 2de adviserende arts treden zowel psychiaters als specialisten in de aandoening op.

Een arts die een advies heeft gegeven tijdens de procedure neemt blijkbaar uitzonderlijk de rol over van de uitvoerende arts omwille van een noodtoestand.

Uit spontane commentaren in een handvol registratiedocumenten (deel II; rubriek 12) blijkt immers dat de adviserende arts (veelal maar niet exclusief een LEIF/EOL arts) uiteindelijk de euthanasie heeft uitgevoerd in de plaats van de behandelend arts. Eén door de behandelende arts vermelde reden was gebrek aan ervaring. Maar meestal werd de formele weigering pas duidelijk voor de adviserende arts op het einde van de euthanasie-procedure. Redenen voor deze weigering werden niet meegedeeld. Uit een schriftelijke en gepubliceerde bevraging<sup>2</sup> van de LEIFartsen, alsook uit spontane reacties van LEIFartsen en andere artsen, blijkt echter dat sinds het assisenproces van Tine Nys artsen meer aarzelen zelf de euthanasie uit te voeren, zelfs bij «terminale» kankerpatiënten.

### **Overwegingen van de commissie omtrent de onafhankelijkheid van de geraadpleegde arts**

De Euthanasiewet van 28 mei 2002 bepaalt dat de (eerste) geraadpleegde arts onafhankelijk moet zijn, zowel ten opzichte van de patiënt als ten opzichte van de behandelende arts, en dat ook de (tweede) arts die eventueel geraadpleegd wordt (wanneer het overlijden niet op korte termijn is te voorzien) onafhankelijk moet zijn, dit zowel ten opzichte van de patiënt als ten opzichte van de behandelende arts als ten opzichte van de eerste geraadpleegde arts. Met deze voorwaarde heeft de wetgever een arts(en) willen betrekken die de toestand van de patiënt met een frisse blik kan beoordelen en dit omwille van het feit dat de behandelende arts mogelijk niet over de nodige objectiviteit zou beschikken met name wat betreft de resterende behandelingsmogelijkheden.

De Commissie heeft al enige uitleg over de onafhankelijkheid van de te raadplegen artsen gegeven en deze is opgenomen in de informatiebrochure voor de artsen. Deze notie houdt in dat de geraadpleegde of adviserende arts(en) geen band van familiale of van hiërarchische ondergeschikte aard mag hebben en dat de patiënt niet geregeld in behandeling mag zijn bij de geraadpleegde arts.

Onder meer naar aanleiding van vragen van verschillende artsen bleek het belangrijk hierop terug te komen. Vele huisartsen zijn namelijk van mening dat zij het best geplaatst zijn om het ondraaglijk en niet te lenigen karakter van het lijden van hun patiënt, die zij al jaren volgen, te beoordelen. Er moet dan ook rekening gehouden worden met de opmerkingen uit de praktijk.

De kwestie van een hiërarchische relatie levert weinig problemen op. Elk risico op druk en «loyaliteitsconflicten» moeten worden vermeden. Zo is het bijvoorbeeld geen goede zaak dat een geneesheer-specialist in opleiding of de huisarts in opleiding door zijn stagemeester om advies wordt gevraagd.

Het probleem van de onafhankelijkheid van de arts ten opzichte van de patiënt blijft delicaat en moeilijk om op een absolute manier te respecteren. De Commissie heeft zich hierover reeds uitgesproken door te stellen dat «de patiënt geen regelmatige therapeutische relatie» kan hebben met de arts. Het woord «regelmatig» is bijzonder belangrijk en vraagt om verdere precisering o.a. in verband met de pathologie die aan de grondslag ligt van het euthanasieverzoek. Het heeft immers geen zin om voor de adviesfunctie een arts uit te sluiten omdat hij de patiënt in het verleden heeft ontmoet en behandeld voor een andere aandoening of omdat hij als collega-arts werkzaam is op dezelfde ziekenhuisafdeling of in hetzelfde medisch centrum of omdat hij de patiënt heeft onderzocht en/of behandeld in afwezigheid van zijn of haar collega, of omdat hij als gespecialiseerde

---

2 Vande Castele, L, Distelmans, W. Is de houding van LEIFartsen veranderd na het euthanasieproces? Bevraging van LEIFartsen in februari 2021 na het proces Tine Nys. Huisartsnu, 1, 2022.



arts een advies heeft gegeven tijdens het ziekteverloop over de desbetreffende aandoening bij deze patiënt of omdat hij aanwezig was tijdens een multidisciplinair overleg zonder enig persoonlijk contact met de patiënt. Het begrip onafhankelijkheid kan niet worden opgevat als zijnde het feit dat de adviserende arts de patiënt nooit mag hebben ontmoet noch zijn medische voorgeschiedenis mag kennen.

De eis van een strikte en volledige onafhankelijkheid van de geraadpleegde arts is op zich zeer moeilijk en in werkelijkheid onhaalbaar. Zodra een arts in een euthanasieprocedure een oordeel moet vellen, is hij of zij niet meer volledig «onafhankelijk». Er wordt enerzijds een relatie met de patiënt aangeknoopt en anderzijds is de nodige empathie vereist om het lijden van de betrokken patiënt in te schatten en aldus na te gaan of aan de essentiële voorwaarden van de wet is voldaan. Men kan zelfs stellen dat het net beter is om het dossier goed te kennen, en daarbij te zoeken naar andere behandelingsmogelijkheden, dan om het dossier 'koel en afstandelijk' te bestuderen. In principe zouden de uitvoerende arts en de adviserende arts(en) idealiter moeten functioneren als een soort «multidisciplinair college» om samen te zoeken naar de beste beslissing. Dit geldt des te meer in geval het gaat om psychiatrische patiënten.

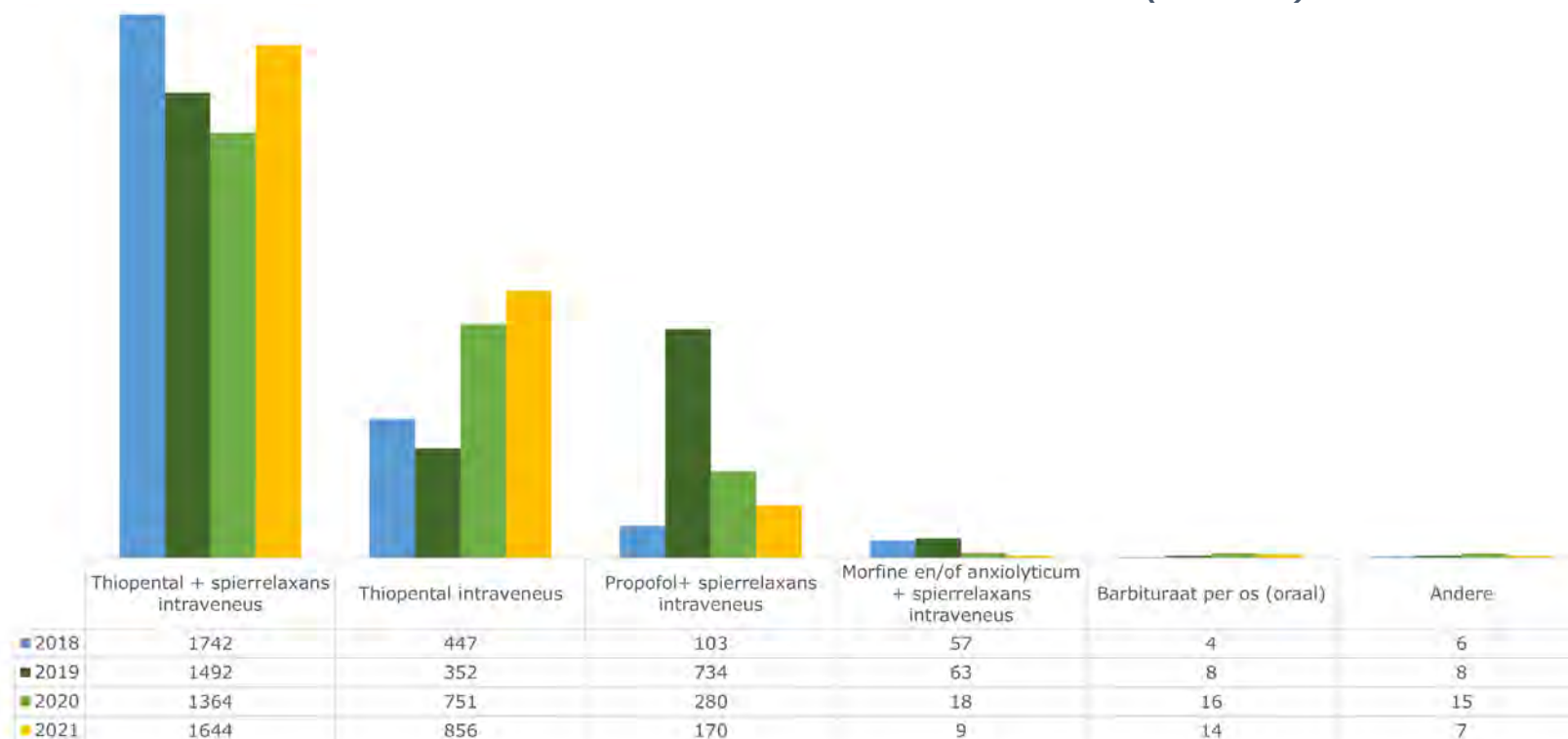
Het begrip onafhankelijkheid impliceert voornamelijk, in om het even welk domein, de afwezigheid van elk belangenconflict (of loyaliteitsconflict) in de ruime zin van het woord, zowel materieel als intellectueel. Het is belangrijk dat de geraadpleegde arts ervan overtuigd is dat hij deze rol kan spelen zonder subjectief te zijn. Dat valt onder zijn persoonlijke deontologie. Als de geraadpleegde arts denkt dat er een belangen- of loyaliteitsconflict is doet hij er goed aan zijn collega hiervan op de hoogte te brengen en hem te adviseren, uit voorzorg, een andere arts te raadplegen.

De vragen van de Commissie aan de meldende artsen omtrent dit punt zijn veelal het gevolg van een vermelding, onder de rubriek 9;»kwalificatie van de geraadpleegde arts», waarbij de geraadpleegde of adviserende arts wordt aangeduid als «médecin traitant» of «behandelende arts» (ongeacht het gaat om een huisarts of een specialist). Deze vermelding als dusdanig suggereert dat de adviserende arts wellicht niet over de vereiste onafhankelijkheid beschikt. Ook al is deze twijfel ongegrond is, toch moet elke indruk (schijn) van vooringenomenheid worden vermeden. Het zou dus goed zijn dat de arts die de registratie invult, preciseert dat de adviserende collega niet in een voortdurende therapeutische relatie met de patiënt stond in verband met de pathologie die aanleiding gaf tot het verzoek om euthanasie, zoals hierboven aangegeven, of ten minste dat de arts in eer en geweten ervan overtuigd is dat hij of zij het gevraagde advies met de vereiste objectiviteit kan geven. In een dergelijk geval zal de commissie geen reden hebben om hieraan te twijfelen en aanvaarden dat aan de voorwaarde van onafhankelijkheid is voldaan.

#### **k. De wijze waarop de euthanasie werd uitgevoerd en de gebruikte middelen**

Klassiek gebeurt de uitvoering van een euthanasie in verschillende stappen. De coma-inductie, die meestal gebeurt met een barbituraat, wordt regelmatig gevolgd door een spierrelaxans (curare) waardoor de ademhaling ophoudt en de hartspier stilvalt. Dit wordt eventueel voorafgegaan door een slaapinductie (vb. met Midazolam).

### G8- Gebruikte techniek en middelen voor het uitvoeren van de euthanasie (T = 10160)



De meest gebruikte middelen voor een coma inductie zijn thiopental (IV of per os) of propofol. Zeer uitzonderlijk werd gebruik gemaakt van ketamine. De meeste gebruikte spierrelaxantia zijn cisatracurium, rocurium, atracurium, mivacurium en vecuronium.

Het gebruik van morfine, diazepam en kaliumchloride behoren niet tot de goede klinische praktijk.

Bij 30 gevallen (0,6% van de euthanasiegevallen) werd de patiënt buiten bewustzijn gebracht door per orale toediening van een letale dosis barbituraat die de patiënt zelf innam. In de meeste gevallen is de patiënt snel overleden zonder verdere tussenkomst, in een paar gevallen werd een spierverslapper ingespoten nadat de patiënt het bewustzijn had verloren maar het overlijden uitbleef. Dit noemt «medische hulp bij zelfdoding».

Medische hulp bij zelfdoding wordt door sommigen beschouwd als euthanasie. De Commissie is van oordeel dat de wet deze handelwijze toelaat mits de voorwaarden en de wettelijke procedures betreffende de euthanasie gerespecteerd werden en de handeling plaatsvond onder de constante verantwoordelijkheid van de arts. Deze arts moet tijdens de volledige procedure aanwezig zijn zodat hij kan ingrijpen indien nodig en moet alle grond- en procedurele voorwaarden van de Wet betreffende de Euthanasie naleven, met inbegrip van het invullen en het bezorgen van het registratiedocument aan de Commissie.

Deze interpretatie stemt overeen met het advies van de Nationale Raad van de Orde der Artsen, de dato 22 maart 2003.

Voor de algemene praktische uitvoering van euthanasie wordt door het FAGG verwezen naar de richtlijn die verstrekt wordt via LEIF, via de brochure die bestemd is voor de artsen, « L'euthanasie » opgesteld door het A.D.M.D. (Association pour le droit de mourir dans la dignité), via de Nederlandse KNMG/KNMP-richtlijn (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst/Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie) of via de richtlijn van de Algemene Pharmaceutische Bond (APB)<sup>3</sup>.

### **Onbeschikbaarheid van Thiopental**

Thiopental wordt als voornaamste middel gebruikt voor de uitvoering van euthanasie. Dit middel induceert bij intraveneuze toediening een diep coma en kan in sommige gevallen al een respiratoire stilstand en het overlijden veroorzaken. Als de patiënt hiermee nog niet overleden is, geeft men daarna een spierverlammend (curariserend) middel (een spierrelaxans), wat leidt tot ademhalings- en hartstilstand en zo tot de dood.

Omdat thiopental niet in België op de markt is, importeert men het al sinds 2011 via een speciale derogatie uit het buitenland. Het is reeds voorgekomen dat er via deze import een tijdelijke onbeschikbaarheid bestond. Midden 2021 was thiopental gedurende enkele maanden niet verkrijgbaar. Het probleem zou ontstaan zijn door een tekort aan grondstof bij de producent en kan opnieuw optreden in de toekomst. De situatie lijkt zich sindsdien echter niet meer te hebben voorgedaan.

Bij een tekort is volgens het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) propofol het enige alternatief voor thiopental [zie Repertorium Hoofdstuk 18.1 en 18.1.1.]. Het FAGG raadpleegde hiervoor Belgische experts, de richtlijn van LEIF (de 'LEIFdraad' van het LevensEinde InformatieForum) en de Nederlandse KNMG/KNMP-richtlijn voor de uitvoering van euthanasie. Zij raden unaniem het gebruik van propofol aan als alternatief voor thiopental.

## **I. De beslissingen van de Commissie**

Opmerkingen

- *Aanvaarding zonder meer* betekent dat volgens alle aanwezige leden van de Commissie het registratiedocument was ingevuld, dat er aan alle voorwaarden was voldaan en dat de procedure correct werd gevolgd.
- *Opening van deel I omwille van administratieve redenen* betekent dat bvb. datum en/of plaats van overlijden, de hoedanigheid van de geraadpleegde artsen en/of de gebruikte middelen voor de euthanasie niet werden vermeld in het registratiedocument maar dat aan alle voorwaarden was voldaan en de procedure correct werd gevolgd.
- *Opening van deel I voor precisering* over de naleving van de voorwaarden en over de gevolgde procedure. Deze preciseringen hebben betrekking op de diagnose, de vrijwillige, herhaalde en weloverwogen aard van het verzoek, de datum van het schriftelijk verzoek i.g.v. overlijden binnen een niet te verwachten termijn wordt voorzien of de conclusies van de verplicht te consulteren artsen.

<sup>3</sup> Bronnen

KNMG/KNMP richtlijn 2012. Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/euthanasie.htm>

LEIF. Professionele leidraad. <https://leif.be/professionele-info/professionele-leidraad>.

APB. Euthanasie: praktische richtlijnen [https://www.klav.be/klavinfo/files/Dossiers/Euthanasie/NL/2018\\_Euthanasie\\_DOCU\\_NL.pdf](https://www.klav.be/klavinfo/files/Dossiers/Euthanasie/NL/2018_Euthanasie_DOCU_NL.pdf)

- *Opening van deel I voor het formuleren van opmerkingen* betekent bv. dat de anonimiteit in deel II van het registratiedocument niet werd gerespecteerd.
- *Verwijzing naar de procureur des Konings* betekent dat de Commissie na grondige studie van het dossier, na de betrokken arts te hebben gehoord, van oordeel is dat niet aan de wettelijke voorwaarden is voldaan en dit na een stemming met een twee derde meerderheid.

In 2020 – 2021, waren 70% van de aangiften van meet af aan correct ingevuld en werden dan ook onmiddellijk aanvaard.

In 30 % van de dossiers besloot de Commissie om de anonimiteit op te heffen en deel I van de aangifte te openen om bijkomende informatie aan de meldende arts te vragen (per mail/brief).

In 7,8 % van de aangiften werd deel I enkel geopend omdat de Commissie de arts, voornamelijk ter informatie wilde wijzen op een aantal onvolmaaktheden in zijn antwoorden of op interpretatiefouten met betrekking tot de gevolgde procedures. In deze gevallen voldeed de aangifte echter nog steeds aan de wettelijke voorwaarden en diende de arts zich niet te verantwoorden.

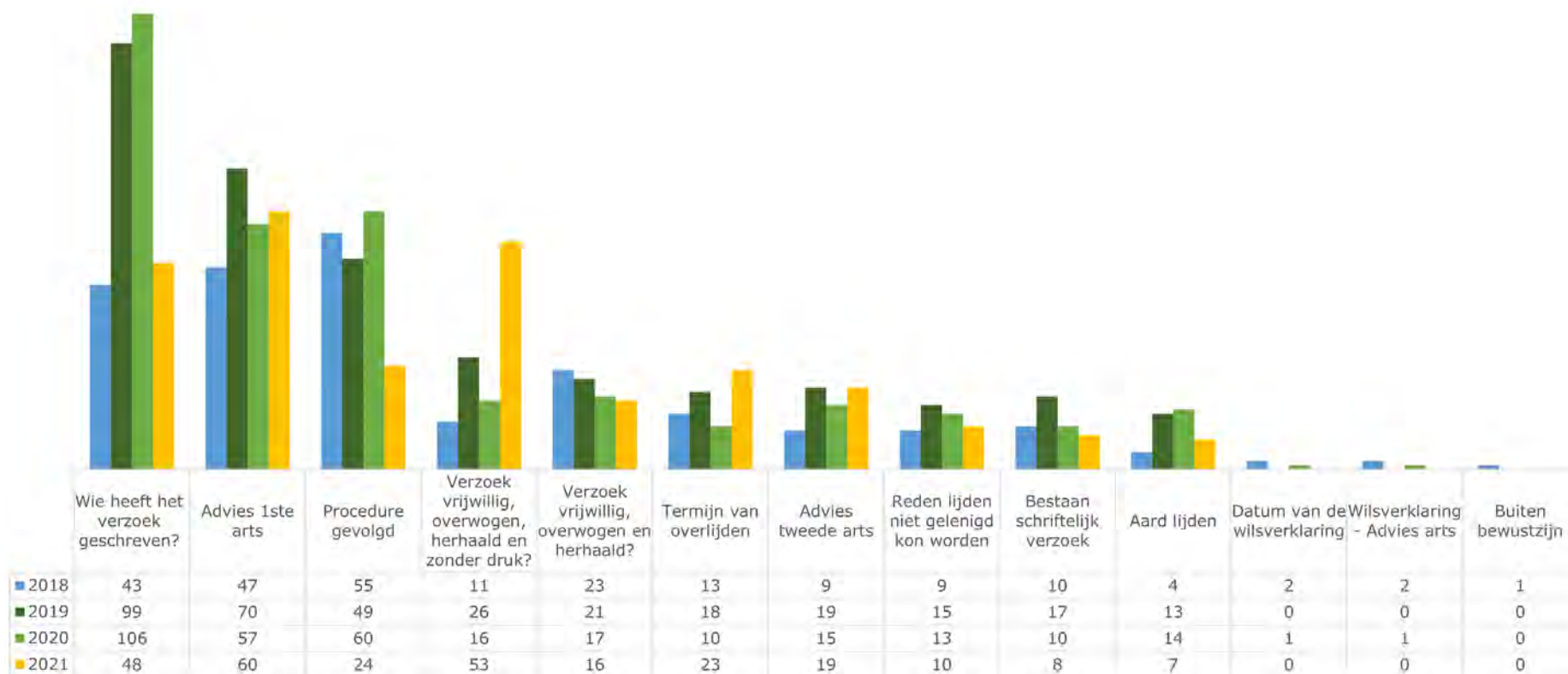
In 13,9 % van de aangiften werd deel I geopend met de bedoeling de arts om bijkomende informatie te vragen over één of meerdere punten van het document die slecht, onvoldoende of niet waren ingevuld. De meeste van die punten hadden betrekking op ontbrekende administratieve gegevens of onnauwkeurigheden met betrekking tot de procedure. De antwoorden bevatten telkens de nodige informatie, waardoor de aangiften konden worden aanvaard.

Het gaat ook vaak om punt 6 van deel II van het registratiedocument, het verzoek van de patiënt. In punt 6 wordt aan de arts gevraagd om aan te geven op basis van welke elementen hij ervoor heeft gezorgd dat het verzoek weloverwogen en herhaald en vrijwillig en zonder druk werd geformuleerd. Het is niet voldoende dat de arts zich beperkt tot het aangeven dat dit inderdaad het geval was; hij moet, in het kort, aangeven uit welke concrete omstandigheden hij dit heeft kunnen afleiden. (De aanduiding dat bijvoorbeeld het verzoek gedurende meerdere maanden meerdere malen tijdens consultaties werd geformuleerd, is voldoende, zowel wat betreft het weloverwogen en herhaald karakter als vrijwillig, herhaald en zonder druk).

Hoewel in enkele zeldzame gevallen één of meerdere procedurele voorwaarden niet correct gevolgd werden, werden de aangiften door de Commissie toch goedgekeurd na zich elke keer te hebben verzekerd van de correcte naleving van de essentiële grondvoorwaarden van de wet: een wilsbekwame patiënt, een herhaald, vrijwillig en wel overwogen verzoek, een medisch uitzichtloze toestand, ondraaglijk aanhoudend en niet te lenigen lijden veroorzaakt doordat een ernstige en ongeneeslijke ziekte.

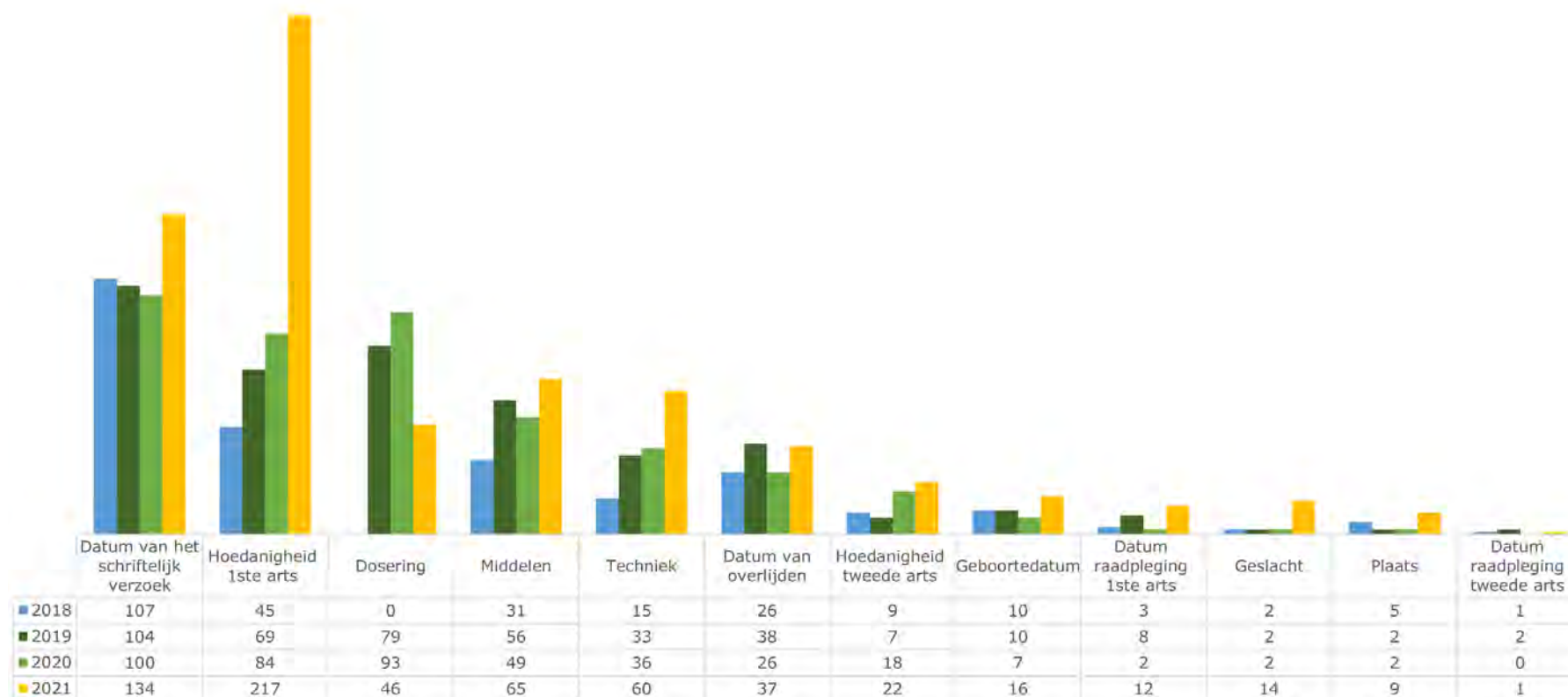
In al deze gevallen werd de informatiebrochure voor artsen systematisch bij de brieven aan de artsen gevoegd.

**G9 - Redenen inzage deel I voor precisering over de naleving van de voorwaarden en over de gevolgde procedure  
(T =1164 - T van deze aangiften = 792 )**



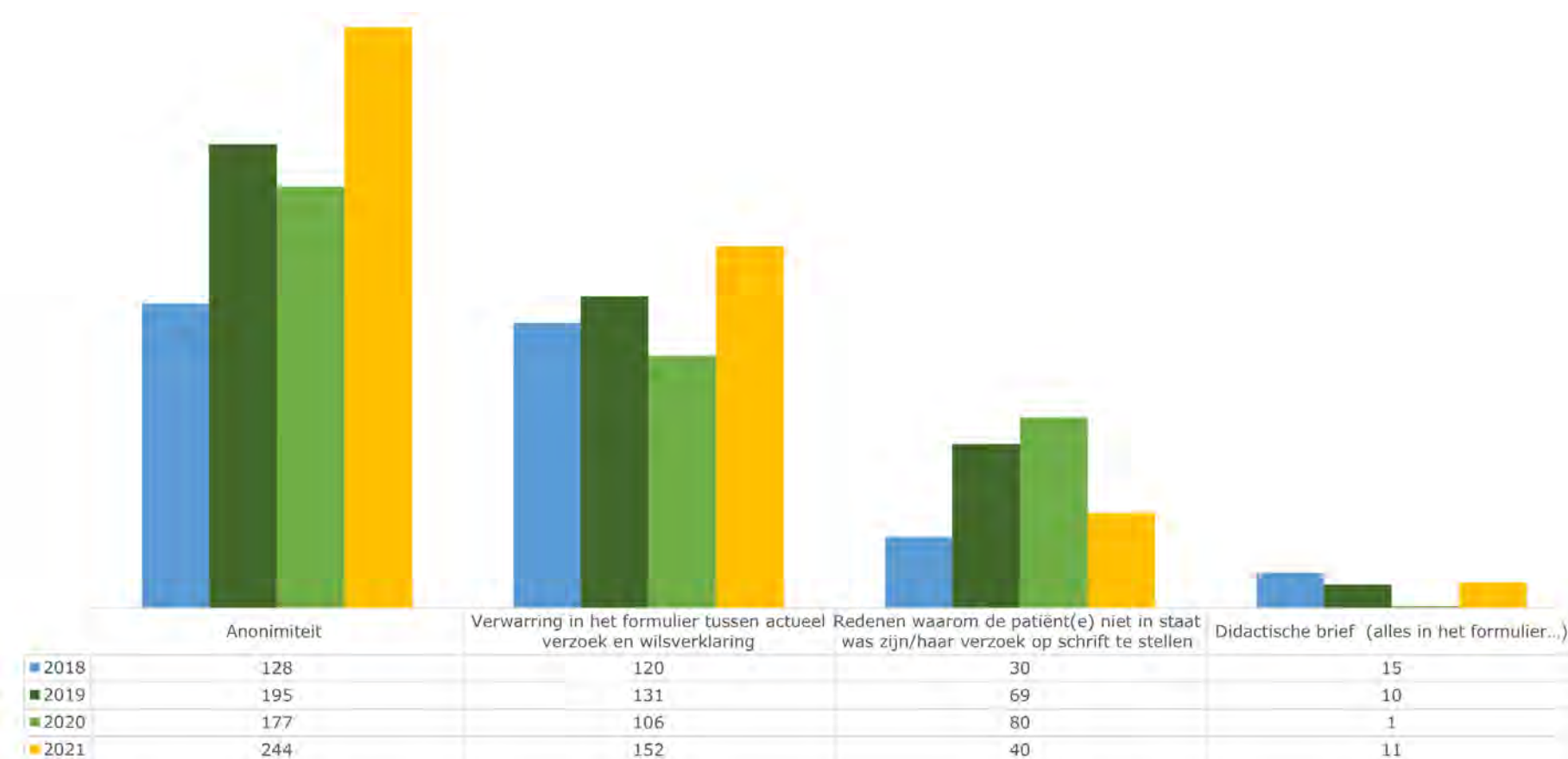
Opm.: de precisering betreffende wie het schriftelijk verzoek opstelde werden systematisch opgevraagd sinds midden 2020.

**G10 - Redenen inzage deel I omwille van administratieve redenen (T = 1716 - T van deze aangiften = 1177)**



Opm.: de exacte doseringen worden systematisch opgevraagd sinds begin 2019.

**G11- Redenen inzage deel I voor het formuleren van opmerkingen (T=1509 - T van deze aangiften = 819)**



Opm.: de precisering betreffende «de reden waarom de patiënt het verzoek niet zelf opstelde» werden systematisch opgevraagd sinds midden 2020.



## C. Specifieke evaluatie van geselecteerde patiëntencategorieën

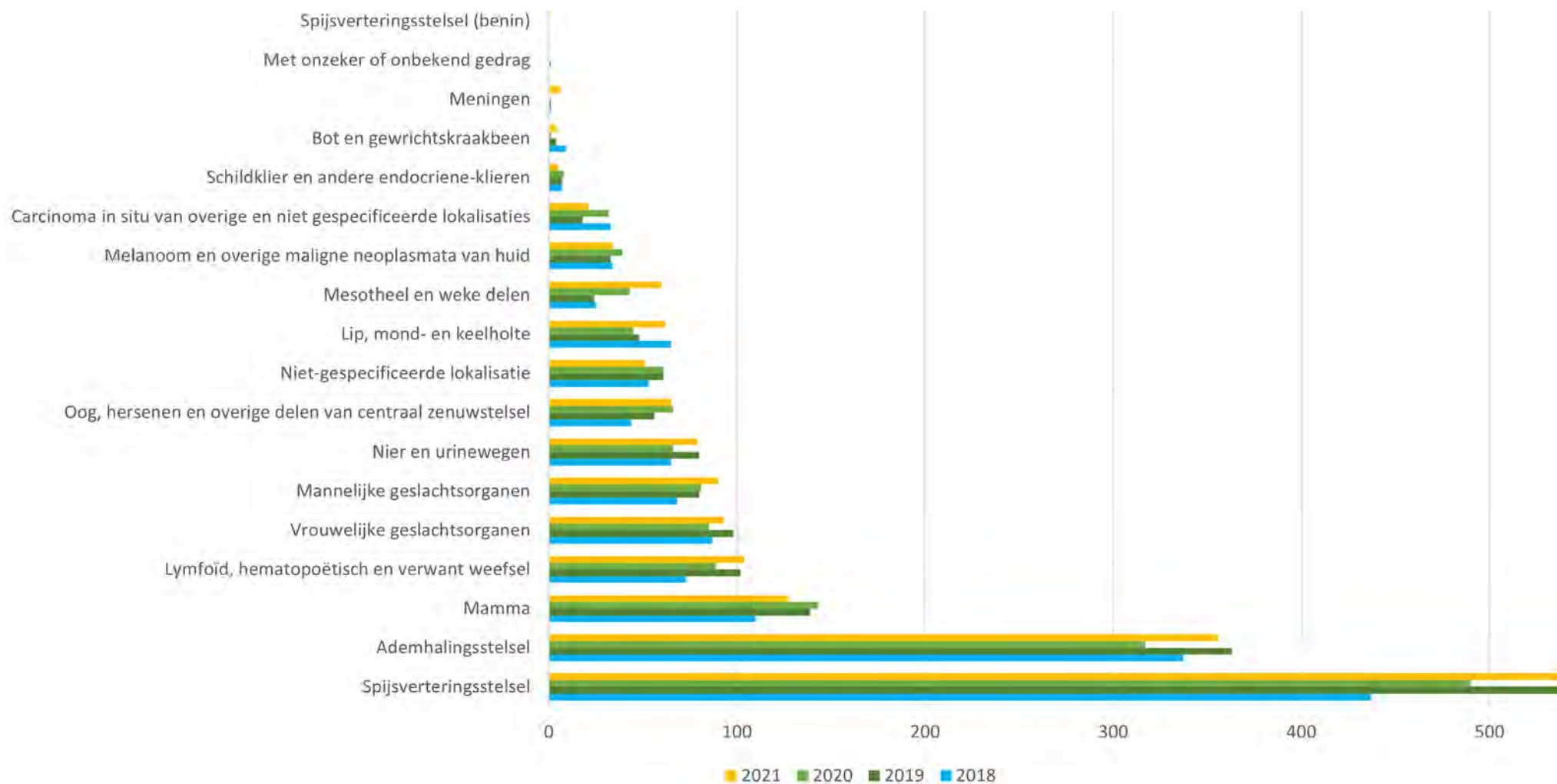
### a. Patiënten met een oncologische aandoening (nieuwvormingen /kanker)

Ook in 2020 - 2021 waren de oncologische aandoeningen de meest voorkomende aandoening op grond waarvan patiënten om euthanasie verzochten.

In 2020 ging het om 61,4% van het totaal aantal patiënten en in 2021 om 62,8%. Belangwekkend is de vaststelling dat de overgrote meerderheid van de oncologische patiënten wacht tot ze zich in de terminale levensfase bevindt alvorens euthanasie te laten uitvoeren. Slechts 0,8% van de patiënten in 2020 en 1,2% in 2021 liet euthanasie uitvoeren, terwijl zij niet binnen afzienbare termijn zouden overlijden. Ook in de voorgaande jaren waren de percentages gelijkaardig (0,7 % in 2018 en 1,1% in 2019). Deze vaststelling bevestigt nogmaals dat de patiënten en de artsen grote omzichtigheid en zorgvuldigheid aan de dag leggen bij de uitvoering van een euthanasieverzoek.

Jaar	Totaal	Totaal Term	Tot N-term	% N-term
2018	1.448	1.438	10	0,7
2019	1.659	1.641	18	1,1
2020	1.567	1.554	13	0,8
2021	1.695	1.675	20	1,2
<b>TOTAAL</b>	<b>6.369</b>	<b>6.308</b>	<b>61</b>	<b>1,0</b>

**G12 - Oncologische aandoeningen: subcategorieën (T = 6368)**



	2018	2019	2020	2021	TOTAAL
Spijsverteringsstelsel	437	544	490	537	2008
Ademhalingsstelsel	337	363	317	356	1373
Borst	110	139	143	127	519
Lymfoïd, hematopoëtisch en verwant weefsel	73	102	89	104	368
Vrouwelijke geslachtsorganen	87	98	85	93	363
Mannelijke geslachtsorganen	68	80	81	90	319
Nier en urinewegen	65	80	66	79	290
Oog, hersenen en overige delen van centraal zenuwstelsel	44	56	66	65	231
Multipiele lokalisaties	53	60	61	51	225
Lip, mond- en keelholte	65	48	45	62	220
Mesotheel en weke delen	25	24	43	60	152
Melanoom en overige maligne neoplasma van huid	34	33	39	34	140
Carcinoma van overige en niet gespecificeerde lokalisaties	33	18	32	21	104
Schildklier en andere endocriene-klieren	7	7	8	5	27
Bot en gewrichtskraakbeen	9	4	1	4	18
Mamma	1	1		6	8
Niet-gespecificeerde lokalisatie		1			1
Onzekere of ongekende evolutie		1			1
spijsverteringsstelsel (goedaardig)				1	1

In 2020 – 2021 ondergingen 3263 patiënten euthanasie omwille van een kwaadaardige aandoening. Op basis van de subcategorieën gaat het vooral om kankers van het spijsverteringsstelsel, het ademhalingsstelsel, borst en geslachtsorganen (vrouwelijke en mannelijke).

Bij kanker van het spijsverteringsstelsel gaat het vooral om patiënten met pancreas-, colon-, slokdarm- en maagkanker.

Bij de kwaadaardige aandoeningen van het ademhalingsstelsel is longkanker de meest voorkomende vorm. Uitzaaiingen naar het bot kunnen veel pijn geven en hersenmetastasen kunnen aanleiding geven tot onomkeerbaar bewustzijnsverlies.

Borstkanker is de derde meest voorkomende vorm van kanker op basis waarvan euthanasie aangevraagd wordt en vertegenwoordigt meer dan 10% van de aandoeningen van vrouwen die euthanasie kregen. (248 gevallen van 2646 vrouwen)

De groep zeldzame neoplasmata omvat voornamelijk de dubbele kankers t.t.z. patiënten die 2 soorten kanker hebben en kanker van onbekende oorsprong. Beide groepen van kankers hebben een slechte prognose.

Voorbeelden van belangrijkste redenen waarom oncologische patiënten om euthanasie verzochten

- Onbehandelbare symptomatische metastasering van vb. bot-, lever-, long- en hersenmetastasen, maligne darmobstructie enz. ;
- Mutilerend uitgebreid en onbehandelbaar recidief in loco (vb. hoofd- en halstumoren, ovariumtumoren, hersentumoren enz.);
- Uitputting van de therapeutische mogelijkheden of een te geringe kans op succes van de resterende therapieën waardoor de klachten en symptomen oncontroleerbaar werden;
- Een terminaal aftakelingsproces al of niet gepaard met frailty en/of cachexie en angst voor het verder lijden zonder vooruitzicht op beterschap veroorzaakt uitzichtloosheid;
- Falende conventionele palliatieve zorg.

Bij de uitklaring van een euthanasieverzoek bij deze patiëntengroep vervullen zowel huisartsen als specialisten een voorname rol. Gezien de overgrote meerderheid van de patiënten terminaal was, is slechts één advies nodig van een onafhankelijke arts van om het even welke specialiteit.

Naast de verplichte consultatie van onafhankelijke adviserende artsen worden ook andere zorgverleners (niet wettelijk verplicht) betrokken bij de uitklaring van de euthanasieverzoeken. Evenwel zijn artsen niet verplicht de betrokkenheid van andere zorgverleners en het multidisciplinair overleg dat daaraan verbonden is te melden. Dat betekent opnieuw dat de cijfers een onderschatting zijn van de betrokkenheid van andere zorgverleners.

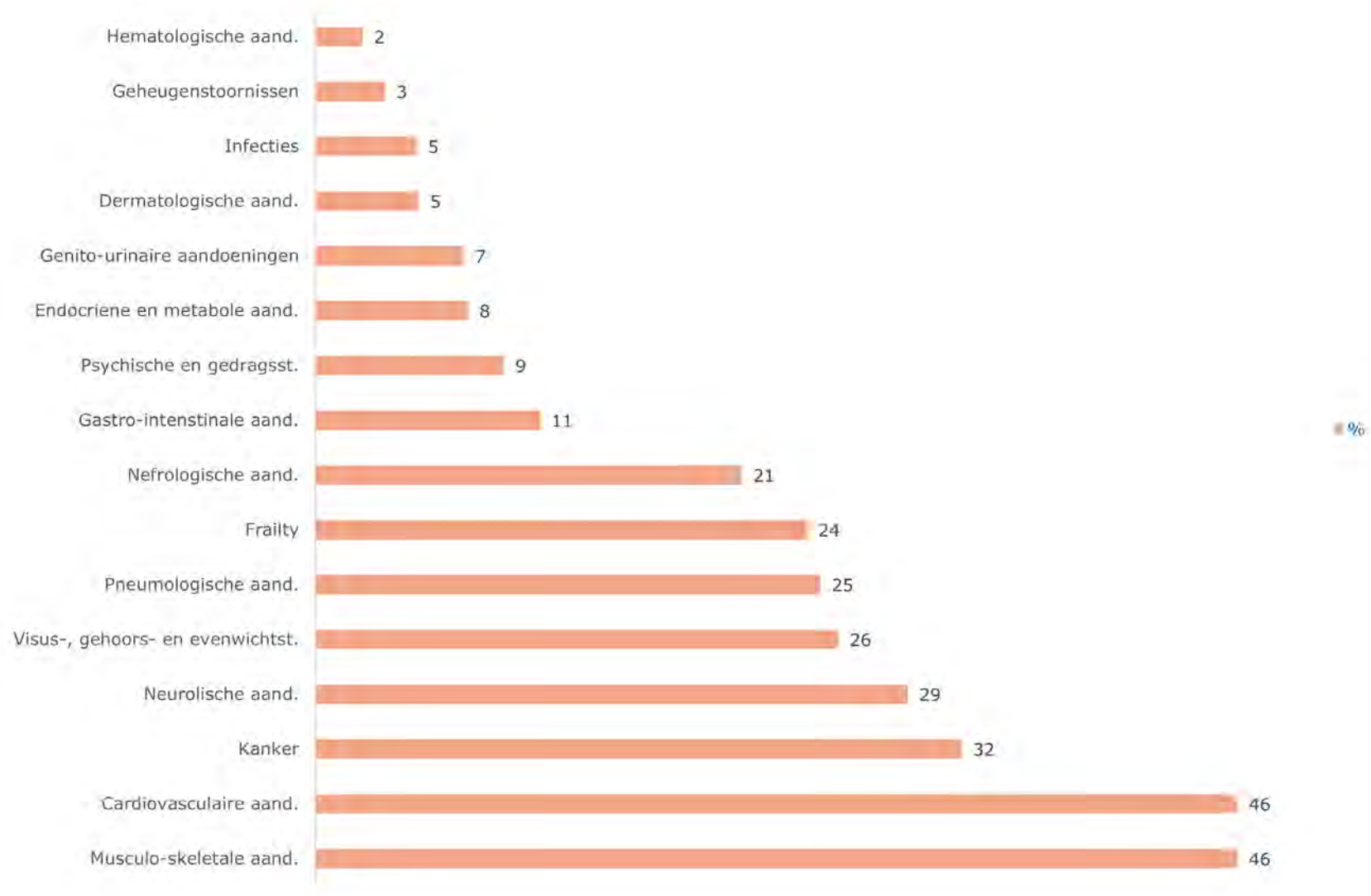
## **b. Patiënten met polypathologie**

In de periode 2020-2021 is het aantal euthanasies uitgevoerd bij patiënten op basis van polypathologie nagenoeg onveranderd gebleven zijnde 900 patiënten of 17,5% van het totaal aantal euthanasies. Ter herinnering, sinds 2014 een euthanasieaangifte als polypathologie gecodeerd indien de meldende arts uitdrukkelijk meedeelt dat het gaat om polypathologie of indien de arts bij de diagnose in rubriek 3 minstens twee ernstige en ongeneeslijke aandoeningen aanduidt die mede aan de basis liggen van het euthanasieverzoek.

In de analyse van de 900 registratiedocumenten van deze patiënten werd opnieuw aangetoond dat de polypathologie bij deze patiënten gekenmerkt werd door meerdere progressieve aandoeningen die evolueerden naar een eindstadium en dat bij meer dan de helft van de patiënten het gaat om levensbedreigende aandoeningen waarvan ingeschat wordt dat het overlijden binnen afzienbare termijn zal plaatsgrijpen.

Het ondraaglijk en niet te lenigen lijden van patiënten met polypathologie werd steeds veroorzaakt door een combinatie van verschillende ernstige, ongeneeslijke en evolutieve aandoeningen die evolueerden naar een eindstadium die frequent levensbedreigend waren. Om de ernst van het somatisch lijden te kunnen inschatten werd nagegaan welke lichaamsstelsels of categorie van aandoeningen door de verschillende pathologieën werden aangetast cfr. onderstaande grafiek.

**G13 - Aangetaste lichaamsstelsels of categorie van aandoeningen % die voorkomen (T=900)**

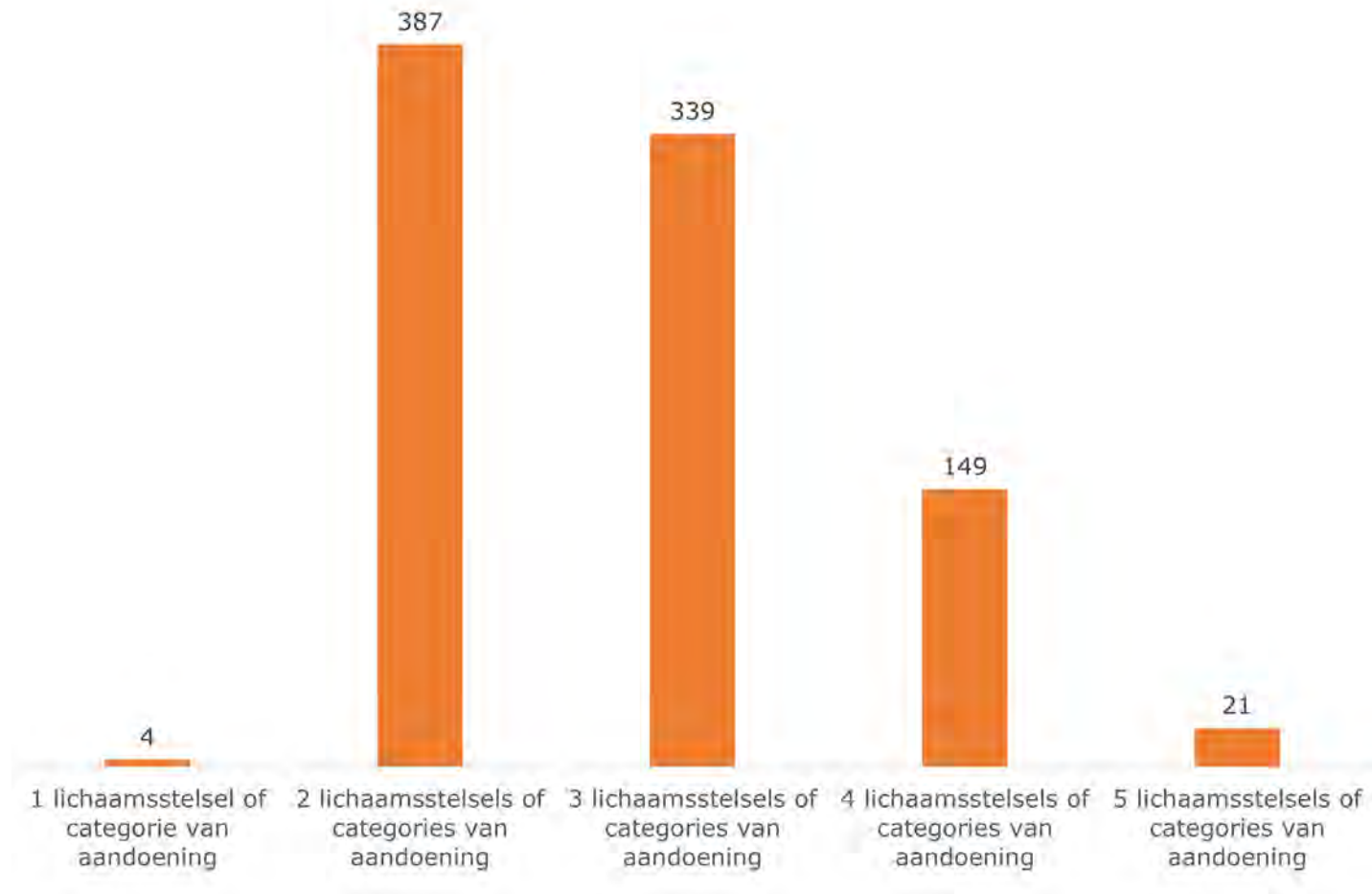


- Bij bijna de helft (46%) van de patiënten was er sprake van gevorderd tot terminaal (NYHA 4) hartfalen al of niet gecombineerd met chronisch terminaal longlijden (25%) (Gold C tot D) dat gepaard ging met kortademigheid bij rust gepaard gaande tot continue zuurstofdependentie en het niet meer in staat zijn tot enige inspanning. Wat aanleiding gaf tot een permanent bedlegerigheid en totale zorgafhankelijkheid. Daar het gaat om een levensbedreigende toestand werden deze patiënten door de meldende arts beschouwd als patiënten die binnen afzienbare termijn zullen komen te overlijden.
- Het 2de meest voorkomend aangetast lichaamstelsel was het musculoskeletaal stelsel. Het ging bijna uitsluitend om zeer pijnlijke, immobiliserende met valneigingen en fracturen (heup, wervel, arm etc. ) gepaard gaande articulaire aandoeningen (46%) zoals een uitgebreide polyartrose. Uitgebreide locoregionale en algemene pijnbehandelingen waren niet in staat de pijn onder controle te brengen noch de mobiliteit van deze patiënten te verbeteren. De onbehandelbaar geworden pijn en de uitgesproken functionele beperkingen waren de belangrijkste trigger van een euthanasieverzoek.
- Kankers (32%), al dan niet gemetastaseerd, kwamen voor bij bijna 1/3 van de patiënten met polypathologie. De polypathologie en de sterke achteruitgang van de algemene toestand van de patiënt hypothekeerde een effectieve oncologische behandeling. Palliatieve behandelingen konden de symptomen veroorzaakt door de metastasen onvoldoende tot helemaal niet onder controle brengen. De ernst van de symptomatologie en de ineffectiviteit van de palliatieve zorg om de symptomen onder controle te brengen was de voornaamste trigger van het euthanasieverzoek bij deze patiënten.
- Nierinsufficiëntie (21%), al dan niet terminaal, bemoeilijkte de behandeling van andere evolutieve aandoeningen zoals het hartfalen. In deze omstandigheden was er frequent sprake van een moeilijk tot onbehandelbaar cardio-renaal syndroom dat levensbedreigend was. Een aantal van deze patiënten stopte hun dialyse omwille van de sterke aantasting van de algemene toestand en de uitgesproken onbehandelbare vermoeidheid die hiermede gepaard ging. Het gebrek aan beterschap en de toenemende zorgafhankelijkheid was mede de trigger van hun verzoek.
- Parkinson en sequelen van een hersentrombose (CVA) (29%) gepaard gaande met verlammingen en/of andere ernstige neurologische symptomen komen frequent voor op oudere leeftijd. Alleen zijn de mogelijkheden tot revalidatie en herstel op bejaarde leeftijd sterk beperkt. Vele patiënten konden zich niet verzoenen met blijvende uitgesproken beperkingen en handicaps. De totale afhankelijkheid, het verlies aan autonomie en de zinloosheid van het wachten op de dood was een belangrijke reden van hun euthanasieverzoek.
- Visusstoornissen evoluerend naar een bilaterale blindheid als gevolg van een maculaire degeneratie al of niet gepaard gaande met een uitgesproken gehoorstoornis lag aan de basis van een totale afhankelijkheid, een uitgesproken verlies aan autonomie waardoor men de regie over het eigen leven verloor en afhankelijk werd van de beslissingen van anderen. Dit lag mede aan de basis van een sociaal isolement omwille van de onmogelijkheid om met anderen te communiceren. Dit alles veroorzaakte een gevoel tot last te zijn van anderen, zinloosheid van het resterende bestaan en eenzaamheid. Frequent sprak men van een gebrekkige tot afwezige levenskwaliteit gepaard gaande met levensmoeheid of een gevoel van klaar te zijn met het eigen leven.
- Bij 84 patiënten was er een combinatie van polypathologie met een psychiatrische aandoening. De verwevenheid tussen polypathologie en psychiatrische aandoeningen werd ook de vorige jaren vastgesteld maar is nog nooit wetenschappelijk grondig onderzocht. Opvallend hierbij is de leeftijdscurve. 25% van deze patiënten is jonger dan 70 jaar. Bij de andere polypathologie patiënten is slechts 8% jonger dan 70 jaar en is 92% ouder dan 70 jaar. Dit wijst erop dat de combinatie van polypathologie en een psychiatrische aandoening de levensverwachting duidelijk negatief beïnvloedt.

- 29 patiënten hadden naast hun polypathologie ook een COVID-19 infectie doorgemaakt en vertoonde post COVID of long COVID symptomen gaande van respiratoire insufficiëntie tot klachten van vermoeidheid, kortademigheid, geheugen-, concentratie-, of slaapproblemen, aanhoudende hoest, spierpijn, depressie of angst etc.

De **ernst van het somatische lijden** kan o.a. worden afgeleid uit het aantal aangetaste lichaamsstelsel of de categorie van aandoening bij éénzelfde patiënt.

**G14 – Aantal patiënten per aangetaste lichaamsstelsels of categorie van aandoening (T=900)**





- Bij 4 patiënten was één lichaamstelsel of categorie van aandoening aangetast door meerdere aandoeningen vb. ziekte van Parkinson en multipel sclerose.
- Sommige combinaties van ouderdomsaandoeningen zijn meer levensbedreigend dan andere. Zo wordt de combinatie van het eindstadium van hartfalen en terminaal chronisch longlijden (N=122) of met gevorderde nierinsufficiëntie (N=54) of met kanker (N=189) beschouwd als levensbedreigend. Van deze patiënten werd dan ook gesteld dat ze binnen afzienbare termijn zullen komen te overlijden.
- Visusstoornissen waaronder vnl. blindheid en gehoorstoornissen (N=233) komen het frequents voor samen met pijnlijke polyartrose (N=137), nierfalen(N=94), hartfalen (N=83), neurologische aandoeningen (N=62) en kanker (N=38) m.a.w. ook patiënten met een zeer ernstige visusstoornissen hebben slechts euthanasie ondergaan wanneer de blindheid deel uit maakte van de polypathologie.
- De gevolgen van een COVID-19 infectie kunnen een zeer ernstige tot levensbedreigende impact hebben op de evolutie van een polypathologie.

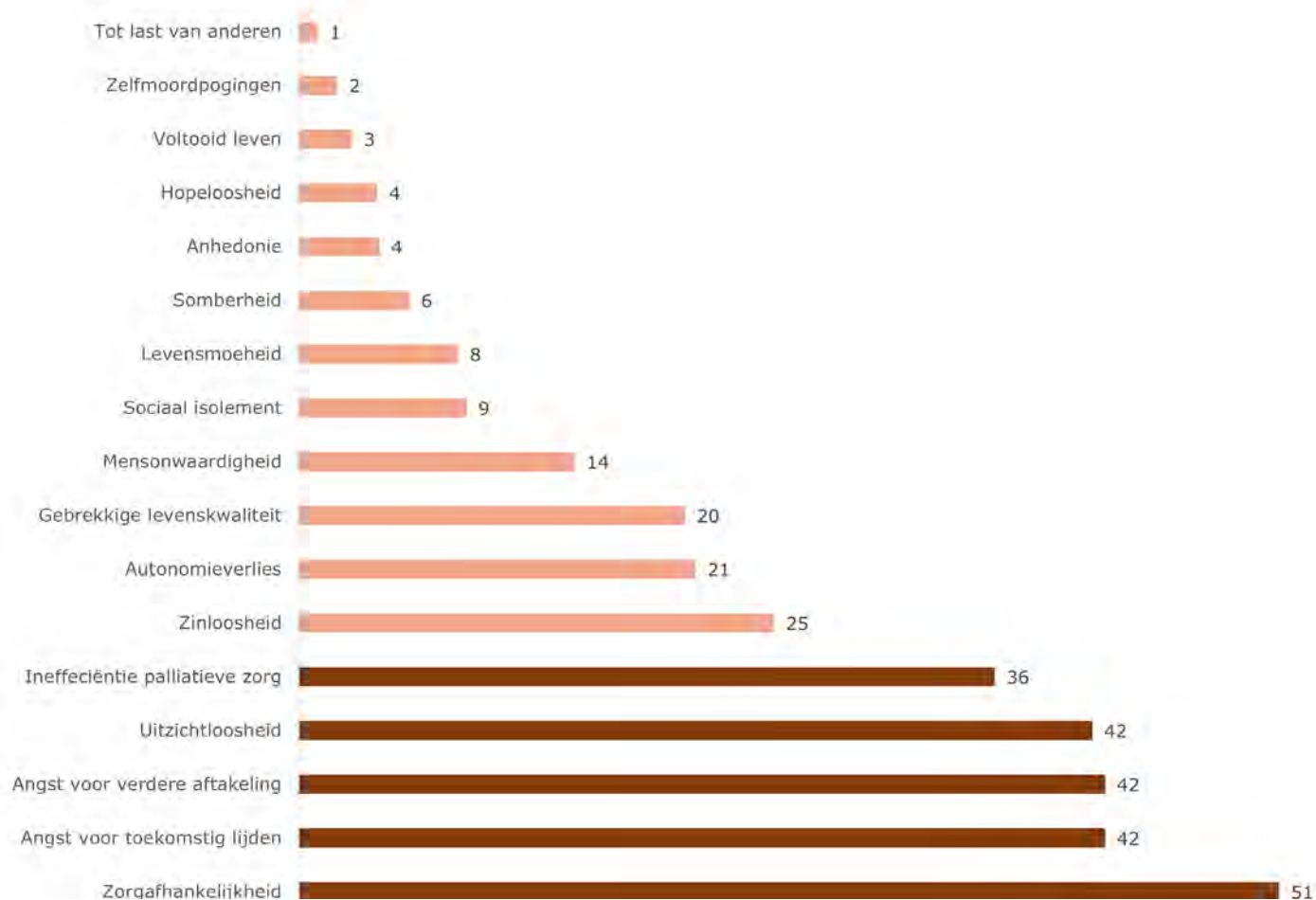
### **De ernst van het psychisch lijden.**

De progressieve evoluerende ouderdomsaandoeningen die typisch zijn voor de polypathologie veroorzaken bij deze bejaarde patiënten in toenemende mate verlieservaringen zowel op lichamelijk, als psychisch, cognitief, psychosociaal en existentieel vlak. Dit alles veroorzaakt een belangrijk psychisch lijden dat zich frequent uit in levensmoeheid. Velen onder hen hebben dan ook suïcidale gedachten omdat ze geen toekomst meer zien die hun leven nog de moeite waard maakt en de dood hen voorkomt als een zegen.

Onderstaande tabel illustreert de aard en de uitgebreidheid van het psychisch lijden.

- Meer dan de helft van de patiënten hebben het moeilijk met de afhankelijkheid van derden die veelal gepaard gaat met een autonomieverlies waardoor ze de regie over hun resterend leven verliezen.
- Meer dan 40% is angstig voor toekomstig fysiek lijden als gevolg van de verdere aftakeling. Het besef van de uitzichtloosheid van hun situatie en de inefficiëntie van de palliatieve therapie en zorg om de symptomen onder controle te brengen versterken de gevoelens van zinloosheid van het verdere leven.

### G15 – Aard van het psychisch lijden: % verdeling



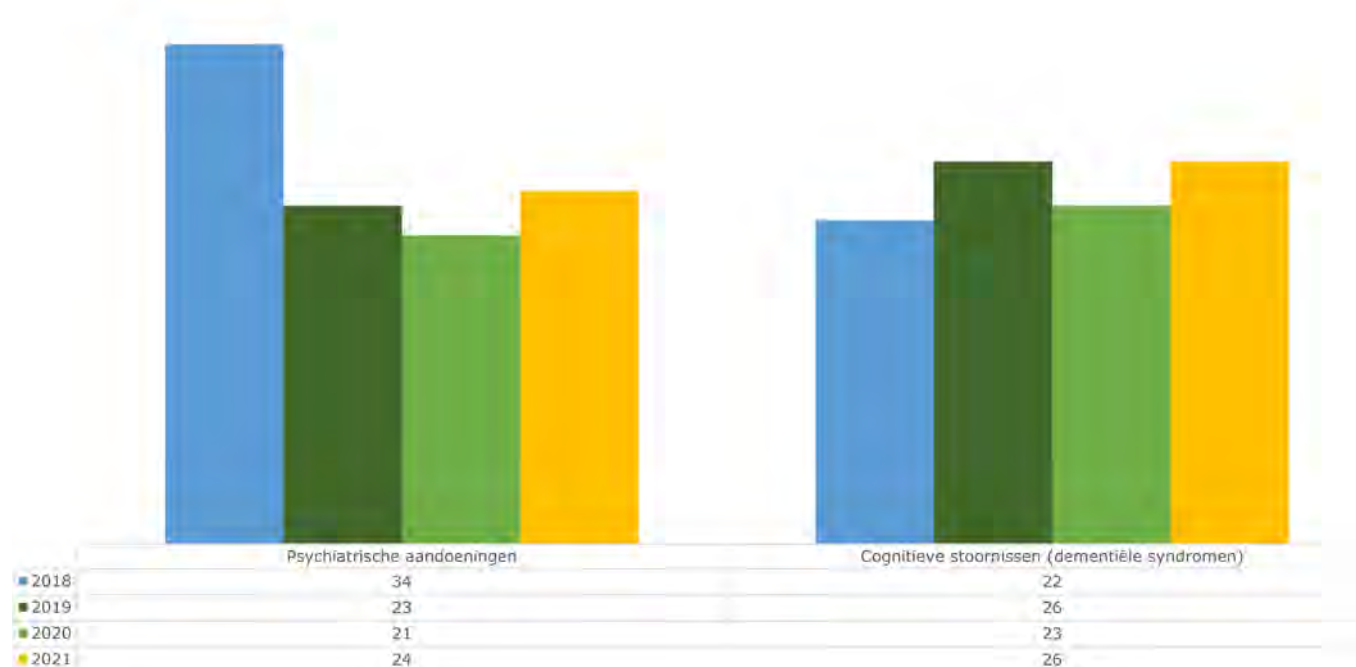
#### **Besluit:**

In de publieke ruimte worden de redenen waarom hoogbejaarde patiënten om euthanasie verzoeken op basis van polypathologie onderschat. Er wordt geen rekening gehouden met het evolutieve en/of chronische karakter van de ouderdomsaandoeningen die veelal eindigen in zeer ernstige handicaps die de levenskwaliteit sterk beperken tot zelfs vernietigen en soms gepaard gaan met levensbedreigende toestanden zoals terminaal hartfalen, uitgezaaide kankers, terminale nierinsufficiëntie etc. Ondanks al deze vaststellingen blijkt uit de praktijk dat heel wat artsen terughoudend zijn om de euthanasieverzoeken van deze patiënten te onderzoeken zeker als wordt verondersteld dat ze niet binnen afzienbare termijn zullen komen te overlijden.

### c. Patiënten met psychische stoornissen en gedragsstoornissen: psychiatrische aandoeningen en cognitieve stoornissen

In de periode 2020 -2021 werden 94 registratiedocumenten gecodeerd onder de ICD-10 categorie 'Psychische stoornissen en gedragsstoornissen' 49 gevallen betreffende cognitieve stoornissen zoals dementie en de ziekte van Alzheimer, 45 betreffende psychiatrische aandoeningen zoals depressie, persoonlijkheidsstoornissen, posttraumatische stressstoornis, schizofrenie of autisme.

**G16 - Psychische stoornissen en gedragsstoornissen: subcategorieën (T= 199)**



De euthanasies op basis van psychische en gedragsstoornissen (Psychiatrische en cognitieve stoornissen verzameld) blijven eerder zeldzaam en stabiel sinds 2019 ( minder dan 50 per jaar).

## 1. Euthanasie bij patiënten die lijden aan een psychiatrische aandoening

In de voorbije 2 jaar werd euthanasie uitgevoerd bij 45 psychiatrische patiënten. Dat is een gemiddelde van 28 patiënten per jaar.

Aard psychiatrische aandoeningen (ICD - 10 F10 - F99)	2018	2019	2020	2021	TOTAAL
Stemmingsstoornissen (o.a. depressies en bipolaire stoornissen)	8	10	9	9	36
Stoornissen van persoonlijkheid en gedrag op volwassen leeftijd (o.a. complexe persoonlijkheidsstoornissen)	14	11	5	5	35
Neurotische, stress gebonden en somatoforme stoornissen (o.a. angststoornissen, dissociatieve stoornissen en pathologische rouw)	4		2	4	10
Schizofrenie, schizo typische stoornissen en waanstoornissen	6	1		3	10
Stoornis in psychische ontwikkeling (o.a. autisme spectrum stoornis)	1	1	3	1	6
Gedragssyndromen die verband houden met fysiologische stoornissen en lichamelijke factoren (bv. anorexia)			1	1	2
Gedrags- en emotionele stoornissen die zich gewoonlijk voordoen in de kindertijd en de adolescentie (bv. hechtingsstoornis)	1				1
Mentale en gedragsstoornissen die verband houden met het gebruik van psychoactieve stoffen			1		1
<b>TOTAAL</b>	<b>34</b>	<b>23</b>	<b>21</b>	<b>24</b>	<b>102</b>

### Belangrijkste redenen waarom patiënten met psychiatrische aandoeningen om euthanasie verzochten

- Bij alle patiënten lag het bestaan van een jarenlang psychiatrisch ziekteproces en behandelingstraject aan de basis van het euthanasieverzoek. De symptomen en klachten waren niet alleen chronisch maar ook progressief zowel in intensiteit als duur. Alle ingestelde mogelijke behandelingen om de intensiteit van het psychiatrisch lijden te verzachten waren ineffectief.
- Het psychiatrisch lijden werd steeds als zeer intens en ondraaglijk beschreven. In die mate dat het boven de mogelijkheden van de patiënt om hiermee om te gaan uitsteeg. Het aanhoudend en niet te lenigen karakter van het lijden riep gevoelens van uitzichtloosheid op gepaard met gevoelens van een gebrek aan een toekomstperspectief. Dit was een voornamelijk reden in de pathogenese van een euthanasieverzoek bij deze patiënten.
- Bij jonge patiënten werd het ondraaglijk en aanhoudend karakter van het lijden frequent in verband gebracht met ervaringen uit het verleden. In dit verband werd verwezen naar seksueel misbruik, verwaarlozing als kind, verstoting door de ouders, zelfdestructief gedrag en suïcidepogingen. Bovendien deden mislukte suïcidepogingen de betrokkenen inzien dat er ook een andere meer menswaardiger manier bestond om uit het leven te stappen.

- Bij oudere patiënten gaat het vooral om angststoornissen, om verder te leven en dat het leven geen kwaliteit meer bood. Deze angststoornissen gingen gepaard met suïcidaliteit waarbij werd aangegeven dat ze de controle verloren waren over zichzelf wat op zijn beurt aanleiding gaf tot een onbehandelbare anhedonie en somberheid.

## 2. Euthanasie bij patiënten die lijden aan een cognitieve stoornis (dementie)

Dementie is een onbehandelbare aandoening waarbij zowel de bewustzijnsinhoud als de bewustzijnsgraad wordt aangetast. In de loop van 2020-2021 werd in ons land bij 49 wilsbekwame patiënten met een diagnose van dementie een euthanasie uitgevoerd op basis van een actueel verzoek. In Nederland werd in 2021 bij 215 patiënten met dementie euthanasie uitgevoerd.

49 patiënten is een onbeduidend cijfer t.o.v. van het totaal aantal patiënten met dementie in ons land. Voor België wordt het aantal mensen met dementie momenteel geschat op ongeveer 200 000. Tegen 2035 zou dit aantal nog eens met de helft toenemen. De leeftijd is de belangrijkste risicofactor. Ruim 10% van de mensen boven de 65 jaar heeft een dementiële aandoening ontwikkeld, 20% van de mensen boven de 80 jaar kampt met dementie en ruim 40% van de mensen boven de 90 jaar is dementerend.

### Belangrijkste redenen waarom patiënten die lijden aan dementie om euthanasie verzochten

- Het vooruitzicht op een steeds verdere toename van het verlies van cognitieve functies en het daarmee gepaard gaande fysieke aftakelingsproces dat uiteindelijk leidt naar een totale afhankelijkheid en een totaal verlies aan autonomie. Dit veroorzaakt ondraaglijk en uitzichtloos lijden met angst voor het toekomstig lijden.
- De afwezigheid van enige effectieve behandeling ligt aan de basis van de gevoelens van uitzichtloosheid en zinloosheid om deze ziekte tot in de eindfase te moeten meemaken.
- De vrees voor een mensonwaardig mentaal en fysiek aftakelings- en stervensproces zoals velen van dichtbij hebben ervaren bij hun naasten.
- De vrees voor de ontwikkeling van een wilsonbekwaamheid waarbij men de regie over zijn leven verliest en men niet meer in aanmerking zal komen voor euthanasie.

## d. Patiënten woonachtig in het buitenland

In deel II, het gedeelte van het registratiedocument waarover de Commissieleden beschikken, wordt enkel de geboorteplaats gevraagd. De woonplaats en, jammer genoeg, de taal van de patiënt, worden gevraagd in deel I, het deel dat slechts geopend mag worden indien men bijkomende informatie aan de meldende arts wil vragen. Toch gebeurt het dat artsen in deel II vermelden dat het gaat om een buitenlandse patiënt.

Sinds maart 2021 kunnen artsen die dat wensen, op het nieuwe registratiedocument het land van verblijf van hun patiënt vermelden. Volgens deel II van de aangiften zijn er in 2020 en 2021 79 in het buitenland verblijvende patiënten naar België gekomen om een gunstig antwoord te krijgen op hun euthanasieverzoek.

Het is echter onmogelijk om het precieze aantal, in het buitenland verblijvende patiënten, te weten te komen die in België euthanasie hebben ondergaan aangezien dit geen wettelijke verplichting is.

Het betrof patiënten met een somatische aandoening. Ze leden o.a. aan een ernstige en ongeneeslijke neurologische ziekte (zoals multiple sclerose, Amyotrofische laterale sclerose (ALS) - of de ziekte van Charcot) of een uitgezaaide kanker (zoals borst of pancreas). Meer dan de helft van de overlijdens werd verwacht op korte termijn. De leeftijd van de patiënten bevond zich vooral tussen de 50 en 89. De uitvoering van deze euthanasies gebeurde zowel in het Nederlandstalige als het Franstalige landsgedeelte hoewel het hoofdzakelijk om Franstalige patiënten ging.

#### e. Orgaandonatie na euthanasie

Sommige patiënten hebben als ultieme wens hun organen te doneren. Op die wijze willen ze andere mensen helpen. Artsen zijn niet verplicht de orgaandonatie op het registratiedocument te melden, er werd in de periode 2020 – 2021 orgaandonatie vermeld bij 3 registratiedocumenten (er waren 3 officiële verklaringen aan de «Belgian Transplantation Society» - [www.transplant.be](http://www.transplant.be)).

De patiënten leden aan een kanker, ziekten van bot-spierstelsel en bindweefsel of polypathologie. Het waren allemaal mannelijke Nederlandstalige patiënten (33, 73 en 76 jaar oud) en het overlijden was behalve voor één iemand, te verwachten niet binnen afzienbare termijn.

## D. Budget van de Commissie euthanasie

---

De werking van de Belgische Commissie wordt vaak vergeleken met deze van de Nederlandse regionale controlecommissies (Regionale ToetsingsCommissies); er wordt echter nooit aangegeven dat de situatie absoluut niet vergelijkbaar is.

Het aantal geregistreerde euthanasies in België vertegenwoordigt ongeveer 35% van deze in Nederland<sup>4</sup> (2 700 euthanasies in België in 2021 op 112 390 sterfgevallen = 2,4%, 7 066 euthanasies in Nederland in 2021 op 170 839 sterfgevallen = 4,5%). De reden voor dit verschil is ongekend.

De Nederlandse regionale commissies (5 voor het hele land) worden bijgestaan door een secretariaat van ongeveer 25 medewerkers (registratie van de verklaringen, voorbereiding en publicatie van het rapport, actualisering van website, beantwoorden van vragen ...).

Dit aantal personeelsleden maakt het bijvoorbeeld mogelijk om de website permanent te actualiseren, op de site is ook een rubriek voorzien voor artsen, onderzoekers, politici en journalisten, men kan ook anoniem uitspraken op de site publiceren, dit om een code of good practice te ontwikkelen, om het rapport en code te publiceren en naar het Engels en het Frans te vertalen.

In België wordt de Commissie bijgestaan door een secretariaat dat bestaat uit 2 personeelsleden. Het secretariaat houdt zich bezig met administratieve taken, de website actualiseren, parlementaire vragen, antwoorden op vragen van journalisten en artsen, ...

Het budget van de Commissie in Nederland bedraagt € 3,7 miljoen/jaar in 2020. In België is het budget ongeveer € 160.000/jaar. Het exacte bedrag is moeilijk te bepalen. De financiering van de commissie gebeurt vanuit verschillende federale overheidsdiensten omdat de Commissie zowel onder het gezag van de FOD Volksgezondheid als de FOD Justitie valt en het personeel van het secretariaat onder een specifiek detachement ressorteert (de openbare dienst van oorsprong blijft de wedde van de gedetacheerde ambtenaar verder uitbetalen).

---

4 Regionale ToetsingsCommissies Euthanasie -RTE - jaarverslag 2021

De jaarlijkse vergoeding van de leden van de Nederlandse regionale controlecommissies bedraagt tussen € 10.000 en € 17.000 per jaar per lid. Het totale jaarlijkse budget voor de leden is € 778 000. Overwerk in een werkgroep wordt bovendien vergoed.

In België bedraagt het totale budget van de leden van de Commissie € 12 000/ jaar (voor reiskosten en zitpenningen), wat neerkomt op gemiddeld € 375/jaar per lid. Leden ontvangen per vergadering € 20 zitpenning (€ 25 voor de voorzitters), en hun reiskosten worden vergoed aan € 0,3653/km (maar niet voor degenen die in de Brusselse agglomeratie wonen).

We werken dus absoluut niet onder gelijke voorwaarden.

Meer informatie hieromtrent kan men terugvinden op de officiële sites omtrent euthanasie in deze landen:

Nederland

- <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en-euthanasie/euthanasie>
- <https://www.euthanasiacommissie.nl/>

**Groot Hertogdom Luxemburg**

- <https://sante.public.lu/fr/droits/fin-vie/euthanasie/index.html>

## E. Besluit

---

Dit tweejaarlijks rapport wil de resultaten en de trends zoals die op te maken zijn n.a.v. de registratiedocumenten van de voorbije jaren op een uitgebreide en transparante manier weergeven.

Na een lichte daling van de geregistreerde euthanasies in 2020 (zonder twijfel omwille van de Covid Pandemie) steeg het aantal met 10,4% in 2021 en wordt dus opnieuw het niveau bereikt van voor 2019.

Het totale aantal ontvangen registratiedocumenten bedroeg voor 2020 en 2021 5 145.

Zoals reeds vermeld in de vorige verslagen, heeft de Commissie niet de mogelijkheid om de verhouding van het aantal aangegeven euthanasies ten opzichte van het aantal werkelijk uitgeoefende euthanasies te evalueren.

In dit verband moet eraan herinnerd worden dat enkel het opzettelijk levensbeëindigend handelen op verzoek van de betrokkene (Art. 2 Wet betreffende de euthanasie) beschouwd wordt als euthanasie in de zin van de wet. Het gebruik van verschillende niet-letale middelen met het opzet om het lijden te bestrijden is per definitie geen euthanasie, ook niet als dit handelen het overlijden van de patiënt bespoedigt.

De verhouding tussen het aantal Nederlandse en Franstalige documenten bleef stabiel (74,7% NL/ 25,3% FR) maar de registratiedocumenten in het Frans blijven stijgen.

67,3% van de patiënten was ouder dan 70 jaar en 39,1% was ouder dan 80 jaar. Het aantal euthanasies bij patiënten jonger dan 40 jaar bleef zeer beperkt (1,2%). Het waren vooral patiënten in de 6de, 7de, en 8ste levensdecade die euthanasie vroegen (77%). De grootste groep waren patiënten tussen 80 en 89 jaar (28,3%).



In 2020 en 2021 werd geen enkel registratiedocument betreffende euthanasie bij een oordeelsbekwame minderjarige patiënt geregistreerd.

Sinds 2020 is het aantal euthanasies dat thuis plaatsvond, gestegen (54,3%). Het aantal euthanasies dat werd uitgevoerd in ziekenhuizen en in palliatieve eenheden (30,4%) neemt af. Het aantal euthanasies dat werd uitgevoerd in woonzorgcentra neemt lichtjes toe na een daling in 2020 (13,4%).

In de overgrote meerderheid van de gevallen (85,6%) werd door de arts het overlijden verwacht binnen afzienbare termijn (terminale patiënt).

Bij de meerderheid van de patiënten werd zowel lichamelijk als psychisch lijden (niet te verwarren met psychiatrische aandoeningen) waargenomen (82,2%). Dit lijden was steeds het gevolg van één of meerdere ernstige en ongeneeslijke aandoeningen.

Minder dan 1% van de euthanasies werd uitgevoerd op basis van een voorafgaande wilsverklaring euthanasie en dit bij patiënten die onomkeerbaar niet meer bij bewustzijn waren.

De voornaamste categorieën die aan de basis lagen van de uitgevoerde euthanasies waren nieuwvormingen/kanker (63,4%), polypathologie (17,5%) en ziekten van het zenuwstelsel (7,8%), ziekten van het bloedsomloopstelsel (3,6%), ziekten van de luchtwegen (2,5%), psychiatrische aandoeningen (0,9%) en cognitieve stoornissen (1%) en ziekten van het spijsverteringsstelsel (0,7%). Alle andere categorieën vertegenwoordigen 2,6% van de aandoeningen.

Verzoeken om euthanasie op basis van psychische- en gedragsstoornissen (psychiatrische aandoeningen zoals stemmingsstoornissen en cognitieve stoornissen zoals ziekte van Alzheimer worden verzameld in deze groep) bleven uitzonderlijk (1,9% van alle euthanasies). In al deze gevallen kon men vaststellen dat aan de wettelijke voorwaarden was voldaan (een wilsbekwame patiënt, een schriftelijk verzoek, een medisch uitzichtloze toestand, ondraaglijk aanhoudend en niet te lenigen lijden veroorzaakt door een ernstige en ongeneeslijke ziekte, een herhaald verzoek).

De Commissie was van oordeel dat alle ontvangen verklaringen voldeden aan de essentiële eisen van de wet, het was niet nodig een dossier te verzenden naar de procureur des Konings voor verder onderzoek.

Zoals in het vorige verslag werd aandacht besteed aan de meldingen van overleg tussen de verschillende zorgverleners die betrokken waren bij het onderzoek van een euthanasievraag. Het gaat hier om gegevens die de arts niet verplicht is mee te delen. Een multidisciplinair overleg is vandaag in alle medische disciplines ingeburgerd. Het is een kenmerk van kwalitatieve geneeskunde. Artsen overleggen met andere artsen en andere betrokken zorgverleners alvorens een beslissing te nemen over een eventuele diagnose, verder onderzoek of behandeling. De registratiedocumenten tonen aan dat dergelijk overleg ook gebeurt in het kader van een euthanasieverzoek. Sommige artsen wensen de belangrijke beslissing van een levensbeëindiging op verzoek van de patiënt te toetsen aan de mening van andere zorgverleners. Hun aanvullende medische raadplegingen mogen echter niet leiden tot het stellen van extra voorwaarden waarin de wet niet voorziet of die ten koste te gaan van het respecteren van de wil van de patiënt, dit laatste moet de centrale parameter blijven.

## A. Nationaal wetenschappelijk onderzoek m.b.t. het levenseinde

---

Sinds de euthanasiewet gebeurden er in Vlaanderen twee grote studies naar de aard en de praktijk van euthanasie en andere beslissingen bij het levenseinde<sup>5</sup>. De methodologie werd ontleend aan drie studies uitgevoerd in Nederland, o.a. door sterftegevallen-onderzoek m.b.v. vragenlijsten, waarbij men zich niet heeft beperkt tot euthanasie maar tot alle beslissingen bij het levenseinde alsook de weigering van euthanasie<sup>6</sup>.

Het is aan te bevelen om een volgende studie niet enkel in Vlaanderen uit te voeren, maar uit te breiden over gans België.

## B. Met betrekking tot de nood aan informatie aan burgers en vorming van zorgverleners

---

De Commissie is van oordeel dat, met het oog op een correcte toepassing van de wet betreffende euthanasie, zowel burgers als artsen en bij uitbreiding alle zorgverleners op degelijke wijze dienen te worden geïnformeerd. Dit gebeurt nog steeds in onvoldoende mate ondanks verschillende niet-gouvernementele initiatieven. Daarom is het belangrijk dat de overheid ofwel zelf initiatieven onderneemt of initiatieven van derden subsidieert.

Bovendien dienen faculteiten en hogescholen die instaan voor de opleiding van professionele zorgverleners verplicht de opleiding in levenseindezorg op te nemen in hun curriculum.

De Commissie dringt opnieuw aan op een informatiebrochure bestemd voor het publiek al of niet op initiatief van derden (gesubsidieerd). In deze brochure moet er niet enkel aandacht zijn voor de toepassing van de wet betreffende euthanasie maar ook voor de toepassing van de wet op patiëntenrechten en de wet betreffende palliatieve zorg.

De informatiebrochure voor de artsen opgesteld door de Commissie werd systematisch toegezonden aan de meldende arts telkens wanneer deel I van een registratieformulier geopend werd om ofwel opmerkingen te formuleren ofwel om bijkomende inlichtingen te vragen. Deze informatiebrochure is voor iedereen beschikbaar op de website van de Euthanasiecommissie [www.euthanasiecommissie.be](http://www.euthanasiecommissie.be), rubriek publicatie, waar tevens het registratiedocument te vinden is.

---

5 Bilsen J., et al. N Engl J Med 2009; 361:1117-1121 en Chambaere K., et al. N Engl J Med 2015; 372:1179-1181

6 Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. zonMw, 2017, ISBN 9789057631481

## C. Met betrekking tot eventuele wijzigingen aan de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie

---

De Commissie bevestigt, zoals voorheen, dat de toepassing van de wet geen noemenswaardige problemen heeft opgeleverd of aanleiding heeft gegeven tot misbruiken waardoor wetgevende initiatieven vereist zouden zijn.

### **Schending van de anonimiteit**

In 2020 en 2021 waren er 418 registratiedocumenten waarbij de anonimiteit niet werd gerespecteerd. Sommige leden van de Commissie vragen zich af of het nodig is om deze anonimiteitsregel te behouden, niet omdat hij klaarblijkelijk niet systematisch wordt nageleefd, maar vooral rekening houdend met de redenen die het behoud ervan zouden rechtvaardigen. De wetgever heeft dit voorzien in de wet van 28 mei 2002 om te vermijden dat artsen beschouwd zouden worden als «artsen die euthanasie uitvoeren» en daardoor kunnen worden gestigmatiseerd. Na 20 jaar toepassing van de wet blijkt dit gevaar niet meer te bestaan. Hoe dan ook, zelfs wanneer men deel I moet openen, wordt de naam van de arts niet onthuld. Belangrijk toch ook om te vermelden is dat deze anonimiteitsregel in Nederland niet bestaat in de registratiedocumenten. In de adviezen en rapporten worden de namen van de artsen helemaal niet genoemd. Bovendien en ter herinnering, de leden van de Commissie, zowel in Nederland als in België, zijn gebonden door het beroepsgeheim.

Het opheffen van de anonimiteit zou dan ook een einde maken aan de discussies omtrent registratiedocumenten van artsen die zetelen in de Commissie<sup>7</sup>.

## D. Met betrekking tot de werking van de Commissie

---

### **Budget**

De huidige werking van de Commissie wordt gehypothekeerd door een toenemende en uitgesproken budgettaire krapte. Een beduidend groter budget is noodzakelijk om het onderbemande secretariaat uit te breiden zodat het hoofd geboden kan worden aan zowel de verwerking van het toenemend aantal registratiedocumenten als aan de steeds uitgebreidere statistische opdracht.

### **Elektronisch registratiedocument/ applicatie Euthanasie**

Het ontbreken van een elektronisch registratiedocument voor meldende artsen, via een beveiligde link naar het secretariaat van de Commissie, is de belangrijkste oorzaak van administratieve fouten in de registratiedocumenten. Dit verklaart het grote aantal dossiers waarin deel I moet worden geopend om aanvullende informatie te vragen, omdat het dossier onvolledig is of niet voldoende informatie bevat om na te gaan of aan de essentiële voorwaarden is voldaan.

---

<sup>7</sup> Ter informatie het arrest van 4 oktober 2022 van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens – EHRM – Zaak Mortier vs. Belgische Staat verscheen kort voor het ter perse gaan van dit rapport en zal in het volgende tweeverjaarsverslag (gegevens 2022-2023) worden besproken.

Bovendien was er, gezien het grote aantal euthanasies, dringend behoefte aan een elektronisch registratiedocument. Eind 2021 werd er door de beide federale overheidsdiensten (Justitie en Volksgezondheid), die de Commissie onder hun bevoegdheid hebben, een budget vrijgemaakt om een toepassing te ontwikkelen voor het elektronisch invoeren van het registratiedocument voor euthanasie. Het project voor een elektronische registratiedocument is nu van start gegaan en de Commissie hoopt dit begin 2023 ter beschikking van de artsen te kunnen stellen.

Dit zal ongetwijfeld de werklast van de leden van de Commissie en van het secretariaat aanzienlijk verminderen, de elektronische gegevensverwerking vergemakkelijken en de ecologische impact van de Commissie sterk verminderen. Het elektronische formulier zal ook de leesbaarheid van de gegevens verbeteren. Op dit moment is het lezen van handgeschreven documenten soms een grafologische oefening.

Het onderzoek naar de redenen voor de opening van onderdeel I onderstreept nogmaals de absolute noodzaak van een elektronisch registratiedocument. Een dergelijk document zal het aantal documenten waarbij deel I moet worden geopend, met ten minste 5% verminderen. Een elektronisch registratiedocument kan pas digitaal worden verzonden als alle verplichte onderdelen zijn ingevuld. Dit zal het secretariaat veel tijd besparen en zal het aantal documenten dat onmiddellijk administratief kan worden goedgekeurd, doen toenemen.

### **Digitalisering van deel I voor archivering**

Alvorens het elektronisch registratiedocument/ applicatie te ontwikkelen, werd de wettelijkheid van een dergelijk project bestudeerd. Na een grondige juridische analyse van de wet werd er bevestigd dat er geen juridische bezwaren zijn om het registratiedocument euthanasie elektronisch te verzenden: de wet maakt geen impliciete of expliciete melding van een papieren of niet-papieren registratiedocument. De wet benadrukt wel het garanderen van een strikte vertrouwelijkheid. Met dit aspect werd dus van bij de opstart rekening gehouden, onder andere door een procedure voor authenticatie van de arts via een beveiligde toegang.

Het Wetboek van het economisch recht (art. XII. 25.) bepaalt wel dat er een vrije keuze is om gegevens op papier of in digitale vorm mee te delen. Tenzij de Euthanasiewet in die zin wordt gewijzigd, kan men niet verhinderen dat artsen het registratiedocument nog steeds in papieren vorm kunnen verzenden. De twee systemen (papier en digitaal) zullen dus naast elkaar van toepassing zijn.

Dit zorgt echter voor een complexe administratieve verwerking van deel I: de wet schrijft namelijk voor dat dit deel door de betrokken arts moet worden verzegeld. Enkel in geval van twijfel en na een stemming in de Commissie kan deel I geopend worden.

De Euthanasiecommissie kan niet beslissen om deel I systematisch te openen om dit te digitaliseren: elke wijziging van de wet van 28 mei 2002 valt uitsluitend onder de bevoegdheid van de wetgever.

Hierdoor is het voor het secretariaat van de Commissie onmogelijk deel I van de papieren registratiedocumenten te openen om deze in het elektronisch archiveringssysteem te coderen.

De Euthanasiecommissie vraagt dan ook dat de wet wordt gewijzigd zodat deel I systematisch kan worden geopend voor digitalisering. De Euthanasiecommissie stelt voor om artikel 8 van de wet te wijzigen. Hierover zal eerst advies worden ingewonnen bij de gegevensbeschermingscommissie.

*«Behalve ten behoeve van de interne administratieve verwerking van de post, wordt de anonimiteit van het eerste deel van het registratiedocument gewaarborgd. In geval van twijfel kan de commissie bij gewone meerderheid besluiten om de anonimiteit op te heffen.»*

### **Administratief kader van de Commissie**

Tijdens de voorbereidende werken omtrent dit elektronisch registratiedocument werd duidelijk dat de kwestie van het administratief kader van de Commissie onduidelijk is. In de wet wordt dit kader en de aard en precieze verdeling van de kosten ten laste van de FOD Volksgezondheid en de FOD Justitie namelijk onduidelijk omschreven (de wet spreekt van personeelskosten, werkingskosten en bezoldiging van de leden van de Commissie, zonder in detail te treden).

Deze situatie heeft dan ook geleid tot heel wat vragen en vertragingen bij het opstellen van het elektronisch registratiedocument, met name om te bepalen welke dienst van welke FOD er ter beschikking gesteld kon worden van de Commissie en onder welke voorwaarden (bv. Juridische ondersteuning of ondersteuning op het vlak van privacy-GDPR).

Officieel is er geen enkele dienst van beide FOD's bevoegd om steun te verlenen aan de Euthanasiecommissie. Een dergelijke situatie is op zijn zachtst gezegd problematisch en moet worden opgehelderd.

Het administratieve kader van de Commissie valt onder de bevoegdheid van de Koning, in dit geval dus onder de bevoegdheid van de ministers voor Volksgezondheid en Justitie. De Commissie zou dan ook graag zien dat de beide FOD's dit probleem aanpakken en een goede regeling uitwerken voor de toekomst. Dit kan door een exacte definitie van de werking van de Euthanasiecommissie en haar secretariaat nauwkeurig te omschrijven en door zo duidelijk mogelijk aan te geven wat wordt bedoeld met het «administratief kader» en onder welke bevoegdheid van welke FOD dit valt (budgettair, organisatorisch, enz.).

# Bijlage 1: 28 mei 2002. Wet betreffende de euthanasie

**Artikel 1.** Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

## HOOFDSTUK I. - Algemene bepalingen.

**Art. 2.** Voor de toepassing van deze wet wordt onder euthanasie verstaan het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek.

## HOOFDSTUK II. - Voorwaarden en procedure.

### Art. 3.

**§1.** De arts die euthanasie toepast, pleegt geen misdrijf wanneer hij er zich van verzekerd heeft dat:

- de patiënt een handelingsbekwame meerderjarige, of een handelingsbekwame ontvoogde minderjarige, of nog een oordeelsbekwame minderjarige is en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek;
- het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is, en niet tot stand gekomen is als gevolg van enige externe druk;
- de meerderjarige of ontvoogde minderjarige patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;
- de minderjarige patiënt die oordeelsbekwame is, zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek lijden dat niet gelenigd kan worden en dat binnen afzienbare termijn het overlijden tot gevolg heeft, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;
- en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.

**§2.** Onverminderd bijkomende voorwaarden die de arts aan zijn ingrijpen wenst te verbinden, moet hij vooraf en in alle gevallen:

1. de patiënt inlichten over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting, met de patiënt overleg plegen over zijn verzoek tot euthanasie en met hem de eventueel nog resterende therapeutische mogelijkheden, evenals die van de palliatieve zorg, en hun gevolgen bespreken. Hij moet met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is en dat het verzoek van de patiënt berust op volledige vrijwilligheid;
2. zich verzekeren van het aanhoudend fysiek of psychisch lijden van de patiënt en van het duurzaam karakter van zijn verzoek. Daartoe voert hij met de patiënt meerdere gesprekken die, rekening houdend met de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de patiënt, over een redelijke periode worden gespreid;
3. een andere arts raadplegen over de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen.

De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen. De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging;

Deel

# 4

Bijlagen

4. indien er een verplegend team is, dat in regelmatig contact staat met de patiënt, het verzoek van de patiënt bespreken met het team of leden van dat team;
5. indien de patiënt dat wenst, het verzoek van de patiënt bespreken met zijn naasten die hij aanwijst;
6. zich ervan verzekeren dat de patiënt de gelegenheid heeft gehad om over zijn verzoek te spreken met de personen die hij wenste te ontmoeten.
7. indien de patiënt een niet-ontvoogde minderjarige is, bovendien een kinderen jeugdpsychiater of een psycholoog raadplegen en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging.
  - De geraadpleegde specialist neemt kennis van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt, vergewist zich van de oordeelsbekwaamheid van de minderjarige en attesteert dit schriftelijk.
  - De behandelende arts brengt de patiënt en zijn wettelijke vertegenwoordigers op de hoogte van het resultaat van deze raadpleging.
  - Tijdens een onderhoud met de wettelijke vertegenwoordigers van de minderjarige bezorgt de behandelende arts hen alle in § 2, 1°, bedoelde informatie, en vergewist hij zich ervan dat zij hun akkoord geven betreffende het verzoek van de minderjarige patiënt

**§ 3.** Indien de arts van oordeel is dat de meerderjarige of ontvoogde minderjarige patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, moet hij bovendien:

1. een tweede arts raadplegen, die psychiater is of specialist in de aandoening in kwestie, en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en van het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van het verzoek. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en de eerste geraadpleegde arts. De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging;
2. minstens één maand laten verlopen tussen het schriftelijke verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie.

**§ 4.** Het verzoek van de patiënt, alsook de instemming van de wettelijke vertegenwoordigers indien de patiënt minderjarig is, worden op schrift gesteld<sup>1</sup>. Het document wordt opgesteld, gedateerd en getekend door de patiënt zelf. Indien de patiënt daartoe niet in staat is, gebeurt het op schrift stellen door een meerderjarige persoon die gekozen is door de patiënt en geen materieel belang mag hebben bij de dood van de patiënt.

Deze persoon maakt melding van het feit dat de patiënt niet in staat is om zijn verzoek op schrift te formuleren en geeft de redenen waarom. In dat geval gebeurt de opschriftstelling in bijzijn van de arts en noteert die persoon de naam van die arts op het document. Dit document dient bij het medisch dossier te worden gevoegd.

De patiënt kan te allen tijde het verzoek herroepen, waarna het document uit het medisch dossier wordt gehaald en aan de patiënt wordt teruggegeven.

**§ 4/1.** Nadat de arts het verzoek van de patiënt heeft behandeld, wordt aan de betrokkenen de mogelijkheid van psychologische bijstand geboden.

**§ 5.** Alle verzoeken geformuleerd door de patiënt, alsook de handelingen van de behandelende arts en hun resultaat, met inbegrip van het (de) verslag(en) van de geraadpleegde arts(en), worden regelmatig opgetekend in het medisch dossier van de patiënt

#### **Art. 3bis.**

De apotheker die een euthanaticum aflevert, pleegt geen misdrijf wanneer hij handelt op basis van een voorschrift waarop de arts uitdrukkelijk vermeldt dat hij handelt in overeenstemming met deze wet.

De apotheker levert persoonlijk het voorgeschreven euthanaticum aan de arts af. De Koning bepaalt de zorgvuldigheidsregels en voorwaarden waaraan het voorschrift en de aflevering van geneesmiddelen die als euthanaticum worden gebruikt, moeten voldoen.

De Koning neemt de nodige maatregelen om de beschikbaarheid van euthanatica te verzekeren, ook in officina-apotheken die toegankelijk zijn voor het publiek.¶



## HOOFDSTUK III. - De wilsverklaring.

### Art. 4.

**§ 1.** Elke handelingsbekwame meerderjarige of ontvoogde minderjarige kan, voor het geval dat hij zijn wil niet meer kan uiten, schriftelijk in een wilsverklaring zijn wil te kennen geven dat een arts euthanasie toepast indien deze arts er zich van verzekerd heeft:

- dat hij lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;
- hij niet meer bij bewustzijn is;
- en deze toestand volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is.

In de wilsverklaring kunnen één of meer meerderjarige vertrouwenspersonen in volgorde van voorkeur aangewezen worden, die de behandelende arts op de hoogte brengen van de wil van de patiënt. Elke vertrouwenspersoon vervangt zijn of haar in de wilsverklaring vermelde voorganger in geval van weigering, verhindering, onbekwaamheid of overlijden. De behandelende arts van de patiënt, de geraadpleegde arts en de leden van het verplegend team kunnen niet als vertrouwenspersoon optreden.

De wilsverklaring kan op elk moment worden opgesteld. Zij moet schriftelijk worden opgemaakt ten overstaan van twee meerderjarige getuigen, van wie er minstens een geen materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt en moet gedateerd en ondertekend worden door degene die de verklaring aflegt, door de getuigen en, in voorkomend geval, door de vertrouwensperso(n)e(n).

Indien de persoon die een wilsverklaring wenst op te stellen fysiek blijvend niet in staat is om een wilsverklaring op te stellen en te tekenen, kan hij een meerderjarig persoon, die geen enkel materieel belang heeft bij het overlijden van de betrokkene, aanwijzen, die zijn verzoek schriftelijk opstelt, ten overstaan van twee meerderjarige getuigen, van wie er minstens een geen materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt. De wilsverklaring vermeldt dat de betrokkene niet in staat is te tekenen en waarom. De wilsverklaring moet gedateerd en ondertekend worden door degene die het verzoek schriftelijk opstelt, door de getuigen en, in voorkomend geval, door de vertrouwenspersoon of vertrouwenspersonen.

Bij de wilsverklaring wordt een medisch getuigschrift gevoegd als bewijs dat de betrokkene fysiek blijvend niet in staat is de wilsverklaring op te stellen en te tekenen.

De wilsverklaring is geldig voor onbepaalde duur.

De wilsverklaring kan op elk moment aangepast of ingetrokken worden.

De Koning bepaalt hoe de wilsverklaring wordt opgesteld, geregistreerd en herbevestigd of ingetrokken en via de diensten van het Rijksregister aan de betrokken artsen wordt meegedeeld.

**§ 2.** De arts die euthanasie toepast, ten gevolge een wilsverklaring zoals voorzien in § 1, pleegt geen misdrijf indien deze arts er zich van verzekerd heeft dat de patiënt:

- lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;
- hij niet meer bij bewustzijn is;
- en deze toestand volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is;
- en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.

Onverminderd de bijkomende voorwaarden die de arts aan zijn ingrijpen wenst te verbinden en op voorwaarde dat de enige of de in laatste instantie aangewezen vertrouwenspersoon zich niet in één van de vier in § 1, tweede lid, tweede zin, beoogde situaties bevindt, moet hij vooraf

1. een andere arts raadplegen over de onomkeerbaarheid van de medische toestand van de patiënt en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier en onderzoekt de patiënt. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. Indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen brengt de behandelende arts deze vertrouwenspersoon op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging.
5. De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen;

2. indien er een verplegend team is dat in regelmatig contact staat met de patiënt, de inhoud van de wilsverklaring bespreken met het team of leden van dat team;
3. indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen, het verzoek van de patiënt met hem bespreken;
4. indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen, de inhoud van de wilsverklaring bespreken met de naasten van de patiënt die door de vertrouwenspersoon zijn aangewezen.

De wilsverklaring en, alsook alle handelingen van de behandelende arts en hun resultaat, met inbegrip van het verslag van de geraadpleegde arts, worden regelmatig opgetekend in het medisch dossier van de patiënt.

#### **HOOFDSTUK IV. - Aangifte.**

##### **Art. 5.**

De arts die euthanasie heeft toegepast, bezorgt binnen vier werkdagen het volledig ingevulde registratiedocument bedoeld in artikel 7 van deze wet aan de in artikel 6 bedoelde federale controle- en evaluatiecommissie.

#### **HOOFDSTUK V. - De Federale Controle- en Evaluatiecommissie.**

##### **Art. 6.**

**§ 1.** Er wordt een Federale Controle- en Evaluatiecommissie ingesteld inzake de toepassing van deze wet, hierna te noemen « de commissie ».

**§ 2.** De commissie bestaat uit zestien leden. Zij worden aangewezen op basis van hun kennis en ervaring inzake de materies die tot de bevoegdheid van de commissie behoren. Acht leden zijn doctor in de geneeskunde, van wie er minstens vier docent, hoogleraar of emeritus hoogleraar zijn aan een Belgische universiteit. Vier leden zijn docent, hoogleraar of emeritus hoogleraar in de rechten aan een Belgische universiteit, of advocaat. Vier leden komen uit kringen die belast zijn met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten.

Het lidmaatschap van de commissie is onverenigbaar met het mandaat van lid van een van de wetgevende vergaderingen en met het mandaat van lid van de federale regering of van een gemeenschaps- of gewestregering.

De leden van de commissie worden, met inachtneming van de taalpariteit - waarbij elke taalgroep minstens drie kandidaten van elk geslacht telt - en op grond van pluralistische vertegenwoordiging, bij een koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, benoemd uit een dubbele lijst, voorgedragen door Kamer van volksvertegenwoordigers, voor een termijn van vier jaar, die kan worden verlengd. Het mandaat wordt van rechtswege beëindigd indien het lid de

hoedanigheid waarin hij zetelt verliest. De kandidaten die niet als effectief lid zijn aangewezen, worden tot plaatsvervanger benoemd, in de orde van opvolging die volgens een lijst bepaald wordt. De commissie wordt voorgezeten door een Nederlandstalige en een Franstalige voorzitter. Deze voorzitters worden verkozen door de commissieleden van de desbetreffende taalgroep.

De commissie kan slechts geldig beslissen als twee derden van de leden aanwezig zijn.

**§ 3.** De commissie stelt haar huishoudelijk reglement op

##### **Art. 7.**

De commissie stelt een registratiedocument op dat door de arts, telkens wanneer hij euthanasie toepast, ingevuld moet worden.

Dit document bestaat uit twee delen. Het DEEL I moet door de arts worden verzegeld. Het bevat de volgende gegevens:

1. de naam, de voornamen en de woonplaats van de patiënt;
2. de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV en de woonplaats van de behandelende arts;
3. de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV en de woonplaats van de arts(en) die over het euthanasieverzoek is (zijn) geraadpleegd;
4. de naam, de voornamen, de woonplaats en de hoedanigheid van alle personen die de behandelende arts heeft geraadpleegd, en de data van deze raadplegingen;
5. indien er een wilsverklaring is waarin een of meer vertrouwenspersonen worden aangewezen, de naam en de voornamen van de betrokken vertrouwensperso(o)n(en).
6. de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV en het adres van de apotheker die het euthanaticum heeft afgeleverd, de afgeleverde producten en hun hoeveelheid en eventueel het overschot dat aan de apotheker werd terugbezorgd.

Dit DEEL I is vertrouwelijk en wordt door de arts aan de commissie overgezonden. Er kan alleen inzake van worden genomen na beslissing van de commissie. In geen geval kan de commissie zich hierop baseren voor haar evaluatietaak.

Het tweede deel is eveneens vertrouwelijk en bevat de volgende gegevens :

1. het geslacht, de geboortedatum en de geboorteplaats van de patiënt en, met betrekking tot de minderjarige patiënt, of hij ontvoogd was;
2. de datum, de plaats en het uur van overlijden;

3. de aard van de ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening waaraan de patiënt leed;
4. de aard van de aanhoudende en ondraaglijke pijn;
5. de redenen waarom dit lijden niet gelenigd kon worden;
6. op basis van welke elementen men zich ervan heeft vergewist dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van enige externe druk;
7. of aangenomen kon worden dat de patiënt binnen afzienbare termijn zou overlijden;
8. of er een wilsverklaring is opgemaakt;
9. de procedure die de arts gevolgd heeft;
10. de hoedanigheid van de geraadpleegde arts of artsen, het advies en de data van die raadplegingen;
11. de hoedanigheid van de personen die door de arts geraadpleegd zijn en de data van die raadplegingen;
12. de wijze waarop de euthanasie is toegepast en de gebruikte middelen

#### **Art. 8.**

De commissie onderzoekt het volledig ingevulde registratiedocument dat haar door de behandelende arts is overgezonden. Zij gaat op basis van het tweede deel van het registratiedocument na of de euthanasie is uitgevoerd onder de voorwaarden en volgens de procedure bepaald in deze wet. In geval van twijfel kan de commissie bij gewone meerderheid besluiten om de anonimiteit op te heffen. Zij neemt dan kennis van het DEEL I van het registratiedocument. De commissie kan aan de behandelende arts elk element uit het medisch dossier dat betrekking heeft op de euthanasie opvragen.

De commissie spreekt zich binnen twee maanden uit.

Is de commissie van oordeel bij beslissing genomen door een tweederde meerderheid dat de in deze wet bepaalde voorwaarden niet zijn nageleefd, dan zendt zij het dossier over aan de procureur des Konings van de plaats van overlijden van de patiënt.

Als bij het opheffen van de anonimiteit blijkt dat er feiten of omstandigheden bestaan waardoor de onafhankelijkheid of de onpartijdigheid van het oordeel van een lid van de commissie in het gedrang komt, zal dit lid zich verschonen of kunnen gewraakt worden bij de behandeling van deze zaak in de commissie.

#### **Art. 9.**

Ten behoeve van de Wetgevende Kamers stelt de commissie de eerste keer binnen twee jaar na de inwerkingtreding van deze wet en nadien tweejaarlijks :

- a) een statistisch verslag op waarin de informatie is verwerkt uit het tweede deel van het volledig ingevulde registratiedocument dat de artsen haar overeenkomstig artikel 8 hebben overgezonden;
- b) een verslag op waarin de toepassing van de wet wordt aangegeven en geëvalueerd;
- c) in voorkomend geval, aanbevelingen op die kunnen leiden tot een wetgevend initiatief en/of andere maatregelen inzake de uitvoering van deze wet.

Teneinde deze opdrachten te vervullen, kan de commissie alle bijkomende inlichtingen inwinnen bij de diverse overheidsdiensten en instellingen. De inlichtingen die de commissie inwint zijn vertrouwelijk.

Geen van deze documenten mag de identiteit vermelden van personen die genoemd worden in de dossiers die aan de commissie zijn overgezonden in het kader van haar controletaak zoals bepaald in artikel 8.

De commissie kan besluiten om aan universitaire onderzoeksteams die een gemotiveerd verzoek daartoe doen, statistische en zuiver technische gegevens mee te delen, met uitsluiting van alle persoonsgegevens. Zij kan deskundigen horen.

#### **Art. 10.**

De Koning stelt een administratief kader ter beschikking van de commissie voor het uitvoeren van haar wettelijke opdrachten. De formatie en het taalkader van het administratief personeel worden bij koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, op voordracht van de minister bevoegd voor de Volksgezondheid en de minister bevoegd voor de Justitie.

#### Art. 11.

De werkingskosten en de personeelskosten van de commissie, alsook de vergoeding van haar leden, komen voor de ene helft ten laste van de begroting van de minister bevoegd voor de Volksgezondheid en voor de andere helft ten laste van de begroting van de minister bevoegd voor de Justitie.

#### Art. 12.

Eenieder die, in welke hoedanigheid ook, zijn medewerking verleent aan de toepassing van deze wet, is verplicht tot geheimhouding van de gegevens die hem in de uitoefening van zijn opdracht worden toevertrouwd en die hiermee verband houden. Artikel 458 van het Strafwetboek is op hem van toepassing.

#### Art. 13.

Binnen zes maanden na het indienen van het eerste verslag en, in voorkomend geval, van de aanbevelingen van de commissie, bedoeld in artikel 9, vindt hierover een debat plaats in de Kamer van volksvertegenwoordigers. Die termijn van zes maanden wordt geschorst gedurende de periode dat de Kamer van volksvertegenwoordigers is ontbonden en/of dat er geen Regering is die het vertrouwen heeft van de Kamer van volksvertegenwoordigers.

### **HOOFDSTUK V/1.- Financiële bepalingen**

#### Art. 13/1.

De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, voorzien in een vergoeding voor de arts die de euthanasie toepast.

De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, het bedrag, de voorwaarden en de modaliteiten van deze vergoeding bepalen evenals de regels voor de betaling van deze vergoeding.

#### Art. 13/2.

De kosten voor de vergoedingen worden aangerekend op de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering<sup>8</sup>.

### **HOOFDSTUK VI. - Bijzondere bepalingen.**

#### Art. 14.

Het verzoek en de wilsverklaring bedoeld in de artikelen 3 en 4 van deze wet hebben geen dwingende waarde.

Geen arts kan worden gedwongen euthanasie toe te passen.

Geen andere persoon kan worden gedwongen mee te werken aan het toepassen van euthanasie.

Geen enkele al dan niet schriftelijke clause mag een arts beletten om met inachtneming van de wettelijke voorwaarden euthanasie toe te passen.

Weigert de geraadpleegde arts op grond van zijn gewetensvrijheid euthanasie toe te passen, dan moet hij dit de patiënt of de eventuele vertrouwenspersoon tijdig en ten laatste binnen zeven dagen na de eerste formulering van het verzoek laten weten, waarbij hij de redenen van zijn weigering toelicht en de patiënt of de vertrouwenspersoon doorverwijst naar een andere door de patiënt of door de vertrouwenspersoon aangewezen arts.

Weigert de geraadpleegde arts euthanasie toe te passen op een medische grond, dan dient hij dit de patiënt of de eventuele vertrouwenspersoon tijdig te laten weten, waarbij hij de redenen van zijn weigering toelicht. In dat geval wordt die medische grond opgetekend in het medisch dossier van de patiënt.

De arts die weigert in te gaan op een euthanasieverzoek moet de patiënt of de vertrouwenspersoon in elk geval de contactgegevens bezorgen van een centrum of een vereniging die in euthanasierecht zijn gespecialiseerd, alsook op vraag van de patiënt of de vertrouwenspersoon, binnen vier dagen volgend op die vraag het medisch dossier van de patiënt bezorgen aan de door de patiënt of door de vertrouwenspersoon aangewezen arts.

#### Art. 15.

Een persoon die overlijdt ten gevolge van euthanasie toegepast met toepassing van de voorwaarden gesteld door deze wet, wordt geacht een natuurlijke dood te zijn gestorven wat betreft de uitvoering van de overeenkomsten waarbij hij partij was, en met name de verzekeringsovereenkomsten.

8 De alinea's gemarkeerd in artikel 13/1 en 13/2 van de wet zijn toegevoegd door de wet van 18 mei 2022, die tot doel heeft de wetgeving met betrekking tot euthanasie te wijzigen. Deze wet, die op 9 juni 2022 in werking is getreden, wordt niet beïnvloed door dit rapport.

De bepalingen van artikel 909 van het Burgerlijk Wetboek zijn mede van toepassing op de in artikel 3 bedoelde leden van het verplegend team.

**Art. 16.**

Deze wet treedt in werking ten laatste drie maanden nadat ze in het Belgisch Staatsblad is bekendgemaakt.

Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's Lands zegel zal worden bekleed en door het Belgisch Staatsblad zal worden bekendgemaakt.

Brussel, 28 mei 2002.

ALBERT

Van Koningswege:

De Minister van Justitie,

M. VERWILGHEN

Met 's Lands zegel gezegeld:

De Minister van Justitie,

M. VERWILGHEN.

**Wijziging(en)**

- Wet van 15-03-2020 gepubliceerd op 23-03-2020 (gewijzigde art.: 4; 14)
- Wet van 05-05-2019 gepubliceerd op 24-05-2019 (gewijzigde art.: 4)
- Wet van 16-06-2016 gepubliceerd op 30-06-2016 (gewijzigd art. : 6)
- Wet van 28-02-2014 gepubliceerd op 12-03-2014 (gewijzigde art.: 3; 7)
- Wet van 06-01-2014 gepubliceerd. Op 31-01-2014 (gewijzigde art.: 6; 13)
- Wet van 10-11-2005 gepubliceerd. Op 13-12-2005 (gewijzigde art.: 3bis; 7)

## Bijlage 2: leden van de Commissie

Effectieve leden	Plaatsvervangende leden
<b>Als doctor in de geneeskunde, van wie er minstens vier docent, hoogleraar of emeritus hoogleraar zijn aan een Belgische universiteit</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. De heer Chris Verslype (NL)</li> <li>2. De heer Didier Giet (FR)</li> <li>3. De heer Etienne De Groot (NL)</li> <li>4. De heer Wim Distelmans (NL) – Nederlandstalig voorzitter</li> <li>5. De heer Philippe Boxho (FR)</li> <li>6. De heer Charles Kornreich (FR) - ontslagnemend</li> <li>7. Mevrouw Corinne Vaysse-Van Oost (FR)</li> <li>8. Mevrouw Anne Desodt (NL)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. De heer Maurice Sosnowski (FR)</li> <li>2. De heer Dominique Lossignol (FR)</li> <li>3. Mevrouw Marie-Élisabeth Faymonville (FR)</li> <li>4. De heer Marco Schetgen (FR)</li> <li>5. De heer Luc Proot (NL)</li> <li>6. Mevrouw Michèle Morret-Rauis (FR)</li> <li>7. Mevrouw Muriel Thienpont (NL)</li> <li>8. De heer Ludo Vanopdenbosch (NL) - ontslagnemend</li> </ol>
<b>Als docent, hoogleraar of emeritus hoogleraar in de rechten aan een Belgische universiteit of advocaat</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>9. De heer Christophe LeMevrouwns (NL)</li> <li>10. Mevrouw Jacqueline Herremans (FR)</li> <li>11. De heer Gilles Genicot (FR) - Franstalig voorzitter</li> <li>12. De heer Walter De Bondt (NL)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. De heer Yves-Henri Leleu (FR)</li> <li>10. De heer Gerd Verschelden (NL)</li> <li>11. De heer Tom Balthazar (NL)</li> <li>12. De heer Marc Van Overstraeten (FR)</li> </ol>
<b>Als leden uit kringen die belast zijn met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten:</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>13. Mevrouw Magali De Jonghe (NL)</li> <li>14. Mevrouw Thérèse Locoge (FR)</li> <li>15. Mevrouw Chantal Gilbert (FR)</li> <li>16. Mevrouw Jacinta De Roeck (NL)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>13. Mevrouw Géraldine Mathieu (FR)</li> <li>14. De heer Paul Destrooper (NL)</li> <li>15. Mevrouw Magriet De Maegd (NL)</li> <li>16. Mevrouw Arlette Geuens (NL)</li> </ol>





FCEE

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie

Secretariaat van de Commissie.

Galiléelaan, 5/2,

1210–Brussel

[euthanasiecom@health.fgov.be](mailto:euthanasiecom@health.fgov.be)

[www.euthanasiecommissie.be](http://www.euthanasiecommissie.be)

<https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/levensbegin-en-einde/euthanasie>

De digitale versie van deze brochure is beschikbaar op: [www.euthanasiecommissie.be](http://www.euthanasiecommissie.be) rubriek Publicatie

Gedrukt met plantaardige inkt op papier met Ecolabel.

Cette brochure existe aussi en français: [www.commissionneuthanasie.be](http://www.commissionneuthanasie.be) rubrique Publications

V.U.: Dirk Ramaekers, Voorzitter van het Directiecomité, Galiléelaan, 5/2, 1210–Brussel

Grafisch ontwerp: Thierry Sauvenière