

FEDERALE CONTROLE- EN EVALUATIECOMMISSIE EUTHANASIE

EERSTE VERSLAG AAN DE WETGEVENDE KAMERS

22 september 2002 - 31 december 2003

INLEIDING

De wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie bepaalt dat de Federale Controle- en Evaluatiecommissie ten behoeve van de Wetgevende Kamers de eerste keer binnen de twee jaar na de inwerkingtreding van deze wet,

- een statistisch verslag opstelt waarin de informatie uit het tweede deel van het registratiedocument is verwerkt,
- een verslag maakt waarin de toepassing van de wet wordt aangegeven en geëvalueerd,
- in voorkomend geval, aanbevelingen doet die kunnen leiden tot een wetgevend initiatief en/of andere maatregelen inzake de uitvoering van de wet.

Dit verslag heeft betrekking op de 259 aangiften die de commissie ontvangen heeft in de periode vanaf de inwerkingtreding van de wet op 22 september 2002 tot 31 december 2003. Er werd gekozen voor 31 december 2003 aangezien het verslag vóór 22 september 2004 moet worden ingediend. De commissie heeft immers meerdere maanden nodig om alle nodige informatie te verzamelen om het onderzoek van alle aangiften van een welbepaalde periode, met inbegrip van de eventuele preciseringen die aan sommige artsen gevraagd werden, te kunnen afronden. Daarbij komt nog de tijd die nodig is voor de statistische verwerking van de gegevens, voor het opstellen van het verslag en voor de bespreking ervan binnen de commissie.

Door 31 december 2003 als einddatum te kiezen, heeft men ook het voordeel dat de toekomstige tweejaarlijkse verslagen telkens twee volledige kalenderjaren zullen beslaan, hetgeen overeenkomt met de periodes waarop de mortaliteits- en morbiditeitstabellen van het Nationaal Instituut voor de Statistiek betrekking hebben. Deze tabellen zijn nuttig bij de interpretatie van de verzamelde gegevens. Het volgende verslag dat in 2006 moet worden ingediend zal dus slaan op de periode van 1 januari 2004 tot 31 december 2005.

Dit verslag bestaat uit drie delen en twee bijlagen :

Deel 1 : Statistisch verslag

Deel 2 : Beschrijving en evaluatie van de toepassing van de wet

Deel 3 : Aanbevelingen inzake de uitvoering van de wet

Bijlagen :

1. Een samenvattende tabel van alle verzamelde informatie.
2. Het nieuwe registratiedocument door de commissie op 17 februari 2004 goedgekeurd.

Dit verslag werd voorbereid door de beperkte werkgroep samengesteld uit W.De Bondt, M.Englert, J.Herremans en F.Van Neste. Het werd besproken in plenaire vergadering op 22 juni 2004 en het werd unaniem goedgekeurd door de aanwezige effectieve leden (R.Lallemand, W.Distelmans, co-voorzitters, S.Bauwens, D.Bron, W.De Bondt, M.Englert, J.Herremans, Y-H.Leleu, P.Maassen, R.Mathys, J.Ter Heerd, J.Vandeville, F.Van Neste, J.Vermeylen) en de aanwezige plaatsvervangende leden (J.Bury, F.Keuleneer, M.Van Emelen).

DEEL 1

STATISTISCH VERSLAG

TABELLEN OVER DE INFORMATIE VERZAMELD OP BASIS VAN DEEL II VAN DE AANGIFTEN DIE DE COMMISSIE ONTVANGEN HEEFT

Opmerking :

de percentages zijn op 0,5% afgerond en komen, per rubriek, overeen met het aantal aangiften waarop deze rubriek betrekking heeft.

Tabel I : aantal aangiften

4 ^e trim 02	1 ^e trim 03	2 ^e trim 03	3 ^e trim 03	4 ^e trim 03	Totaal	%
24	42	62	75	56	259	100%

216 (17+35+49+65+50) aangiften (83%) zijn in het Nederlands opgesteld.

43 (7+7+13+10+6) aangiften (17%) zijn in het Frans opgesteld.

Tabel II : euthanasie op actueel bewust verzoek of via wilsverklaring

	4 ^e trim 02	1 ^e trim 03	2 ^e trim 03	3 ^e trim 03	4 ^e trim 03	Totaal	%
actueel bewust verzoek	24	42	61	75	56	258	>99,5%
wilsverklaring	0	0	1	0	0	1	<0,5%

Tabel III : geslacht van de patiënten

	4 ^e trim 02	1 ^e trim 03	2 ^e trim 03	3 ^e trim 03	4 ^e trim 03	Totaal	%
mannelijk	13	17	29	36	34	129	50%
vrouwelijk	11	25	33	39	22	130	50%

Tabel IV : leeftijd van de patiënten

	4 ^e trim 02	1 ^e trim 03	2 ^e trim 03	3 ^e trim 03	4 ^e trim 03	Totaal	%
< 20	0	0	0	1	0	1	<0,5%
20-39	1	0	2	4	1	8	3%
40-59	10	7	24	27	15	83	32%
60-79	10	26	27	32	30	125	48%
>of=80	3	9	9	11	10	42	16%

Tabel V : plaats van overlijden

	4 ^e trim 02	1 ^e trim 03	2 ^e trim 03	3 ^e trim 03	4 ^e trim 03	Totaal	%
ziekenhuis	16	21	31	42	30	140	54%
thuis	8	18	26	30	24	106	41%
RVT	0	3	4	3	2	12	5%
andere	0	0	1	0	0	1	<0,5%

Tabel VI : te verwachten termijn voor overlijden

	4 ^e trim 02	1 ^e trim 03	2 ^e trim 03	3 ^e trim 03	4 ^e trim 03	Totaal	%
binnen afzienb. termijn	21	35	56	71	54	237	91,5%
niet binnen afzienb. termijn	3	7	6	4	2	22	8,5%

Tabel VII : diagnoses

	4 ^e trim 02	1 ^e trim 03	2 ^e trim 03	3 ^e trim 03	4 ^e trim 03	Totaal	%
kankers	19	32	50	65	48	214	82,5%
evolutieve neuromusc. aandoen.	4	5	7	5	4	25	9,5%
niet-evolutieve neuromusc. aand.	0	2	2	2	1	7	2,5%
niet-maligne longaandoeningen	1	1	1	0	0	3	1%
cardiovasculaire aandoeningen	0	1	1	2	2	6	2%
AIDS	0	0	0	0	0	0	0%
andere	0	1	1	1	1	4	1,5%

Opmerkingen :

1. De rubriek "kankers" omvat de kwaadaardige vaste tumoren en de kwaadaardige bloedziekten.
2. De niet-evolutieve neuromusculaire aandoeningen omvatten de traumatische neurologische letsels en de complicaties ter hoogte van het centrale zenuwstelsel van een niet-neurologische pathologische aandoening.
3. De vier aandoeningen geklasseerd "andere" betreffen één geval van nierinsufficiëntie en drie gevallen van meervoudige pathologieën.

Tabel VIII : hoedanigheid van de verplicht geraadpleegde arts

	4 ^e trim 02	1 ^e trim 03	2 ^e trim 03	3 ^e trim 03	4 ^e trim 03	Totaal	%
huisarts	4	14	23	20	23	84	32,5%
specialist	15	20	26	37	26	124	48%
niet nader bepaald	0	0	0	0	0	0	0%
palliatief arts	5	8	13	18	7	51	19,5%

Opmerking :

de hoedanigheid "palliatief arts" werd in de tabel opgenomen wanneer die opleiding expliciet vermeld is op de aangifte, ongeacht de specialiteit van de arts.

Tabel IX : hoedanigheid van de tweede verplicht geraadpleegde arts (overlijden niet te verwachten binnen afzienbare termijn: 22 euthanasiegevallen)

	4 ^e trim 02	1 ^e trim 03	2 ^e trim 03	3 ^e trim 03	4 ^e trim 03	Totaal	%
psychiater	2	6	4	2	1	15	68%
specialist	1	1	2	2	1	7	32%

Tabel X : artsen en palliatieve teams geraadpleegd buiten de wettelijke verplichtingen

	4 ^e trim 02	1 ^e trim 03	2 ^e trim 03	3 ^e trim 03	4 ^e trim 03	Totaal
artsen	15	27	26	37	24	129
palliatieve teams	13	14	24	29	21	101

Tabel XI : opgegeven fysiek lijden

Opmerkingen :

1. Deze tabel omvat alle vormen van lijden opgegeven in de aangiften, of ze al of niet aan de basis lagen van de vraag om euthanasie.
2. Verschillende soorten van fysiek en psychisch lijden komen vaak tegelijkertijd voor.

	4 ^e trim 02	1 ^e trim 03	2 ^e trim 03	3 ^e trim 03	4 ^e trim 03	Totaal	%
pijn	7	25	35	31	34	132	51%
dyspneu	8	13	13	15	10	59	23%
cachexie, uitputting	9	24	23	25	16	97	37,5%
hemorragieën, herhaalde transfusies	2	2	2	4	1	11	4%
ernstige wonden	0	2	1	1	7	11	4%
dysfagie, braken, darmobstructie	6	10	24	30	12	82	31,5%
andere	0	0	0	7	7	14	5,5%

De percentages zijn voor elk type van lijden berekend ten opzichte van het totaal aantal aangiften.

Tabel XII : opgegeven psychisch lijden

	4 ^e trim 02	1 ^e trim 03	2 ^e trim 03	3 ^e trim 03	4 ^e trim 03	Totaal	%
afhankelijkheid	6	6	20	16	22	70	27%
verlies van waardigheid, wanhoop	9	17	22	19	36	103	40%
andere	0	0	0	0	1	1	<0,5%

De percentages zijn voor elk type van lijden berekend ten opzichte van het totaal aantal aangiften.

Tabel XIII : wijze waarop euthanasie werd uitgevoerd

	4 ^e trim 02	1 ^e trim 03	2 ^e trim 03	3 ^e trim 03	4 ^e trim 03	Totaal	%
I.V. inductie v. bewuste- loosheid al dan niet gevolgd door een curarimimeticum I.V.	23	34	58	70	52	237	91,5%
morfine al dan niet in combinatie	0	2	1	3	1	7	2,5%
I.V. inductie v. bewuste- loosheid gevolgd door kalium- chloride I.V.	0	2	2	1	0	5	2%
barbituraat per os al dan niet gevolgd door een curarimi- meticum I.V.	1	3	0	1	1	6	2,5%
andere	0	1	1	0	2	4	1,5%

I.V. = intraveneus; per os = via de mond. Voor meer details, zie samenvattende tabel in bijlage

Opmerkingen :

1. De patiënt werd over het algemeen buiten bewustzijn gebracht door algemene anesthesie met thiopental (Penthotal) of gelijkaardige middelen I.V. (**81,5% van de euthanasiegevallen**). Hoge dosissen midazolam (Dormicum) I.V. werden hier minder vaak voor gebruikt (**10% van de gevallen**).
2. Zeven keren kreeg de patiënt bij een combinatie van thiopental + curarimimeticum ook een inspuiting van kaliumchloride.
3. Vaak werd een lichte sedatie met benzodiazepines per os of I.V. vóór de euthanasie toegepast.
4. De informatie in de aangiften was niet altijd even gedetailleerd, soms dienden de gegevens geïnterpreteerd te worden om de euthanasie onder een bepaalde categorie te kunnen onderbrengen.

Tabel XIV : diagnose van de gevallen waarbij het overlijden niet binnen afzienbare termijn te verwachten was (totaal aantal: 22)

	4 ^e trim 02	1 ^e trim 03	2 ^e trim 03	3 ^e trim 03	4 ^e trim 03	Totaal	%
kankers	0	1	2	0	0	3	13,5%
evolutieve neuromusc. aandoen.	2	3	2	3	2	12	54,5%
niet-evolutieve neuromusc. aand.	0	2	2	1	0	5	22,5%
niet-maligne longaandoen.	1	0	0	0	0	1	4,5%
cardiovasculaire aandoeningen	0	0	0	0	0	0	0%
andere	0	1	0	0	0	1	4,5%

Tabel XV : beslissingen van de commissie met betrekking tot de 259 aangiften

	4 ^e trim 02	1 ^e trim 03	2 ^e trim 03	3 ^e trim 03	4 ^e trim 03	Totaal	%
onmidd. aanvaarding zonder meer	18	30	42	48	40	178	68,5%
aanvaarding mits opening van deel I voor opmerking(en) aan de arts, geen antwoord vereist	2	5	9	11	4	31	12%
aanvaarding na opening van deel I en ontvangst gevraagde preciseringen	4	7	11	16	12	50	19,5%
overdracht aan justitie	0	0	0	0	0	0	0%

DEEL 2

BESCHRIJVING EN EVALUATIE
VAN DE TOEPASSING VAN DE WET

WERKING VAN DE COMMISSIE

De commissie is één keer per maand samengekomen. Overeenkomstig het huishoudelijk reglement werden de debatten gevoerd door de effectieve leden (en bij afwezigheid van een van laatstgenoemden, haar/zijn plaatsvervanger). Alle plaatsvervangende leden hebben echter steeds de werkdocumenten van de commissie ontvangen en werden altijd uitgenodigd om de zittingen bij te wonen.

Tijdens de zittingen werden voornamelijk de ontvangen aangiften van euthanasie besproken. Er werden vier soorten beslissingen genomen (zie tabel XV):

- ofwel werd de aangifte zonder meer aanvaard,
- ofwel werd de aangifte aanvaard, maar werd de anonimiteit opgeheven om de arts die de aangifte had ingediend, te wijzen, om didactische redenen, op kleine onnauwkeurigheden in de aangifte; een dergelijke brief vereiste geen antwoord,
- ofwel werd de aangifte voorwaardelijk aanvaard en werd de anonimiteit opgeheven om de arts te vragen naar inlichtingen die in de aangifte niet werden gegeven; het ging nooit om belangrijke elementen zodat het niet nodig werd geacht om de aangifte nogmaals te behandelen indien de gevraagde informatie daadwerkelijk aan de commissie bezorgd werd,
- ofwel werd de anonimiteit opgeheven, werd de beslissing uitgesteld en werd de arts gevraagd om bijkomende preciseringen te geven, ofwel omdat die gegevens ontbraken in de aangifte, ofwel omdat de uitleg in de aangifte niet volstond voor de commissie.

De beslissingen om deel I te openen en de anonimiteit op te heffen om met de arts contact te kunnen opnemen werden meestal unaniem genomen. Toch werd in een aantal gevallen het verzoek van sommige leden om deel I te openen met de bedoeling de arts om bijkomende informatie te vragen niet aanvaard wanneer de meerderheid van de commissie meende dat uit het geheel van de meegedeelde gegevens duidelijk bleek dat de wettelijke verplichtingen waren nagekomen (zie hieronder voor preciseringen bij elk bijzonder geval).

AANTAL AANGIFTEN (TABEL I)

Tijdens de 15 maanden waarop dit verslag betrekking heeft, heeft de commissie **259** aangiften ontvangen, hetgeen overeenkomt met een **jaarlijks gemiddelde van 207,2** en een **maandelijks gemiddelde van 17,25 aangiften**. In het eerste trimester van de toepassing van de wet telde men maandelijks 8 aangiften, in het tweede trimester 14 en in de volgende drie trimesters ontving de commissie gemiddeld 21 aangiften per maand.

Aantal sterfgevallen door aangegeven euthanasie ten opzichte van het totaal aantal sterfgevallen

Indien men, om het jaarlijks aantal sterfgevallen in ons land gedurende deze periode te bepalen, het cijfer van ongeveer 105.000 hanteert, bedroeg het jaarlijks gemiddelde aantal sterfgevallen door aangegeven euthanasie tijdens de periode waarop dit verslag betrekking heeft, **0,2%** van alle sterfgevallen (**0,25%** indien men zich baseert op het gemiddelde van de laatste drie trimesters die in dit verslag behandeld worden). Dit percentage bedraagt **0,31%** indien men het jaarlijks gemiddelde van de aangiften die in het Nederlands zijn opgesteld in de periode van dit verslag vergelijkt met het jaarlijks aantal sterfgevallen in Vlaanderen, nl. ongeveer 56.000 (**0,39%** indien men zich baseert op het gemiddelde van de laatste drie trimesters behandeld in dit verslag).

Taal waarin de aangiften zijn opgesteld

De commissie wijst op de wanverhouding, die duidelijk groter is dan het verschil in het aantal inwoners van het Vlaamse en het Waalse Gewest (zonder rekening te houden met het Brussels Hoofdstedelijk Gewest),

tussen het aantal aangiften dat opgesteld is in het Nederlands en het aantal ingevuld in het Frans (respectievelijk 83% en 17% van het totaal aantal aangiften). De commissie beschikt niet over de nodige elementen om uit te maken welke redenen aan de basis liggen van deze wanverhouding: de bevolking of de artsen werden misschien anders geïnformeerd, er zijn mogelijk verschillende sociaal-culturele attitudes, verschillen in de medische praktijk bij het levenseinde, een verschillende houding ten opzichte van de verplichting om euthanasie aan te geven, enz. Toch dient opgemerkt dat het "Forum" van artsen dat sinds de inwerkingtreding van de wet in Vlaanderen bestaat, mogelijk een rol gespeeld heeft in het informeren van de artsen in het Vlaamse landsgedeelte. De artsen van dit Forum zijn opgeleid om raad te geven aan hun collega's-huisartsen die geconfronteerd worden met moeilijke problemen rond het levenseinde van een patiënt of met een verzoek tot euthanasie (LEIF-artsen). Zij kunnen optreden als onafhankelijke consultants zoals bepaald in de wet, naar het model van de SCEN-artsen in Nederland. In de Franse Gemeenschap werd pas op het einde van het jaar 2003 een dergelijk Forum opgericht. Het kan nuttig zijn om, met betrekking tot de medische praktijk bij het levenseinde, ook de opmerkingen te bekijken bij tabel XIII over de wijze waarop euthanasie werd uitgevoerd (zie hieronder).

Aantal aangegeven euthanasieën ten opzichte van het aantal uitgevoerde euthanasieën

Sinds de inwerkingtreding van de wet werd er geen bruikbare epidemiologische studie gemaakt over het aantal verschillende medische handelingen bij het levenseinde. Daaruit volgt dat de commissie onmogelijk kan inschatten wat het percentage is van de bij de commissie aangegeven euthanasieën t.o.v. het totaal aantal uitgevoerde euthanasieën. De meest recente studie is een epidemiologische enquête in het kader van een Europese studie, in Vlaanderen in 2001-2002 gehouden, d.w.z. vóór de inwerkingtreding van deze wet¹. Daarin wordt het aantal euthanasieën, die tijdens deze periode in Vlaanderen uitgevoerd zijn, geschat op 0,3% van alle sterfgevallen (het aantal levensbeëindigingen zonder expliciet verzoek, voornamelijk bij patiënten in hun allerlaatste levensfase die niet meer bij bewustzijn zijn, bedroeg volgens deze studie 1,5% van de sterfgevallen t.o.v. 0,6% in Nederland). Het is interessant om de gegevens van deze studie te vergelijken, louter indicatief, met de informatie die verzameld werd op basis van de aangiften die de commissie ontvangen heeft, rekening houdend met het feit dat die studie betrekking heeft op een periode vóór de inwerkingtreding van de wet. Normaliter kan men immers een toename verwachten van het aantal euthanasiegevallen nu de wet in voege is getreden (en misschien zal dit gepaard gaan met een afname van het aantal levensbeëindigingen zonder expliciet verzoek).

DE AANDOENINGEN DIE AAN DE BASIS LAGEN VAN EUTHANASIE (TABEL VII)

Alle aandoeningen die aan de basis lagen van euthanasie waren op het ogenblik van de euthanasie, overeenkomstig de wettelijke vereisten, ongeneeslijk en ernstig. In de meeste gevallen (**82,5%**) ging het om diverse kwaadaardige aandoeningen (kwaadaardige vaste tumoren, leukemieën, myelomen, enz.) die meestal op verschillende manieren, curatief en/of palliatief, behandeld waren. Dodelijke evolutieve neuromusculaire aandoeningen zijn de tweede meest voorkomende diagnose die aanleiding heeft gegeven tot euthanasie (**9,5%** van de euthanasiegevallen). De andere aandoeningen waren slechts uitzonderlijk reden tot euthanasie.

DE LEEFTIJD VAN DE PATIENTEN (TABEL IV)

80% van de euthanasieën werd uitgevoerd bij patiënten tussen de 40 en 79 jaar oud en 48% bij patiënten tus-

¹ van der Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, van der Wal G, van der Maas P: End-of-life decision-making in six European Countries. The Lancet, 2003; 362: 345-350

sen de 60 en 79 jaar. Eén keer werd euthanasie uitgevoerd bij een patiënt onder de 20 (18 jaar). Het loont de moeite om, aan de hand van onderstaande tabel, het percentage euthanasieën in de verschillende leeftijdscategorieën te vergelijken met het sterftepercentage in die categorieën.

	Sterfgevallen met uiteenlopende oorzaken ²	Euthanasiegevallen
Totaal aantal	105.000	259
	(% van het totale aantal)	(% van het totale aantal)
<20 jaar	1%	<0,5%
20-39 jaar	3%	3%
40-59 jaar	10%	32%
60-79 jaar	40%	48%
>79 jaar	46%	16%

Uit deze tabel blijkt dat verhoudingsgewijs niet zo vaak euthanasie werd uitgevoerd bij patiënten ouder dan 79 jaar (16% van alle euthanasieën werd uitgevoerd bij patiënten van deze leeftijdscategorie terwijl die categorie 46% van het totaal aantal sterfgevallen vertegenwoordigt). Hieruit kan men besluiten dat de hogere leeftijd op zich geen factor was die aanleiding gaf tot euthanasie.

DE PLAATS WAAR EUTHANASIE WERD TOEGEPAST (TABEL V)

De commissie stelt vast dat **41%** van de euthanasieën thuis bij de patiënt werd toegepast, wat overeenstemt met de veelvuldig uitgedrukte wens zijn leven thuis te beëindigen. Verder blijkt dat de euthanasie slechts zelden in de rust- en verzorgingstehuizen werd uitgevoerd (**5%** van de gevallen), hetgeen in verband kan worden gebracht met de eerder gemaakte opmerking over de leeftijd van de patiënten. Er dient opgemerkt dat de aanwezigheid van naaste familieleden op het ogenblik van de euthanasie vaak vermeld wordt op de aangiften.

TE VERWACHTEN TERMIJN VOOR OVERLIJDEN (TABEL VI EN TABEL XIV)

237 euthanasieën (**91,5 %**) werden uitgevoerd bij patiënten die geacht werden binnen afzienbare termijn te overlijden. **211** onder hen (**89%**) hadden een uitgezaaide of zwaar verminkende kanker.

Van de **8,5%** euthanasieën die uitgevoerd werden bij patiënten die niet binnen afzienbare termijn zouden overlijden (**22** gevallen) hebben de meeste gevallen (**17**) betrekking op neurologische aandoeningen: **12** patiënten leden aan dodelijke evolutieve aandoeningen die gepaard gingen met verlammingen of gebreken die ernstig lijden met zich meebrengen (amyotrofe laterale sclerose, multiple sclerose, andere progressieve neurologische degeneraties) en **5** leden aan een niet-evolutieve neuromusculaire aandoening ten gevolge van een neurologisch letsel veroorzaakt door een ongeval of door een neurologische complicatie van een niet-neurologische ziekte (hoog ruggenmergletsel met tetraplegie). Er werd slechts **3** maal euthanasie uitgevoerd bij een kankerpatiënt die volgens de verwachtingen niet binnen afzienbare termijn zou overlijden.

Binnen de commissie is gediscussieerd over wat "binnen afzienbare termijn overlijden" inhoudt. Wanneer het ging om een niet-evolutieve aandoening of een ziekte die zodanig traag evolueert dat verwacht werd

² NIS. Doodsoorzaken in 1996

dat de patiënt niet binnen de komende maanden zou overlijden, vond de commissie unaniem dat het overlijden moet worden beschouwd als niet te voorzien binnen afzienbare termijn. Wanneer de arts oordeelde dat de patiënt binnen een afzienbare termijn zou overlijden, stelde een arts van de commissie hierover soms vragen. De commissie was echter van mening dat het ging om een inschatting die enkel de behandelende arts van de patiënt kon maken.

DE AARD VAN HET LIJDEN (TABELLEN XI EN XII)

Bij de meeste patiënten werden verschillende types van lijden, zowel fysiek als psychisch, tegelijkertijd vastgesteld. Het lijden werd steeds beschreven als een constante en ondraaglijke pijn die niet gelenigd kon worden. In een aantal gevallen vond een arts van de commissie de gegevens, die de arts in kwestie op de aangifte verstrekt had, onvoldoende om aan te tonen dat het lijden van zijn patiënt ondraaglijk was of niet gelenigd kon worden. Na een debat besloten de overige artsen van de commissie echter steeds dat de gegeven beschrijving overtuigend was; bovendien menen zij dat de commissie niet als rechter moet optreden inzake de toegepaste therapieën. 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 waarden eigen aan de patiënt. Wat betreft de vraag of het lijden al dan niet gelenigd kan worden, moet men rekening houden met het recht van de patiënt om een behandeling, zelfs palliatief, te weigeren, bv. wanneer deze behandeling bijwerkingen of toepassingswijzen zou inhouden die hij als ondraaglijk beschouwt. In dergelijke gevallen dienen de arts en de patiënt uitgebreid overleg te plegen.

DE WIJZE WAAROP DE EUTHANASIE TOEGEPAST WERD EN DE GEBRUIKTE MIDDELEN (TABEL XIII)

In de overgrote meerderheid van de gevallen (91,5%) werd de patiënt eerst buiten bewustzijn gebracht via algemene anesthesie, meestal door intraveneuze inspuiting van thiopental (Pentothal) of gelijkaardige middelen (Diprivan, enz.) en, behalve wanneer de patiënt spontaan na enkele minuten overleed³, vervolgens door intraveneuze inspuiting van een spierverslapper (Pavulon, Norcuron, Tracrium, Nimbex, enz.) die leidt tot het overlijden door ademhalingsstilstand. Vaak was er in de aangifte sprake van een rustig en snel overlijden binnen enkele minuten door de toepassing van deze techniek.

Volgens de gegevens beschikbaar in de medische literatuur is de techniek waarbij de patiënt buiten bewustzijn wordt gebracht via algemene anesthesie met thiopental i.v., gevolgd door een intraveneuze inspuiting van een spierverslapper, effectief de meest adequate techniek om een correcte euthanasie uit te voeren: snel en rustig overlijden, zonder bijwerkingen.⁴

In 5 gevallen werd het overlijden veroorzaakt, nadat de patiënt buiten bewustzijn was gebracht, door een inspuiting van kaliumchloride die leidde tot een hartstilstand.

Morfine, al dan niet in combinatie met andere middelen, werd slechts zelden gebruikt (**7 gevallen, d.i. 2,5%** van de euthanasieën). Dit strookt met de gegevens die men terugvindt in de literatuur: morfine wordt afgeraden als euthanaticum wegens de niet-constante en trage werking en de bijwerkingen ervan⁵. Aangezien patiënten in hun allerlaatste levensfase vaak grote dosissen morfine toegediend krijgen, die het overlijden kunnen bespoedigen, kan men ervan uitgaan dat de arts deze handelwijze beschouwde als een behandeling van het

³ Deze eventualiteit wordt vaak vermeld wanneer de patiënt buiten bewustzijn werd gebracht via inspuiting van thiopental.

⁴ G. K. Kimsma in « Drug Use in Assisted Suicide and Euthanasia » M.B. Battin and A.G. Lipman ed., Pharmaceutical Products Press, New-York - London 1996

⁵ *ibid.*

lijden en niet als euthanasie, zodat daarvan in het algemeen geen aangifte werd gedaan.

Bij 6 gevallen (2,5% van de euthanasieën) werd de patiënt buiten bewustzijn gebracht door orale inname van barbituraat. In 5 van deze gevallen is de patiënt snel overleden zonder andere ingreep. In 1 geval werd een spierverslapper ingespoten nadat de patiënt buiten bewustzijn was gebracht. Wanneer de patiënt snel is overleden na inname van het barbituraat en hij nadien dus geen inspuiting heeft gekregen met een spierverslapper, hebben verschillende leden van de commissie de opmerking gemaakt dat een dergelijke handeling beschouwd zou kunnen worden als “medische hulp bij zelfdoding”. Toch besloot de commissie unaniem dat indien de voorwaarden en de procedures voorgeschreven door de wet betreffende de euthanasie gerespecteerd werden en de handeling plaatsvond onder de verantwoordelijkheid van een arts die aanwezig was en kon ingrijpen, het buiten bewustzijn brengen van de patiënt door inname (en niet door inspuiting), ongeacht het feit of dit al of niet gevolgd werd door een inspuiting met een spierverslapper, past in het kader van de euthanasie zoals ze in de wet omschreven wordt. De wet schrijft immers niet voor hoe de euthanasie moet worden uitgevoerd.

Het is niet onbelangrijk te vermelden dat in verschillende aangiften sprake was van een rustig overlijden, alsook van de aanwezigheid van naasten tijdens de procedure en van dankbetuigingen voor de arts.

DE GERAADPLEEGDE ARTSEN

(TABELLEN VIII, IX EN X)

De eerste verplichte consulent

De eerste verplichte consulent was in nagenoeg een vijfde van de gevallen een arts gevormd in de palliatieve zorg, in bijna de helft van de gevallen een specialist (uiteenlopende specialiteiten) en in een derde van de gevallen een huisarts. Soms hadden bepaalde leden van de commissie bedenkingen bij de bekwaamheid van een huisarts of van bepaalde specialisten. Niettemin besloot de commissie telkens dat de arts in kwestie, ongeacht zijn kwalificatie, de nodige bekwaamheid had ter zake om zich er, via zijn onderzoek, het dossier en de ondervraging, van te vergewissen dat de patiënt leed aan een ongeneeslijke en ernstige aandoening die gepaard ging met aanhoudend en ondraaglijk lijden dat niet gelenigd kon worden, hetgeen overeenkomstig de wet de taak is van de consulent.

De tweede consulent

Wanneer de patiënt volgens de verwachtingen niet binnen een afzienbare termijn zou zijn overleden, was de **tweede verplichte consulent**, zoals voorgeschreven door de wet, een psychiater (68% van de gevallen), of een specialist in de aandoening in kwestie (32% van de gevallen).

Andere geraadpleegde artsen of palliatieve teams

Het is interessant vast te stellen dat, op de 259 aangiften, naast de wettelijk verplichte raadplegingen, meer dan honderd artsen en bijna honderd palliatieve teams geraadpleegd werden. Voor de commissie is dit een bewijs van de nauwkeurigheid en de ernst van de artsen die de aangiften hebben ingediend.

HET ADVIES VAN DE GERAADPLEEGDE ARTS

Uit de informatie die werd ingevuld onder “conclusie van het geschreven verslag” op het registratiedocument kon men niet altijd met de gewenste zekerheid opmaken of de geraadpleegde arts daadwerkelijk alles heeft gecontroleerd wat de wet hem/haar voorschrijft. Soms bevatte het verslag van de geraadpleegde arts immers geen conclusie en zag de commissie zich genoodzaakt het integrale verslag van de arts op te vragen. In andere gevallen was in de conclusie van het verslag enkel sprake van het akkoord van de geraadpleegde arts met betrekking tot de geplande euthanasie zonder verdere precisering of werd slechts

gedeeltelijk melding gemaakt van de wijze waarop deze arts zijn taak, zoals in de wet omschreven, had uitgevoerd. Hoewel de commissie steeds op basis van het registratiedocument in zijn geheel heeft kunnen vaststellen dat de wet gerespecteerd was, besloot ze naar aanleiding van deze gevallen om de vraag over het resultaat van de raadpleging van de eerste arts (en in voorkomend geval de tweede) te herformuleren. In de nieuwe versie van het registratiedocument worden de wettelijke verplichtingen van de consulent omschreven en wordt de vraag “conclusie van het geschreven verslag” vervangen door “advies van de op die punten geraadpleegde arts (volgens zijn geschreven verslag)”, hetgeen trouwens beter overeenkomt met de bewoordingen van de wet. Zo zal de arts in zijn antwoord kunnen bevestigen, dat de taak van de consulent, zoals voorgeschreven door de wet, daadwerkelijk vervuld is. *(zie paragraaf over het registratiedocument)*

De vereiste onafhankelijkheid van de consulent heeft aanleiding gegeven tot een aantal discussies binnen de commissie, met name over de precieze betekenis ervan. De commissie meent dat er tussen de consulent enerzijds en de patiënt of de arts anderzijds, geen hiërarchische noch familiale band mag bestaan, en dat de patiënt niet geregeld in behandeling mag geweest zijn bij de consulent. Zij vindt het nuttig om de betekenis van die onafhankelijkheid te preciseren in een informatiebrochure bestemd voor de artsen.

(zie de aanbevelingen van de commissie hieronder)

DE PROCEDURE GEVOLGD DOOR DE ARTS

Met uitzondering van de twee volgende punten was de procedure die de arts gevolgd heeft, zoals ze weergegeven wordt in punt 8 van het registratiedocument, steeds correct en overeenkomstig de wet.

Het eerste punt heeft betrekking op het bestaan van een schriftelijk verzoek of op de procedure voor het opstellen van het schriftelijk verzoek indien de patiënt daar fysiek niet toe in staat is.

In 14 aangiften werd er geen melding gemaakt van een schriftelijk verzoek tot euthanasie. Het ging daarbij om patiënten die fysiek niet in staat waren om te schrijven ofwel omdat ze stervend waren of extreem leden, ofwel omdat zij leden aan een verlamming van de ledematen. In twee gevallen was de commissie van oordeel dat het dringende en dramatische karakter van de situatie kon verklaren waarom een geschreven document ontbrak en dat de gegevens op de aangifte verzekerden dat voldaan was aan de wettelijke vereisten van een overwogen, vrijwillig en herhaald verzoek zonder druk van buitenaf. In de andere gevallen werd de arts om meer informatie gevraagd: daaruit bleek dat sommige artsen dachten dat de vraag in het document gesteld, betrekking had op een schriftelijk verzoek van de patiënt zelf en ze konden bevestigen dat er wel degelijk een verzoek op schrift gesteld was door een derde, zoals de wet het vereist. In andere gevallen ging de arts ervan uit dat, wanneer de patiënt binnen een zeer korte termijn zou zijn overleden, een schriftelijk verzoek overbodig was. Sommige leden toonden zich terughoudend ten opzichte van dergelijke aangiften. Toch kon de commissie in alle gevallen op basis van de verzamelde informatie besluiten dat voldaan was aan de wettelijke voorwaarden met betrekking tot het vrijwillige, overwogen en herhaalde karakter van het verzoek en kon ze de aangiften aanvaarden. Om dergelijke interpretatiefouten in de toekomst te vermijden werd beslist om het onderdeel van het registratiedocument dat betrekking heeft op het geschreven verzoek, te wijzigen: de procedure die gevolgd moet worden wanneer de patiënt fysiek niet in staat is om te schrijven, wordt nu duidelijk weergegeven.

(zie paragraaf over het nieuwe document hieronder)

Het tweede punt betreft een verwarring bij bepaalde artsen tussen het “schriftelijk verzoek” en de “wilsverklaring” wanneer het schriftelijk verzoek enkele dagen of weken vóór de euthanasie werd opgesteld: in dat geval werd het schriftelijk verzoek soms als wilsverklaring beschouwd. Hoewel men zonder moeite kon vaststellen dat het in al deze gevallen om een misverstand ging en de geldigheid van de aangifte niet in het gedrang kwam, werd beslist om voortaan het verschil tussen deze twee vormen van wilsuiting duidelijker te omschrijven. *(zie aanpassing van het registratiedocument hieronder)*

DE BESLISSINGEN VAN DE COMMISSIE

(TABEL XV)

68,5% van de aangiften werd onmiddellijk aanvaard. In **31,5%** van de dossiers besloot de commissie de anonimiteit op te heffen door deel I van de aangifte te openen. In **12%** 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 aan de wettelijke voorwaarden en diende de arts niet te antwoorden. In **19,5%** van de aangiften werd deel I geopend met de bedoeling de arts om bijkomende informatie te vragen over een of meerdere punten van het document die slecht, onvoldoende of niet waren beantwoord. De meeste van die punten hadden betrekking op ontbrekende administratieve gegevens of kleine onnauwkeurigheden inzake procedure. De antwoorden bevatten telkens de nodige informatie, waardoor de aangiften konden worden aanvaard. Geen enkele aangifte bevatte elementen op basis waarvan men zou kunnen twijfelen aan de naleving van de grondvoorwaarden van de wet. Geen enkel dossier werd dan ook aan het openbaar ministerie overgemaakt.

HET REGISTRATIEDOCUMENT

In de loop van het eerste jaar na de inwerkingtreding van de wet werden herhaaldelijk kleine wijzigingen aangebracht aan het registratiedocument met de bedoeling bepaalde vragen duidelijker te formuleren. In januari 2004 werd beslist om, op basis van de opmerkingen en de hierboven vermelde onvolmaaktheden, de volgende punten van het document te herzien :

1. Het is nodig gebleken om het registratiedocument duidelijk op te splitsen in een deel dat betrekking heeft op een euthanasie uitgevoerd op basis van een actueel en bewust verzoek en een deel dat betrekking heeft op een euthanasie die op basis van een wilsverklaring uitgevoerd werd bij een patiënt die niet meer bij bewustzijn is. De vragen verschillen immers, althans gedeeltelijk, in de twee gevallen. Op de eerste pagina van het document wordt nu in het kort verduidelijkt wat het verschil is tussen deze twee manieren om euthanasie te vragen.
2. Om bepaalde vergissingen of nalatigheden die meermaals voorkwamen, te vermijden en ervoor te zorgen dat de commissie zich er beter kan van vergewissen dat voldaan is aan de wettelijke vereisten, werden de volgende wijzigingen aan het document aangebracht :
 - Om te vermijden dat de naam van de arts of de instelling vermeld wordt in deel II, wordt bovenaan deel II aan de anonimiteit herinnerd in een vet gedrukte tekst.
 - Om eraan te herinneren welke procedure gevolgd dient te worden wanneer de patiënt fysiek niet in staat is om een schriftelijk verzoek op te stellen (verlamming, stervend), werd besloten om de arts in de paragraaf over het schriftelijk verzoek eraan te herinneren dat men in dergelijke gevallen verplicht is om het verzoek door een derde op schrift te laten stellen. Verder is ervoor gezorgd dat men op basis van de gegevens in deze paragraaf kan nagaan of de procedure die in dat geval wordt voorgeschreven door de wet, gevolgd is.
 - In het document staat nu vermeld dat de geraadpleegde arts een onafhankelijke consulent dient te zijn.
 - Om ervoor te zorgen dat de commissie zich ervan kan vergewissen dat de taak van de geraadpleegde arts(en) uitgevoerd is overeenkomstig de wettelijke vereisten, worden de punten waarop deze taak betrekking heeft, uitdrukkelijk vermeld in het deel van het document waarin de raadpleging(en) van de tweede en de derde arts aan bod komen.
 - Ook de vermelding “conclusie van het geschreven verslag” van het oorspronkelijke document is vervangen door de woorden “advies van de geraadpleegde arts (volgens zijn geschreven verslag)”, hetgeen beter overeenkomt met de wettelijke vereisten.

Het aldus gewijzigde registratiedocument werd op 17 februari 2004 goedgekeurd (zie bijlage).

DEEL 3

AANBEVELINGEN VAN DE COMMISSIE
INZAKE DE UITVOERING VAN DE WET

INLEIDENDE OPMERKINGEN

De commissie is zich ervan bewust dat de controle op de toepassing van de wet van 28 mei 2002 beperkingen heeft. Het is duidelijk dat de commissie haar taak pas efficiënt kan uitvoeren wanneer enerzijds het medische korps de uitgevoerde euthanasieën aangeeft en anderzijds de aangiften naar behoren zijn opgesteld. Op grond van de 259 ontvangen aangiften kan men toch hopen dat de clandestiene euthanasie die gedurende jaren de regel was in ons land en waarvan de gevaren niet in herinnering moeten worden gebracht, langzaam verdwijnt.

De leden van de commissie wensen te benadrukken hoezeer zij onder de indruk waren van het lijden beschreven in de aangiften en, ongeacht hun standpunt inzake euthanasie, drukken alle leden hun waardering uit voor de zorg die de artsen hadden om voor hun patiënten een levenseinde te waarborgen dat met hun wil overeenstemde.

Op basis van de aangiften is de commissie van mening dat in de gevallen die haar werden voorgelegd de toepassing van de wet geen noemenswaardige problemen met zich heeft meegebracht wat de grondvoorwaarden ervan betreft. Soms bleken er interpretatiemoeilijkheden te zijn, vooral bij de eerste aangiften; de informatie aan de artsen moet dus verbeterd worden (zie voor meer details deel 2 van voorliggend rapport en aanbeveling 1 van deel 3). Het ging echter altijd om procedurekwesties: er was steeds correct voldaan aan de grondvoorwaarden van de wet.

Bovendien dient ook opgemerkt dat in vele aangiften sprake is van de tussenkomst van artsen en palliatieve teams die spontaan geraadpleegd werden terwijl dit niet tot de wettelijke verplichtingen behoort.

De commissie hoopt dat het gewijzigde registratiedocument (zie bijlage 2) het makkelijker zal maken om de aangiften in te vullen en de procedures te respecteren, dat bepaalde interpretatiefouten hierdoor vermeden zullen worden en dat zij haar controlefunctie vlotter zal kunnen vervullen.

AANBEVELINGEN VAN DE COMMISSIE

1. Met betrekking tot de nood aan het verstrekken van informatie

Om ervoor te zorgen dat euthanasie correct en overeenkomstig de wet toegepast wordt, dient men voor eerst aandacht te besteden aan informatie. De verschillende mogelijkheden bij het levenseinde die de wetten betreffende de euthanasie, de rechten van de patiënt en de palliatieve zorg bieden, alsook de beperkingen en verplichtingen die deze wetten inhouden, zouden beter gekend moeten zijn. Daarom stelt de commissie voor om twee informatiebrochures op te stellen, één voor het medische korps en één voor het grote publiek. De brochure voor het grote publiek zou ook een adequaat antwoord kunnen bieden op de vele vragen naar informatie.

In deel 2 van dit verslag wordt vermeld welke vragen in de brochure voor het medische korps zouden moeten worden toegelicht (niet binnen afzienbare termijn overlijden, onafhankelijkheid en taken van de artsen die moeten worden geraadpleegd, wijzen van toediening van euthanatica en «hulp bij zelfdoding», wilsverklaring en actueel verzoek, beoordeling van het ondraaglijke en niet te lenigen karakter van het lijden, gebruik van hoge dosissen pijnstillende middelen bij het levenseinde en euthanasie, enz). De commissie neemt zich voor dergelijke brochure op te stellen gebaseerd op haar beraadslagingen van de onderzochte aangiften. Deze brochure zou de artsen nuttige aanwijzingen geven over de draagwijdte van de wetsbepalingen.

2. Met betrekking tot euthanasie bij de patiënt thuis

Om tegemoet te komen aan de gerechtvaardigde wens van een patiënt de laatste dagen van zijn leven thuis door te brengen, zou men, parallel met het uitbouwen van de palliatieve thuiszorg, eveneens meer mogelijkheden moeten scheppen voor «euthanasie thuis», onder andere door huisartsen en apothekers

specifieke informatie te verschaffen en door de producten die men nodig heeft om correct euthanasie uit te voeren gemakkelijker ter beschikking te stellen. Hoewel volgens de wetgeving inzake geneesmiddelen de nodige producten ook in een openbare apotheek mogen worden aangeboden, zorgt het feit dat zij gewoonlijk aan de ziekenhuisapotheken worden geleverd, soms voor problemen. Vele apothekers, ook degenen die zonder meer bereid zijn om mee te werken aan een eventuele euthanasie, zijn niet volledig geïnformeerd over deze producten of kunnen ze moeilijk verkrijgen bij groothandelaars. Dit brengt vertraging met zich bij de levering wat nadelig kan zijn voor de patiënt die moet wachten op het uitvoeren van de euthanasie. Zij zouden hier volledig informatie over moeten krijgen.

3. Met betrekking tot de opleiding van de artsen

De commissie is van oordeel dat het curriculum van de studierichting geneeskunde een programma zou moeten bevatten dat de toekomstige artsen een opleiding geeft met het oog op de problemen waarmee men geconfronteerd wordt bij patiënten bij het levenseinde, en dus ook met de correcte toepassing van euthanasie. Ook de verschillende postuniversitaire opleidingen en bijscholingsactiviteiten zouden aangehouden moeten worden om een dergelijke opleiding in hun programma op te nemen.

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

a) wat betreft het toepassingsgebied van de wet

Bepaalde leden van de commissie hebben, naar gelang hun ethische of filosofische overtuigingen, te kennen gegeven dat ze de commissie wetgevende initiatieven zouden willen zien formuleren, de enen om het toepassingsgebied van de wet, in het bijzonder inzake de wilsverklaring of inzake de levensbeëindiging bij minderjarigen, uit te breiden, anderen om zich juist tegen deze uitbreiding te verzetten en ervoor te zorgen dat het toepassingsgebied van euthanasie in de toekomst niet ruimer wordt dan door de wetgever bedoeld bij de totstandkoming van de wet. De commissie is echter van oordeel dat het niet haar taak is om dergelijke initiatieven te nemen. Haar opdracht betreft immers de uitvoering van de voorliggende wet (art. 9).

b) wat betreft de procedures waarin de wet voorziet

Drie leden van de commissie zouden gewild hebben dat de commissie voorstelde om bij elke euthanasieaanvraag een verplichte "palliatieve filter" in de wet op te nemen en bijkomende consultatieprocedures te verplichten wanneer de patiënt niet binnen afzienbare termijn zou overlijden. Dit voorstel werd niet aanvaard, de andere leden van de commissie zijn van mening dat niets in de onderzochte aangiften erop wijst dat het noodzakelijk of van enig belang zou zijn naast de nu reeds zware verplichtingen door de wet bepaald, aan artsen en patiënten nog bijkomende verplichtingen op te leggen.

c) wat de titel van de wet betreft

Zoals reeds vermeld in deel 2 van dit verslag werd in bepaalde gevallen euthanasie uitgevoerd door de patiënt zelf het dodelijke middel te laten innemen in plaats van het bij de patiënt in te spuiten. Aangezien de wet niet bepaalt op welke wijze de euthanasie moet worden toegepast was een dergelijke toediening volgens de commissie geheel conform de wet. Deze aangiften werden unaniem aanvaard. Een van de leden had gewild dat de commissie voorstelde om de wettekst te wijzigen om een op deze wijze uitgevoerde euthanasie desgevallend als "hulp bij zelfdoding" te omschrijven (wijziging van de titel, van de definitie en van artikelen 3, 5, 7, 14 en 15). Volgens de andere leden van de commissie zou een dergelijke wijziging veeleer verwarring dan klaarheid scheppen. Wanneer de patiënt de dodelijke handeling uitvoert, is dat immers meestal slechts gedeeltelijk: de patiënt die een drankje inneemt doet dit met de hulp van de arts, de patiënt kan zelf het kraantje van zijn infuus opendraaien maar het infuus werd wel aangebracht door de arts, een orale inname kan gevolgd worden door een intraveneuze inspuiting, enz. De hier beschreven uitvoeringswijze past binnen het kader van de huidige wet: de arts heeft, tot op het einde, de controle over het stervensproces, ongeacht de wijze van uitvoering.

d) wat betreft de eventuele sancties ingeval de wet niet is gerespecteerd

Volgens sommige leden zou de wet moeten preciseren welke de sancties zijn in het geval de euthanasie wordt uitgevoerd zonder dat voldaan is aan de wettelijke bepalingen die de wederrechtelijkheid opheffen. De commissie stelt vast dat de rechterlijke overheid bevoegd is om zich uit te spreken over de gevolgen van de niet-naleving van de wettelijke voorwaarden.

5. Met betrekking tot wetgevende initiatieven inzake andere beslissingen omtrent het levenseinde

Om tot meer transparantie te komen van alle medische handelingen bij het levenseinde, had een lid gewenst dat de commissie zou voorstellen dat, los van de wet betreffende euthanasie, een wetgevend initiatief zou worden genomen inzake de medische beslissingen met betrekking tot het staken of nalaten van behandeling en het toedienen van hoge dosissen pijnstillende middelen. Dit voorstel werd niet aanvaard door de andere leden die van mening zijn dat deze beslissingen betrekking hebben op de medische praktijk waarop de deontologische regels van het beroep en de wet betreffende de rechten van de patiënt van toepassing zijn; zij achten de commissie niet bevoegd om ter zake initiatieven voor te stellen aangezien die geen betrekking hebben op de uitvoering van de wet van 28 mei 2002.

CONCLUSIES

1. Het aantal euthanasieaangiften blijkt na de eerste maanden van de toepassing van de wet gestabiliseerd op een twintigtal per maand, waarvan de meeste in het Nederlands opgesteld zijn.
2. Nagenoeg de helft van de euthanasieën vindt plaats bij de patiënt thuis. Zelden wordt euthanasie toegepast in de rust- en verzorgingstehuizen.
3. Zoals voorgeschreven door de wet zijn de aandoeningen die aan de basis liggen van euthanasie ongeneeslijk en ernstig, en bevindt de patiënt zich in een medisch uitzichtloze situatie. In de overgrote meerderheid van de gevallen gaat het om uitgezaaide of zwaar verminkende kankers waarbij verwacht wordt dat de patiënt binnen afzienbare termijn zal overlijden; in mindere mate gaat het om dodelijke evolutieve neuromusculaire aandoeningen. Andere pathologieën komen zelden voor. Het ondraaglijk lijden dat niet gelenigd kan worden is meestal van verschillende aard, zowel fysiek als psychisch.
4. Euthanasie in het kader van aandoeningen waaraan de patiënt niet binnen afzienbare termijn zal overlijden komt relatief zelden voor en het gaat in deze gevallen meestal om dodelijke evolutieve neuromusculaire aandoeningen met tetraplegieën en ernstige en meervoudige verlammingen.
5. Tot nu toe werd nog maar één keer op basis van een wilsverklaring euthanasie uitgevoerd bij een patiënt die niet meer bij bewustzijn was (het KB betreffende de wilsverklaring werd pas gepubliceerd op 2 april 2003 en de wettelijk vastgelegde registratie van deze wilsverklaring is tot op heden nog steeds niet uitgevoerd).
6. De meeste euthanasieën werden uitgevoerd bij patiënten van gemiddelde leeftijd. Onder de 40 of boven de 80 jaar komt euthanasie niet vaak voor.
7. In de overgrote meerderheid van de gevallen wordt euthanasie correct toegepast en wordt de patiënt -overeenkomstig de beschikbare gegevens in de medische literatuur- eerst buiten bewustzijn gebracht ; in alle gevallen waar, naast de gebruikte techniek, een commentaar wordt gegeven, wordt vermeld dat de patiënt rustig en binnen enkele minuten is overleden.
8. Uit geen enkele aangifte bleek dat niet voldaan werd aan de grondvoorwaarden van de wet. Na de eerste maanden van toepassing van de wet waarin interpretatiefouten werden vastgesteld die enkel betrekking hadden op de procedure, kwam er geleidelijk aan verbetering in de kwaliteit van de aangiften. Dankzij een nieuw aangepast registratiedocument zullen toekomstige interpretatieproblemen waarschijnlijk vermeden kunnen worden.
9. Buiten de wettelijk verplichte consultaties werden vele artsen en palliatieve teams vrijwillig geraadpleegd.
10. De commissie stelt geen nieuwe wetgevende initiatieven voor. Zij is immers van oordeel dat ze binnen het kader van haar opdracht geen elementen heeft gevonden die dergelijke initiatieven zouden rechtvaardigen. Ze acht het echter wel nodig om informatie te verstrekken zowel aan het artsenkorps als aan de burgers. De informatie aan de artsen zou hen met name de nodige gegevens moeten verschaffen om doeltreffend te kunnen optreden als consultants inzake het levenseinde.
11. De commissie stelt voor om in België regelmatig enquêtes te houden over alle medische beslissingen bij het levenseinde, net zoals dit sinds 1990 in Nederland gebeurt.

De leden van de commissie wensen nadrukkelijk hun waardering te betuigen voor de houding van de artsen, die door het invullen van het registratiedocument, lieten blijken dat zij, met respect voor de wil van de patiënt, de wet wensten na te leven.

BIJLAGE 1

Algemeen overzicht van de euthanasieaangiften
behandeld door de commissie

	4 ^e trim.02	1 ^e trim 03	2 ^e trim 03	3 ^e trim 03	4 ^e trim 03	Totaal	
	22/9/02-31/12/02	1/1/03-31/3/03	1/4/03-30/6/03	1/7/03-30/9/03	1/10/03-31/12/03	22/9/02-31/12/03	
						Aantal	%

Aantal aangiften

	24	42	62	75	56	259	100
--	----	----	----	----	----	-----	-----

Bewust verzoek of wilsverklaring

bewust verzoek	24	42	61	75	56	258	99,5
wilsverklaring	0	0	1	0	0	1	0,5

Geslacht van de patiënten

mannelijk	13	17	29	36	34	129	50
vrouwelijk	11	25	33	39	22	130	50

Leeftijd van de patiënten

< 20	0	0	0	1	0	1	<0,5
20-39	1	0	2	4	1	8	3
40-59	10	7	24	27	15	83	32
60-79	10	26	27	32	30	125	48
>ou=80	3	9	9	11	10	42	16

Plaats van overlijden

ziekenhuis	16	21	31	42	30	140	54
thuis	8	18	26	30	24	106	41
rust- en verzorgingstehuis	0	3	4	3	2	12	5
andere	0	0	1	0	0	1	<0,5

Te verwachten termijn voor overlijden

binnen afzienbare termijn	21	35	56	71	54	237	91,5
niet binnen afzienbare termijn	3	7	6	4	2	22	8,5

Diagnoses

kankers	19	32	50	65	48	214	82,5
evolutieve neuromusculaire aandoeningen	4	5	7	5	4	25	9,5
niet-evolutieve neuromusc. aandoeningen	0	2	2	2	1	7	2,5
niet-maligne longaandoeningen	1	1	1	0	0	3	1
cardiovasculaire aandoeningen	0	1	1	2	2	6	2
AIDS	0	0	0	0	0	0	0
andere	0	1	1	1	1	4	1,5

1^e consultant

palliatief arts	5	8	13	18	7	51	19,5
huisarts	4	14	23	20	23	84	32,5
specialist	15	20	26	37	26	124	48
niet nader bepaald	0	0	0	0	0	0	0

2^e consulent (overlijden niet binnen afzienbare termijn)

psychiater	2	6	4	2	1	15	68
specialist	1	1	2	2	1	7	32

Andere niet-verplicht geraadpleegde artsen

	15	27	26	37	24	129	
--	----	----	----	----	----	-----	--

Geraadpleegde palliatieve teams (de verplicht geraadpleegde arts is hier niet opgenomen)

	13	14	24	29	21	101	
--	----	----	----	----	----	-----	--

Fysiek lijden

pijn	7	25	35	31	34	132	51
dyspneu	8	13	13	15	10	59	23
cachexie, uitputting	9	24	23	25	16	97	37,5
hemorragieën, transfusies	2	2	2	4	1	11	4
wonden	0	2	1	1	7	11	4
dysfagie, darmobstructie	6	10	24	30	12	82	31,5
andere	0	0	0	7	7	14	5,5

Psychisch lijden

afhankelijkheid	6	6	20	16	22	70	27
verlies van waardigheid, wanhoop	9	17	22	19	36	103	40
andere	0	0	0	0	1	1	<0,5

Gebruikte techniek en middelen (gedetailleerd overzicht)

barbituraat per os alleen	0	3	0	1	1	5	2
id.+ spierverslapper	1	0	0	0	0	1	<0,5
thiopental of gelijkaardig middel I.V. alleen	10	13	13	26	19	81	31,5
id.+ spierverslapper IV	9	18	35	35	26	123	47,5
id. + spierverslapper + KCl	1	3	1	0	2	7	2,5
midazolam of gelijkaardig middel + spierverslapper IV	3	0	9	9	5	26	10
morfine al dan niet met sedativa	0	1	0	2	0	3	1
id. + spierverslapper IV	0	1	1	1	1	4	1,5
diverse middelen voor intraven. inductie v. bewusteloosheid + KCl	0	2	2	1	0	5	2
enkel midazolam	0	1	0	0	0	1	<0,5
andere of ?	0	0	1	0	2	3	1

Diagnoses bij overlijden niet binnen afzienbare termijn

kanker	0	1	2	0	0	3	13,5
evolutieve neuromusculaire aandoening	2	3	2	3	2	12	54,5
niet-evolutieve neuromusc. aandoening	0	2	2	1	0	5	22,5
niet-maligne longaandoening	1	0	0	0	0	1	4,5
cardiovasculaire aandoening	0	0	0	0	0	0	0
andere	0	1	0	0	0	1	4,5

Beslissingen van de commissie

aanvaarding zonder meer	18	30	42	48	40	178	68,5
opening van deel I voor opmerking(en)	2	5	9	11	4	31	12
opening van deel I voor preciseringen	4	7	11	16	12	50	19,5
overdracht aan justitie	0	0	0	0	0	0	0

Opmerkingen :

1. De niet-evolutieve neuromusculaire aandoeningen zijn pathologische of traumatische letsels.
2. De categorie "kankers" omvat de kwaadaardige tumoren en de kwaadaardige bloedziekten.
3. De opgegeven percentages zijn op 0,5% afgerond.
4. Er werden 216 aangiften (83%) opgesteld in het Nederlands en 43 in het Frans (17%).

BIJLAGE 2

Het registratiedocument dat werd
goedgekeurd op 17 februari 2004

REGISTRATIEDOCUMENT EUTHANASIE

Document bij aangetekend schrijven met ontvangstbewijs te zenden naar de Federale Controle- en Evaluatiecommissie voor de toepassing van de wet betreffende de euthanasie, binnen de vier werkdagen na de euthanasie, op volgend adres :

Federale Controle- en Evaluatiecommissie (FCEEC)
Zelfbestuursstraat 4
1070 Brussel

De verwijzingen naar de wetsartikelen in dit document hebben betrekking op de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie (Belgisch Staatsblad van 22 juni 2002).

Overeenkomstig de wet betreffende de euthanasie wordt in het registratiedocument een onderscheid gemaakt tussen de euthanasie uitgevoerd op basis van een 'verzoek om euthanasie' en de euthanasie uitgevoerd op basis van een voorafgaande 'wilsverklaring'.

Het verzoek om euthanasie betreft de vraag om euthanasie van een zieke patiënt, die zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet kan gelenigd worden en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke door ziekte of ongeval veroorzaakte aandoening (art. 3).

Daarentegen wordt met een voorafgaande **wilsverklaring** op voorhand om euthanasie gevraagd, voor het geval men, op een later moment in het leven, in een toestand van bewusteloosheid zou belanden en deze toestand onomkeerbaar zou zijn en men zou lijden aan een ernstige door ziekte of ongeval veroorzaakte aandoening (art. 4).

DEEL I

Persoonlijke informatie met betrekking tot de patiënt(e), de arts, de geraadpleegde artsen en anderen

Dit deel is strikt vertrouwelijk. Het moet door de arts worden verzegeld en mag slechts bij beslissing van de commissie worden geopend. Het mag in geen geval gebruikt worden voor de evaluatietoek van de commissie ten behoeve van de wetgevende kamers.

1. de patiënt(e)

1.1 naam :

1.2 voornamen :

1.3 woonplaats :

2. de arts

2.1 naam :

2.2 voornamen :

2.3 registratienummer RIZIV :

2.4 woonplaats :

3. artsen waarvan de raadpleging verplicht is :

3.1 een andere arts (in ieder geval, art. 3, § 2, 3° en art. 4, § 2, 1°)

naam :

voornamen :

woonplaats :

registratienummer RIZIV :

datum raadpleging :

3.2 indien de arts van oordeel is dat de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare termijn zal overlijden, een tweede geraadpleegde arts (art.3, § 3, 1°) :

naam :

voornamen :

woonplaats :

registratienummer RIZIV :

datum raadpleging :

4. andere personen (zoals o.m. voorzien in art. 3, § 2, 4°, 5°,6° en art. 4, § 2, 2°, 3°, 4°)

4.1 naam :

voornamen :

hoedanigheid :

woonplaats :

datum raadpleging :

4.2 naam :

voornamen :

hoedanigheid :

woonplaats :

datum raadpleging :

4.3 naam :

voornamen :

hoedanigheid :

woonplaats :

datum raadpleging :

4.4 naam :

voornamen :

hoedanigheid :

woonplaats :

datum raadpleging :

4.5 naam :

voornamen :

hoedanigheid :

woonplaats :

datum raadpleging :

4.6 Indien het gaat om een euthanasie uitgevoerd op basis van een voorafgaande wilsverklaring

naam van de eventueel aangeduide 1ste vertrouwenspersoon :

voornamen :

datum raadpleging :

naam van de eventueel aangeduide 2de vertrouwenspersoon :

voornamen :

datum raadpleging :

DATUM, HANDTEKENING EN STEMPEL VAN DE ARTS

DEEL II

Voorwaarden en procedure waaronder de euthanasie werd uitgevoerd

Ook dit deel van het document is strikt vertrouwelijk; het zal dienen om de commissie toe te laten na te gaan of de euthanasie is uitgevoerd volgens de voorwaarden en procedure bepaald in de wet.

Het mag geen naam bevatten (noch van de patiënt, de arts, de instelling, enz.)

1. de patiënt(e) (naam niet vermelden)

plaats en datum van geboorte :

geslacht :

2. het overlijden

datum van overlijden (d, m, j) :

uur van overlijden :

plaats van overlijden (overeenkomstig vakje aanstippen) :

thuis

ouderenzorgvoorziening

ziekenhuis

andere

3. aard van de ernstige en ongeneeslijke door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening waarvan de patiënt(e) leed (preciese diagnose; maximum 6 regels) :

Indien de euthanasie werd uitgevoerd op basis van een voorafgaande wilsverklaring, de punten 4 tot en met 12 overslaan en onmiddellijk naar punt 13 gaan.

4. aard en beschrijving van het aanhoudend en ondraaglijk lijden :

5. redenen waarom dit lijden niet kon worden gelenigd :

6. elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk :

7. kon aangenomen worden dat de patiënt(e) binnen afzienbare termijn zou overlijden ?

ja

neen

8. procedure gevolgd door de arts (art. 3) (aankruisen en vervolledigen indien nodig)

- het bestaan van een op schrift gesteld verzoek om euthanasie (art. 3, § 4)
datum van het verzoek :
- opgesteld, gedateerd en getekend door de patiënt(e)
of
- opgesteld, gedateerd en getekend, in bijzijn van een arts, door een meerderjarige derde die gekozen is door de patiënt(e) en geen materieel belang heeft bij het overlijden van de betrokkene
- de redenen zijn vermeld waarom de patiënt(e) niet in staat was zijn/haar verzoek op schrift te stellen
- de patiënt(e) informeren over zijn/haar gezondheidstoestand en zijn/haar levensverwachtingen (art. 3, § 2, 1°)
- overleg met de patiënt(e) over het verzoek tot euthanasie (art. 3, § 2, 1°)
- de patiënt(e) informeren over de resterende therapeutische mogelijkheden en gevolgen (art. 3, § 2, 1°)
- de patiënt(e) informeren over palliatieve zorg en consequenties (art. 3, § 2, 1°)
- aanhoudend fysiek of psychisch lijden van de patiënt(e) (art. 3, § 2, 2°)
- herhaald verzoek tot euthanasie (art.3, § 2, 2°)
- het verzoek om euthanasie met leden van het verplegend team bespreken (art.3, § 2, 4°)
- het verzoek om euthanasie met naasten aangeduid door de patiënt(e) bespreken (art.3, §2, 5°)
- het verzoek om euthanasie met de personen die hij/zij wenste te ontmoeten bespreken (art.3, §2, 6°)
- het verloop van de gevolgde procedure en de geschreven documenten worden bewaard in het medisch dossier (art. 3, § 5)

9. onafhankelijke artsen waarvan de raadpleging verplicht is (identiteit niet vermelden) :

9.1 een andere arts (in ieder geval, art. 3, § 2, 3°)

kwalficatie arts :

datum van raadpleging voor wat betreft de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening en het aanhoudend en ondraaglijk en niet te lenigen lijden :

advies van de op die punten geraadpleegde arts (volgens zijn geschreven verslag) :

9.2. eventueel een tweede arts (in het geval voorzien in art. 3, § 3, 1°)

kwalficatie arts :

datum van raadpleging voor wat betreft het aanhoudend en ondraaglijk en niet te lenigen lijden en het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van het verzoek :

advies van de op die punten geraadpleegde arts (volgens zijn geschreven verslag) :

10. geraadpleegde andere personen of instanties (identiteit niet vermelden)

10.1 hoedanigheid :

datum raadpleging :

10.2 hoedanigheid :

datum raadpleging :

10.3 hoedanigheid :

datum raadpleging :

10.4 hoedanigheid :

datum raadpleging :

10.5 hoedanigheid :

datum raadpleging :

11. de wijze waarop en de middelen waarmee de euthanasie werd toegepast :

12. bijkomende inlichtingen die de arts wenst te verstrekken :

De punten 13 tot en met 19 hieronder betreffen een euthanasie uitgevoerd op basis van een voorafgaande wilsverklaring

13. bestaan van een behoorlijk opgemaakte voorafgaande wilsverklaring volgens het model vastgesteld bij K.B. van 2 april 2003. Aanstippen en vervolledigen :
datum van deze verklaring :
opgesteld, gedateerd en getekend door de patiënt(e)
opgesteld, gedateerd en getekend, indien de patiënt(e) fysiek daartoe niet in staat was, door een meerderjarige derde die geen materieel belang heeft bij het overlijden van de betrokkene
de redenen van die onmogelijkheid worden opgegeven
een medisch attest dat die onmogelijkheid vaststelt is toegevoegd
één of meerdere vertrouwenspersonen werden aangeduid
het verloop van de gevolgde procedure en de geschreven documenten zijn opgetekend in het medisch dossier (art. 4, § 2, 4°)

14. de bewusteloze toestand van de patiënt(e) was onomkeerbaar

15. onafhankelijk geraadpleegde arts (art. 4, § 2, 1°)

kwalificatie van de arts :

datum van de raadpleging :

advies van de geraadpleegde arts betreffende de onomkeerbare medische toestand van de patiënt(e) :

16. onderhoud met de eventueel in de voorafgaande wilsverklaring aangeduide vertrouwensperso(n)en(en) (art. 4, § 2, 3°)

onderhoud met het verzorgend team (art. 4, § 2, 2°)

onderhoud met de naasten van de patiënt(e) aangeduid door de vertrouwenspersoon (art. 4, § 2, 4°)

17. andere geraadpleegde personen of instanties (naam niet vermelden) :

17.1 hoedanigheid :

datum raadpleging :

17.2 hoedanigheid :

datum raadpleging :

17.3 hoedanigheid :

datum raadpleging :

17.4 hoedanigheid :

datum raadpleging :

18. de wijze waarop en de middelen waarmee de euthanasie werd toegepast :

19. bijkomende inlichtingen die de arts wenst te verstrekken :

NOTA'S
