

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie  
**Achtste verslag aan de wetgevende kamers**  
Jaren 2016 - 2017



© kikkerdirk- Fotolia.fr

# Inleiding

Dit verslag heeft betrekking op de door de Commissie onderzochte registratiedocumenten die ingediend zijn in de periode tussen 1 januari 2016 en 31 december 2017.

Overeenkomstig de wet betreffende de euthanasie bestaat dit verslag uit verschillende delen:

*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 2016 tot en met 2017.](#)*

*Deel 2. [Een beschrijving van de toepassing van de wet en de evolutie ervan.](#)*

*Deel 3. [Aanbevelingen die kunnen resulteren in een wetgevend initiatief en/of in andere maatregelen met betrekking tot de uitvoering van de wet.](#)*

*Deel 4. [Bijlagen met o.m. de wet betreffende de euthanasie en lijst van de leden van de Commissie.](#)*

Dit verslag is opgesteld:

- door de leden van de Commissie
  - o W. De Bondt
  - o J. De Roeck
  - o W. Distelmans
  - o J. Herremans
  - o L. Proot
  - o M. Morret-Rauis
- en door de secretaresses van de Commissie
  - o E. De Ville
  - o C. Drappier

Dit verslag werd besproken in de plenaire vergaderingen van 15 en 24 mei 2018 en het werd unaniem goedgekeurd op 12 juni 2018.



# Inhoudstafel

Deel 1. Euthanasie in cijfers 2016-2017 .....	2
Deel 2. Beschrijving en evaluatie van de toepassing van de wet voor de periode 2014-2017 .....	7
A. Werking van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie betreffende de euthanasie .....	7
a. De samenstelling van de Commissie .....	7
b. De opdracht van de Commissie .....	7
c. De concrete werking van de Commissie .....	7
1. Voorafgaandelijke en individuele beoordeling .....	8
2. De maandelijkse Commissievergadering .....	8
B. Evaluatie van de euthanasiepraktijk .....	8
a. Het aantal aangiftes .....	9
b. De taal waarin de registratiedocumenten zijn opgesteld .....	10
c. De leeftijd van de patiënten .....	11
d. De plaats waar de euthanasie werd uitgevoerd .....	12
e. Euthanasie op basis van een voorafgaande wilsverklaring euthanasie .....	13
f. Te verwachten termijn voor overlijden .....	15
g. Het onderscheid tussen bedenktijd en wachttijd .....	17
h. De aandoeningen die aan de basis lagen van euthanasie .....	19
i. Het opgegeven lijden .....	21
j. De multidisciplinaire aanpak bij de uitklaring van een euthanasieverzoek .....	22
1. Eerste verplicht advies door een onafhankelijk geraadpleegde arts .....	23
2. Tweede verplicht advies door een onafhankelijk geraadpleegde arts ( i.g.v. overlijdens niet binnen afzienbare termijn) .....	24
k. De wijze waarop de euthanasie werd uitgevoerd en de gebruikte middelen .....	25
l. De beslissingen van de Commissie .....	26
C. Specifieke evaluatie van geselecteerde patiënten categorieën .....	30
a. Patiënten met een oncologische aandoening (nieuwvormingen /kanker) .....	30
b. Patiënten met polypathologie .....	39
c. Patiënten met een psychiatrische aandoening (psychische stoornissen en gedragsstoornissen) .....	46
1. Psychiatrische aandoening met exclusie van dementie .....	47
2. Psychiatrische aandoening met dementie .....	53
d. Patiënten woonachtig in het buitenland .....	58
e. Orgaandonatie na euthanasie .....	58
D. Besluit .....	58
a. Het aantal euthanasies .....	58
b. De aandoeningen die aan de basis lagen van euthanasie .....	58
c. De geconsulteerde zorgverleners buiten de wettelijke verplichtingen .....	59
Deel 3. Aanbevelingen van de Commissie inzake de toepassing van de wet .....	60
A. Met betrekking tot nationaal wetenschappelijk onderzoek in verband met het levenseinde .....	60
B. Met betrekking tot de nood aan informatie aan burgers en vorming van zorgverleners .....	60
C. Met betrekking tot eventuele wijzigingen aan de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie .....	60
D. Met betrekking tot de werking van de Commissie .....	61
Deel 4. Bijlagen .....	62



# Deel 1. Euthanasie in cijfers 2016-2017

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

	2016	2016 (%)	2017	2017 (%)	TOTAAL	% TOTAAL
<b>TOTAAL</b>	<b>2028</b>	<b>100 %</b>	<b>2309</b>	<b>100 %</b>	<b>4337</b>	<b>100 %</b>
NL	1592	79	1792	78	3385	78
FR	436	21	517	22	952	22

## Genderverdeling van de patiënten

	2016	2016 (%)	2017	2017 (%)	TOTAAL	% TOTAAL
<b>TOTAAL</b>	<b>2028</b>	<b>100 %</b>	<b>2309</b>	<b>100 %</b>	<b>4337</b>	<b>100 %</b>
Mannelijk	1033	50,9	1175	50,9	2208	50,9
Vrouwelijk	995	49,1	1134	49,1	2129	49,1

## Leeftijdsverdeling van de patiënten

	2016	2016 (%)	2017	2017 (%)	TOTAAL	% TOTAAL
<b>TOTAAL</b>	<b>2028</b>	<b>100 %</b>	<b>2309</b>	<b>100 %</b>	<b>4337</b>	<b>100 %</b>
Minder dan 18	2	0,1	1	0,0	3	0,1
18-29	10	0,5	15	0,6	19	0,4
30-39	20	1,0	17	0,7	37	0,9
40-49	77	3,8	56	2,4	133	3,1
50-59	190	9,4	228	9,9	418	9,6
60-69	442	21,8	479	20,7	920	21,2
70-79	534	26,3	604	26,2	1138	26,2
80-89	573	28,3	664	28,8	1237	28,5
90-99	176	8,7	237	10,3	414	9,5
100 en meer	4	0,2	8	0,3	18	0,4



### Plaats van de uitvoering van de euthanasie

	2016	2016 (%)	2017	2017 (%)	TOTAAL	% TOTAAL
<b>TOTAAL</b>	<b>2028</b>	<b>100 %</b>	<b>2309</b>	<b>100 %</b>	<b>4337</b>	<b>100 %</b>
Thuis	908	44,8	1046	45,3	1954	45,1
Ziekenhuis	821	40,5	865	37,5	1686	38,9
Woonzorgcentra (WZC)	256	12,6	348	15,1	604	13,9
Andere	43	2,1	50	2,2	93	2,1

### De aard van het verzoekschrift

	2016	2016 (%)	2017	2017 (%)	TOTAAL	% TOTAAL
<b>TOTAAL</b>	<b>2028</b>	<b>100 %</b>	<b>2309</b>	<b>100 %</b>	<b>4337</b>	<b>100 %</b>
Actueel verzoek	2000	98,6	2276	98,6	4279	98,7
Voorafgaande wilsverklaring	28	1,4	33	1,4	58	1,3

### Te verwachten termijn van overlijden

	2016	2016 (%)	2017	2017 (%)	TOTAAL	% TOTAAL
<b>TOTAAL</b>	<b>2028</b>	<b>100 %</b>	<b>2309</b>	<b>100 %</b>	<b>4337</b>	<b>100 %</b>
Binnen afzienbare termijn (Terminaal - Term.)	1749	86,2	1934	83,8	3683	84,9
Niet binnen afzienbare termijn (Niet-terminaal - N-term.)	279	13,8	375	16,2	654	15,1

### Aandoeningen die aan de basis lagen van het euthanasieverzoek

	2016	2016 (%)	2017	2017 (%)	TOTAAL	% 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>2028</b>	<b>100 %</b>	<b>2309</b>	<b>100 %</b>	<b>4337</b>	<b>100 %</b>
Nieuwvormingen (kankers)	1364	67,3	1417	61,4	2781	64,1
Polypathologie	268	13,2	442	19,1	710	16,4
Ziekten van het zenuwstelsel	121	6,0	179	7,8	301	6,9
Ziekten van hart- en vaatstelsel	90	4,4	79	3,4	169	3,9
Ziekten van het ademhalingsstelsel	67	3,3	70	3,0	137	3,2
Psychische stoornissen en gedragsstoornissen	37	1,8	40	1,7	77	1,8
Ziekten van het botspierstelsel en bindweefsel	20	1,0	23	1,0	43	1,0
Letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	17	0,8	18	0,8	35	0,8

	2016	2016 (%)	2017	2017 (%)	TOTAAL	% 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>2028</b>	<b>100 %</b>	<b>2309</b>	<b>100 %</b>	<b>4337</b>	<b>100 %</b>
Ziekten van het spijsverteringsstelsel	10	0,5	11	0,5	21	0,5
Ziekten van het urogenitaal stelsel	8	0,4	8	0,3	16	0,4
Bepaalde infectieziekten en parasitaire aandoeningen	6	0,3	7	0,3	12	0,3
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratorium uitslagen niet elders geïnclassificeerd	4	0,2	8	0,3	12	0,3
Aandoeningen van het oog en adnexen	8	0,4	0	0,0	8	0,2
Ziekten van bloed, bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen die het immuun systeem beïnvloeden	1	0,0	2	0,1	5	0,1
Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen	3	0,1	2	0,1	3	0,1
Ziekten van huid en subcutis	2	0,1	1	0,0	3	0,1
Ziekten van oor en processus mastoideus	0	0,0	1	0,0	2	0,0
Bepaalde aandoeningen die hun oorsprong hebben in perinatale periode	1	0,0	1	0,0	1	0,0
Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoom afwijkingen	1	0,0	0	0,0	1	0,0

	Term 2016	N-Term 2016	Term 2017	N-Term 2017	TOTAAL Term	TOTAAL N-Term	% TOTAAL Term	% TOTAAL N-Term
<b>De categorieën van de aandoeningen die aan de basis lagen van het euthanasieverzoek volgens de te verwachten termijn voor overlijden</b>								
<b>TOTAAL</b>	<b>1749</b>	<b>279</b>	<b>1934</b>	<b>375</b>	<b>3683</b>	<b>654</b>	<b>% /4337</b>	<b>% /4337</b>
Nieuwvormingen (kankers)	1348	16	1401	16	2749	32	63,4	0,7
Polypathologie	158	110	261	181	419	291	9,7	6,7
Ziekten van het zenuwstelsel	77	45	96	83	173	128	4,0	3,0
Ziekten van het ademhalingsstelsel	61	6	67	3	128	9	3,0	0,2
Ziekten van hart- en vaatstelsel	64	26	61	18	125	44	2,9	1,0
Ziekten van het spijsverteringsstelsel	10	0	11	0	21	0	0,5	0,0
Letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	9	8	10	8	19	16	0,4	0,4
Ziekten van het urogenitaal stelsel	8	0	8	0	16	0	0,4	0,0

	Term 2016	N-Term 2016	Term 2017	N-Term 2017	TOTAAL Term	TOTAAL N-Term	% TOTAAL Term	% TOTAAL N-Term
<b>De categorieën van de aandoeningen die aan de basis lagen van het euthanasieverzoek volgens de te verwachten termijn voor overlijden</b>								
<b>TOTAAL</b>	<b>1749</b>	<b>279</b>	<b>1934</b>	<b>375</b>	<b>3683</b>	<b>654</b>	<b>% /4337</b>	<b>% /4337</b>
Ziekten van het botspierstelsel en bindweefsel	3	17	6	17	9	34	0,2	0,8
Bepaalde infectieziekten en parasitaire aandoeningen	2	3	4	3	6	6	0,1	0,1
Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen	2	1	2	0	4	1	0,1	0,0
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratorium uitslagen niet elders geclassificeerd	2	2	2	6	4	8	0,1	0,2
Psychische stoornissen en gedragsstoornissen	2	35	1	39	3	74	0,1	1,7
Ziekten van bloed, bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen die het immuun systeem beïnvloeden	1	0	2	0	3	0	0,1	0,0
Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoom afwijkingen	1	0	1	0	2	0	0,0	0,0
Aandoeningen van het oog en adnexe	1	7	0	0	1	7	0,0	0,2
Ziekten van huid en subcutis	0	2	1	0	1	2	0,0	0,0
Ziekten van oor en processus mastoideus	0	0	0	1	0	1	0,0	0,0
Bepaalde aandoeningen die hun oorsprong hebben in perinatale periode	0	1	0	0	0	1	0,0	0,0

### Opgegeven lijden

	2016	2016 (%)	2017	2017 (%)	TOTAAL	% TOTAAL
<b>TOTAAL</b>	<b>2028</b>	<b>100 %</b>	<b>2309</b>	<b>100 %</b>	<b>4337</b>	<b>100 %</b>
Lijden, zowel fysiek als psychisch tegelijkertijd gerapporteerd	1240	61,1	1472	63,8	2712	62,5
Alleen fysiek lijden,	702	34,6	750	32,5	1452	33,5
Alleen psychisch lijden	86	4,2	87	3,8	173	4,0



## Hoedanigheid van de verplichte te raadplegen artsen

	2016	2016 (%)	2017	2017 (%)	TOTAAL	% TOTAAL
<b>Hoedanigheid van de eerste verplicht te raadplegen arts</b>						
<b>TOTAAL</b>	<b>2028</b>	<b>100 %</b>	<b>2309</b>	<b>100 %</b>	<b>4337</b>	<b>100 %</b>
Huisarts	758	37,4	823	35,6	1581	36,5
Specialist	759	37,4	792	34,3	1551	35,8
LEIF/EOL	375	18,5	510	22,1	885	20,4
Palliatief arts	136	6,7	184	8,0	320	7,4
<b>Hoedanigheid van de tweede verplicht te raadplegen arts i.g.v. een niet-terminale patiënt</b>						
<b>TOTAAL</b>	<b>278</b>	<b>100 %</b>	<b>375</b>	<b>100 %</b>	<b>653</b>	<b>100 %</b>
Psychiater	160	57,6	197	52,5	357	54,7
Specialist	118	42,4	178	47,5	296	45,3

## Gebruikte techniek en middelen

	2016	2016 (%)	2017	2017 (%)	TOTAAL	% TOTAAL
<b>TOTAAL</b>	<b>2028</b>	<b>100 %</b>	<b>2309</b>	<b>100 %</b>	<b>4337</b>	<b>100 %</b>
Thiopental + curare intraveneus	1425	70,3	1615	69,94	3040	70,1
Thiopental intraveneus	485	23,9	516	22,35	1001	23,1
Propofol + curare intraveneus	82	4,0	127	5,50	209	4,8
Morfine en/of anxiolyticum + curare intraveneus	22	1,1	32	1,39	54	1,2
Barbituraat per os (oraal)	12	0,6	11	0,48	23	0,5
Andere	2	0,1	8	0,35	10	0,2

## Beslissingen van de la Commissie

	2016	2016 (%)	2017	2017 (%)	TOTAAL	% TOTAAL
<b>TOTAAL</b>	<b>2028</b>	<b>100 %</b>	<b>2309</b>	<b>100 %</b>	<b>4337</b>	<b>100 %</b>
Aanvaarding zonder meer	1544	76,1	1763	76,4	3307	76,3
Opening van deel I voor preciseringen over procedure of voorwaarden	230	11,3	160	6,9	390	9,0
Opening van deel I voor administratieve redenen	123	6,1	217	9,4	340	7,8
Opening van deel I voor opmerking(en)	131	6,5	169	7,3	300	6,9

Verwijzing naar de procureur des Konings: geen enkel dossier werd in 2016 en 2017 overgezonden.



# Deel 2. Beschrijving en evaluatie van de toepassing van de wet voor de periode 2014-2017

## 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. een vertrouwelijk gedeelte dat de persoonlijke gegevens van de patiënt, de betrokken artsen 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 die aangesteld zijn bij Koninklijk Besluit. 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 elk geslacht.

De leden van de Commissie worden voor een mandaat van vier jaar verkozen op basis van een dubbele lijst die ter stemming wordt voorgelegd aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers. De Commissie wordt voorgezeten door twee voorzitters: een Franstalige en een Nederlandstalige, verkozen door de eigen taalgroep.

### b. De opdracht van de Commissie

In overeenstemming met artikel 8 van de wet betreffende euthanasie van 28 mei 2002 behandelt de Commissie de toegestuurde registratiedocumenten. De Commissie bestudeert op basis van deel II (het anonieme gedeelte) of de euthanasie conform de zorgvuldigheidsvoorwaarden en de procedures van de wet uitgevoerd werd. Indien er twijfel is kan de Commissie, 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.

### c. De concrete werking van de Commissie

De beoordeling van de registratiedossiers – ongeveer 190 à 200 per maand – gebeurt in twee stappen: voorafgaandelijk en individueel en vervolgens tijdens de maandelijkse vergadering. Deze werkwijze garandeert dat alle dossiers grondig worden geëvalueerd.

## 1. Voorafgaandelijke en individuele beoordeling

Alle leden van de Commissie, zowel de effectieve leden als de plaatsvervangende, ontvangen digitaal (SharePoint) of per post op regelmatige tijdstippen gedurende de maand die vooraf gaat aan de vergadering, de ingediende registratiedossiers (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 opmerkingen optekenen en doorgeven aan het secretariaat. Op die manier kunnen ook effectieve en plaatsvervangende leden die niet aanwezig kunnen zijn tijdens de vergadering, hun bemerkingen 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 vooral ingegaan op de registratiedocumenten die bijzondere aandacht vragen. Er zijn immers registratiedocumenten die geen problemen opleveren en zonder discussie goedgekeurd kunnen worden (76%). Deze werkwijze zorgt ervoor dat alle dossiers degelijk behandeld worden.

De dossiers die wel diepgaand en grondig besproken worden zijn enerzijds de registratiedocumenten die onvoldoende of onduidelijke informatie bevatten, waarbij de vraag rijst of ze wel conform de wet zijn en anderzijds bijzondere casussen, zoals een orgaantransplantatie 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 besproken. Tijdens deze besprekingen kunnen de aanwezige leden verduidelijkingen geven of opmerkingen maken opdat het dossier correct wordt beoordeeld. Indien er onduidelijkheid of twijfel is kan de Commissie deel I openen voor bijkomende informatie. Indien nodig kan er aan de meldende arts om verduidelijking gevraagd worden. Indien dit nog onvoldoende blijkt, kan de betrokken arts uitgenodigd worden om tijdens een bijeenkomst van de Commissie toelichtingen te verstrekken. Is de Commissie ervan overtuigd dat de wet niet werd nageleefd dan wordt er na een 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.

In 2016 - 2017 vergaderde de Commissie maandelijks, met uitzondering van 3 maanden. In maart 2016 werd naar aanleiding van de aanslag in Zaventem en Brussel en de daaropvolgende lock-out van Brussel de vergadering verdaagd. Tijdens de zomervakantie wordt slechts eenmaal vergaderd.

## B. Evaluatie van de euthanasiepraktijk

### Opmerkingen

- De Commissie beperkt zich in deel I van dit verslag tot haar wettelijke opdracht, namelijk het geven van de statistieken betreffende de aangegeven euthanasies over de afgelopen twee jaar. In deel II maakt de Commissie een evaluatie op basis van de laatste vier jaar (2014-2017), gezien de nieuwe codificatie ingevoerd in 2014.
- Zoals in 2014 - 2015 gebeurde de classificering van de aandoeningen die aan de basis lagen van een euthanasieverzoek volgens de wereldwijd gebruikte ICD-10 codes, de "International Statistical Classification of Diseases". De ICD-10-CM is een gesloten classificatiesysteem dat slechts één plaats voorziet om elke aandoening te classificeren. Dit maakt dat de gegevens vervat in het 8ste twejaarlijks verslag vergeleken kunnen worden met de gegevens van het 7de twejaarlijkse verslag.

De aandoeningen worden in eerste instantie gegroepeerd per categorie, daarna per subgroep en uiteindelijk per diagnose.

### Voorbeelden:

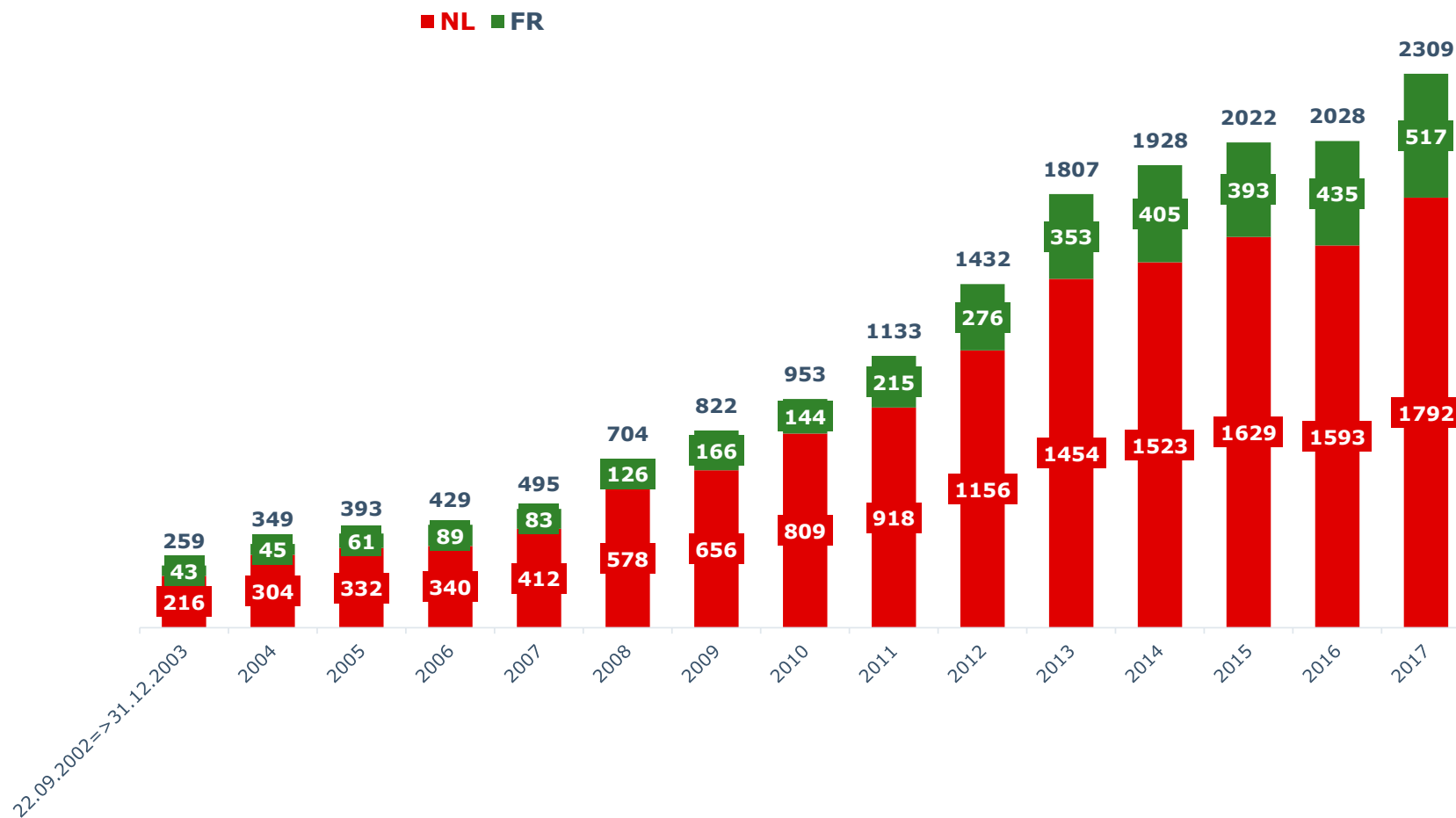
- De diagnose CVA (cerebrovasculaire accident – beroerte) behoort tot de categorie *Ziekten van hart- en vaatstelsel* omdat de aandoening veroorzaakt is door een verstoring in de doorbloeding van de hersenen. Binnen de groep van ziekten van hart- en vaatstelsel valt het onder de subgroep *cerebrovasculaire ziekten*.
- Longfibrose is een aandoening die aanleiding geeft tot ademhalingsinsufficiëntie en behoort tot de categorie van de *Ziekten van het ademhalingsstelsel*. Longfibrose valt onder de subgroep *Interstitieel longlijden*.
- 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 neoplasmata van ademhalingsstelsel en de intrathoracale organen*.
- Hartfalen, een aandoening waarbij de pompfunctie van het hart sterk 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. Voor 2014 werden deze patiënten vaak geklasseerd in de meest dominante categorie. Gezien we ons moeten beperken tot één code per registratiedocument heeft de commissie beslist deze altijd te klasseren bij polypathologie.
- Om de evolutie van de gegevens in de loop van de jaren beter te kunnen volgen en in tegenstelling tot het vorige rapport, worden de grafieken weergegeven in absolute aantallen en niet in percentages.

#### a. Het aantal aangiftes

Over de jaren heen is er een gestage toename van het aantal geregistreerde euthanasies. Na een schijnbare afvlakking in de periode 2014 tot en met 2016 trad in 2017 opnieuw een stijging op met meer dan 13% van het aantal aangiftes t.o.v. 2016.

Grafiek 1. Aantal uitgevoerde euthanasies op basis van taal



## b. De taal waarin de registratiedocumenten zijn opgesteld

De verhouding Nederlandstalige/Franstalige registratiedocumenten blijft tussen 80/20% en dit ondanks de toename van het aantal geregistreerde euthanasies in beide talen.

Het verschil in absolute aantallen tussen Nederlandstalige/Franstalige registratiedocumenten blijft belangrijk, ook al stijgt het aantal Franstalige registratiedocumenten nl. 517 in 2017 tegenover 436 in 2016.

### Aandoeningen per taal, alle termijnen

	2014 NL	2014 FR	2015 NL	2015 FR	2016 NL	2016 FR	2017 NL	2017 FR
<b>TOTAAL</b>	<b>1523</b>	<b>405</b>	<b>1629</b>	<b>393</b>	<b>1593</b>	<b>435</b>	<b>1792</b>	<b>517</b>
Nieuwvormingen (kankers)	1022	282	1115	256	1067	297	1113	304
Polypathologie	151	25	178	31	216	52	350	92
Ziekten van het zenuwstelsel	90	43	103	37	95	27	127	52
Ziekten van hart- en vaatstelsel	86	19	75	26	71	19	56	23
Ziekten van het ademhalingsstelsel	58	12	41	13	50	17	48	22
Psychische stoornissen en gedragsstoornissen	57	4	56	7	32	5	39	1
Ziekten van het bot- spierstelsel/botspierstelsel en bindweefsel	15	8	14	1	19	1	17	6
Letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	13	5	9	8	12	5	16	2
Ziekten van het spijsverteringsstelsel	6	1	10	3	9	1	8	3
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratorium uitslagen niet elders geassocieerd	5	1	9	0	2	2	7	1
Ziekten van het urogenitaal stelsel	3	2	7	5	7	1	4	4
Bepaalde infectieziekten en parasitaire aandoeningen	4	1	5	4	3	2	3	4
Ziekten van bloed, bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen die het immuun systeem beïnvloeden	1	0	0	0	1	0	2	0
Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen	4	0	3		1	2	1	1
Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoom afwijkingen	2	0	1	1	1	0	1	0
Aandoeningen van het oog en adnexen	5	1	1	1	6	2	0	0
Ziekten van oor en processus mastoideus	0	0	0	0	0	0	0	1
Ziekten van huid en subcutis	1	1	2		0	2	0	1
Bepaalde aandoeningen die hun oorsprong hebben in perinatale periode	0	0	0	0	1	0	0	0

Deze tabel laat niet toe significante verschillen tussen de Nederlandstalige en Franstalige aangiften aan te duiden.

Het aantal euthanasies bij patiënten met een kwaadaardige aandoening (kanker) blijft de voornaamste groep patiënten in beide talen. Procentueel is er een daling maar niet in absolute cijfers.



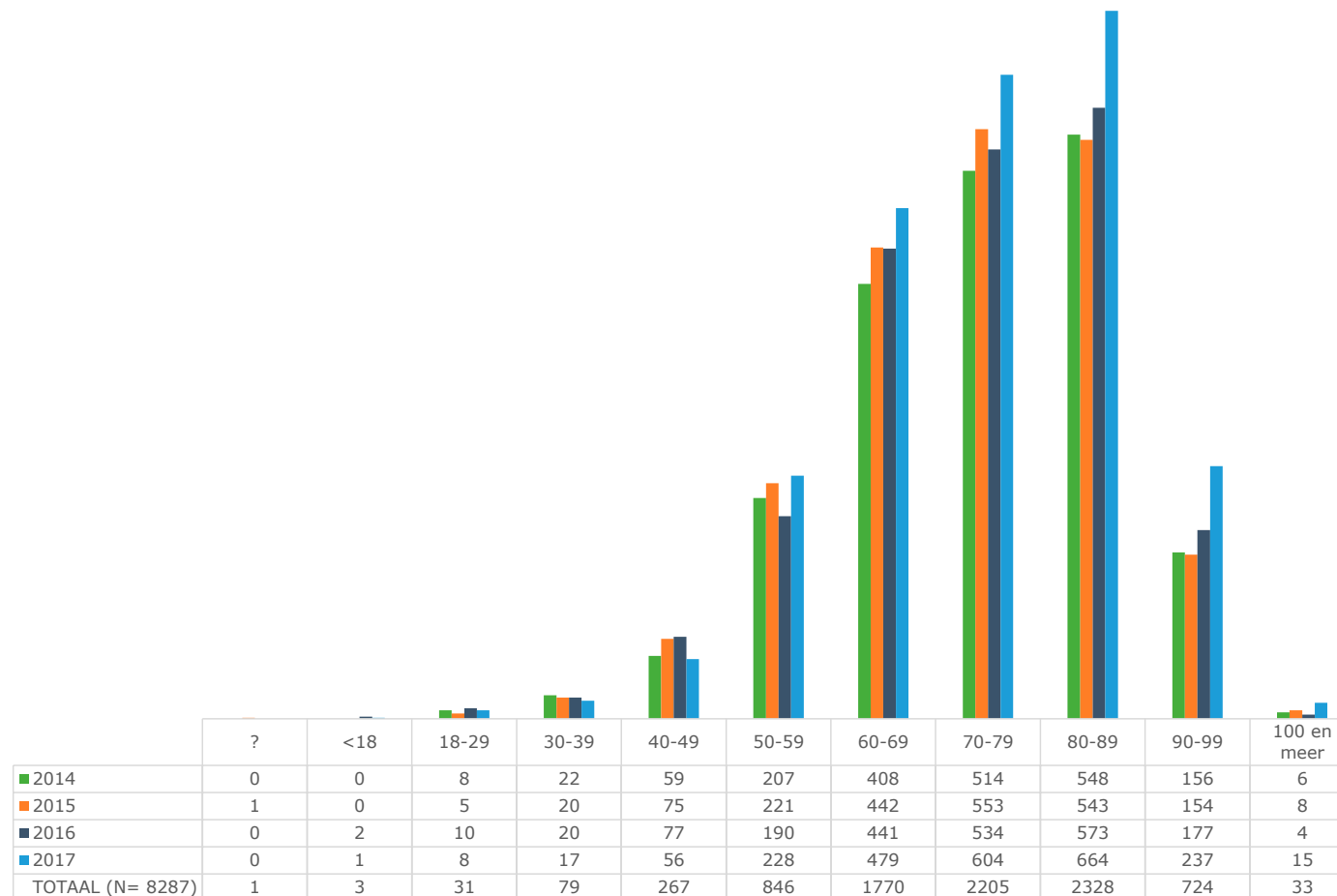
De groep patiënten met polypathologie neemt toe. In vier jaar tijd is het aantal Nederlandstalige aangiftes i.v.m. polypathologie bijna verdubbeld en het aantal Franstalige aangiftes omwille van polypathologie bijna verdrievoudigd. Hierbij dient er aan herinnerd te worden dat gezien de nieuwe codering heel wat patiënten met polypathologie vroeger gecodeerd werden onder een andere categorie.

Het aantal euthanasies omwille van psychische stoornissen en gedragsstoornissen (psychiatrische aandoening) is in beide taalgroepen gedaald.

### c. De leeftijd van de patiënten

Euthanasie bij patiënten jonger dan 40 jaar is zeer beperkt. Het zijn vooral patiënten in de 6de, 7de en 8ste levensdecade die om euthanasie verzoeken. De 8ste levensdecade is hierin de grootste groep.

**Grafiek 2.      leeftijd van de patiënten**



Rubriek “?”: één dossier in 2015 werd naar de Commissie verzonden zonder deel I met de gegevens van de meldende arts. Aangezien deel I de naam en het adres van de uitvoerende arts bevat was de Commissie niet in staat bijkomende inlichtingen te vragen.

## Euthanasie bij minderjarige patiënten

In de periode van 2 jaar die betrekking hebben op dit rapport, heeft de commissie 3 registratiedocumenten betreffende euthanasie bij minderjarigen (9, 11 en 17 jaar) ontvangen, waarvan twee Nederlandstalige en één Franstalig registratiedocument. Het ging telkens om zeer uitzonderlijk ernstige en ongeneeslijke aandoeningen in een terminaal stadium:

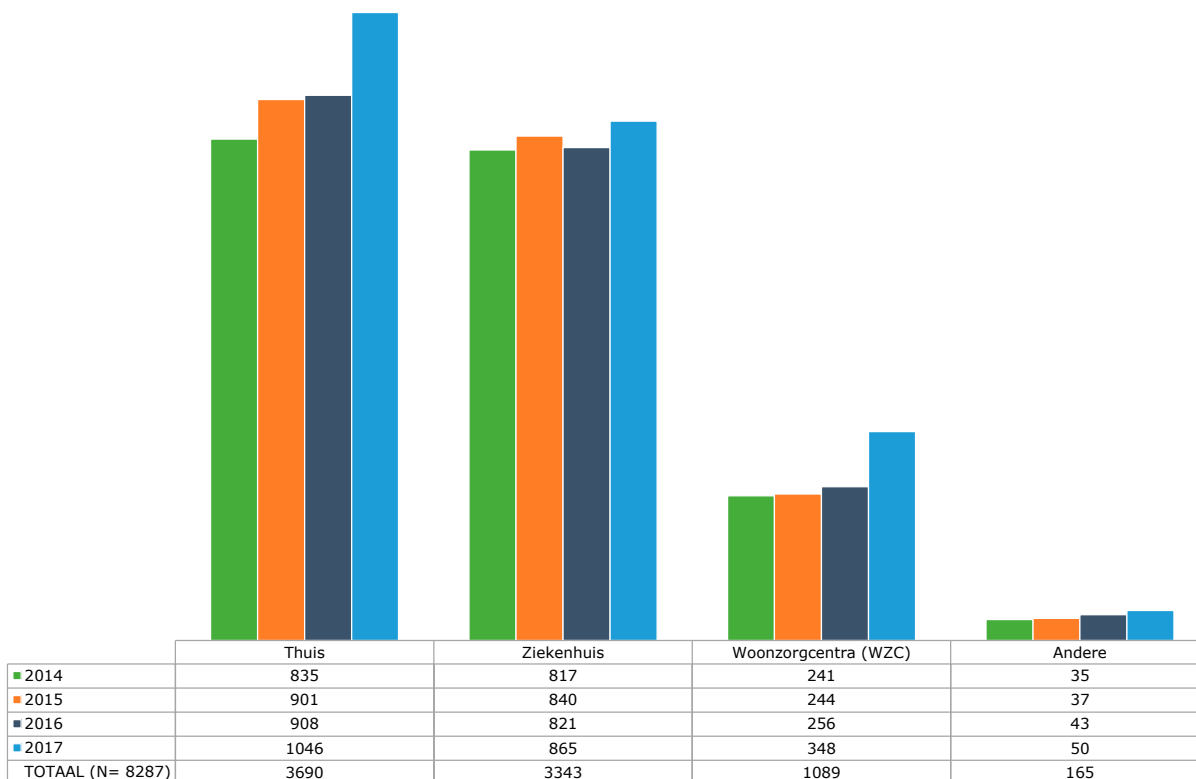
- Een ziekte van de neuromusculaire overgang en spieren: ernstige musculaire dystrofie (Duchenne).
- Een maligne (kwaadaardig) neoplasma van oog, hersenen en overige delen van centraal zenuwstelsel: glioblastoma.
- Een stofwisselingsstoornissen: mucoviscidose.

De drie aangiften waren zeer volledig beschreven. De Commissie heeft zich er aldus van kunnen vergewissen dat de oordeelsbekwaamheid van de minderjarige op expliciete wijze werd bevestigd door een kinderpsychiater of psycholoog. Tal van andere artsen en zorgverleners werden naast de verplichte adviezen geconsulteerd. De Commissie heeft deze 3 dossiers unaniem goedgekeurd. Alhoewel er gelukkig zeer weinig kinderen in aanmerking komen, is de uitbreiding van de wet voor oordeelsbekwame minderjarigen zeer zinvol omdat er zo ook aan minderjarigen een vrije keuze en meningsuiting bij het levenseinde niet wordt ontzegd.

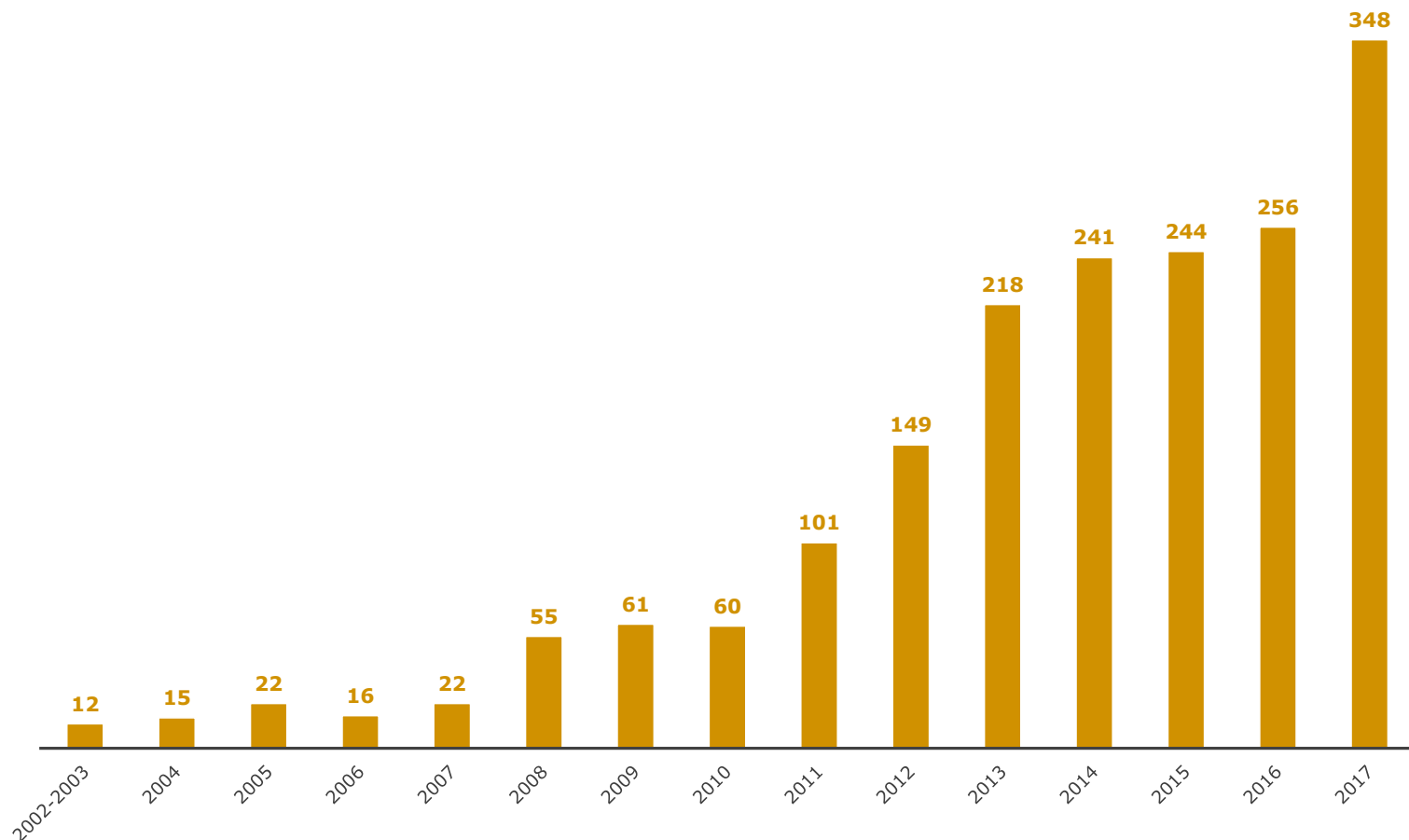
### d. De plaats waar de euthanasie werd uitgevoerd

Het aantal euthanasies thuis neemt langzaam toe terwijl het aantal euthanasies in de ziekenhuizen afneemt. Dit stemt overeen met de wens van de patiënt om thuis te sterven. Dit verklaart waarom de huisarts zowel in het onderzoek van een euthanasieverzoek als de uitvoering een prominentere plaats inneemt. Ook het aantal euthanasies in de woonzorgcentra blijft toenemen. Ten opzichte van 2002-2003 is het aantal procentueel verdriedougd.

Grafiek 3. De plaats waar de euthanasie werd uitgevoerd



Grafiek 4. Evolutie van de euthanasie uitgevoerd in een woonzorgcentra (N = 1820)



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

De voorwaarde om als arts euthanasie te mogen uitvoeren op basis van een voorafgaande wilsverklaring euthanasie steunt op art. 4. § 1 van de euthanasiewet dat zegt dat de arts er zich moet van verzekeren dat de betrokkene:

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

Sommige aandoeningen zullen meer dan andere gepaard gaan met een irreversibele toestand van niet meer bij bewustzijn zijn zoals kwaadaardige aandoeningen die gepaard gaan met hersenmetastasering of hersentumoren, CVA of hersentrombose, al of niet traumatische hersenbloedingen, vegetatieve toestand, etc. .

In 2014 – 2017 heeft de Commissie 122 registratiedocumenten op basis van een wilsverklaring euthanasie ontvangen, dit komt neer op 1,5%.

Grafiek 5. Basis van euthanasie

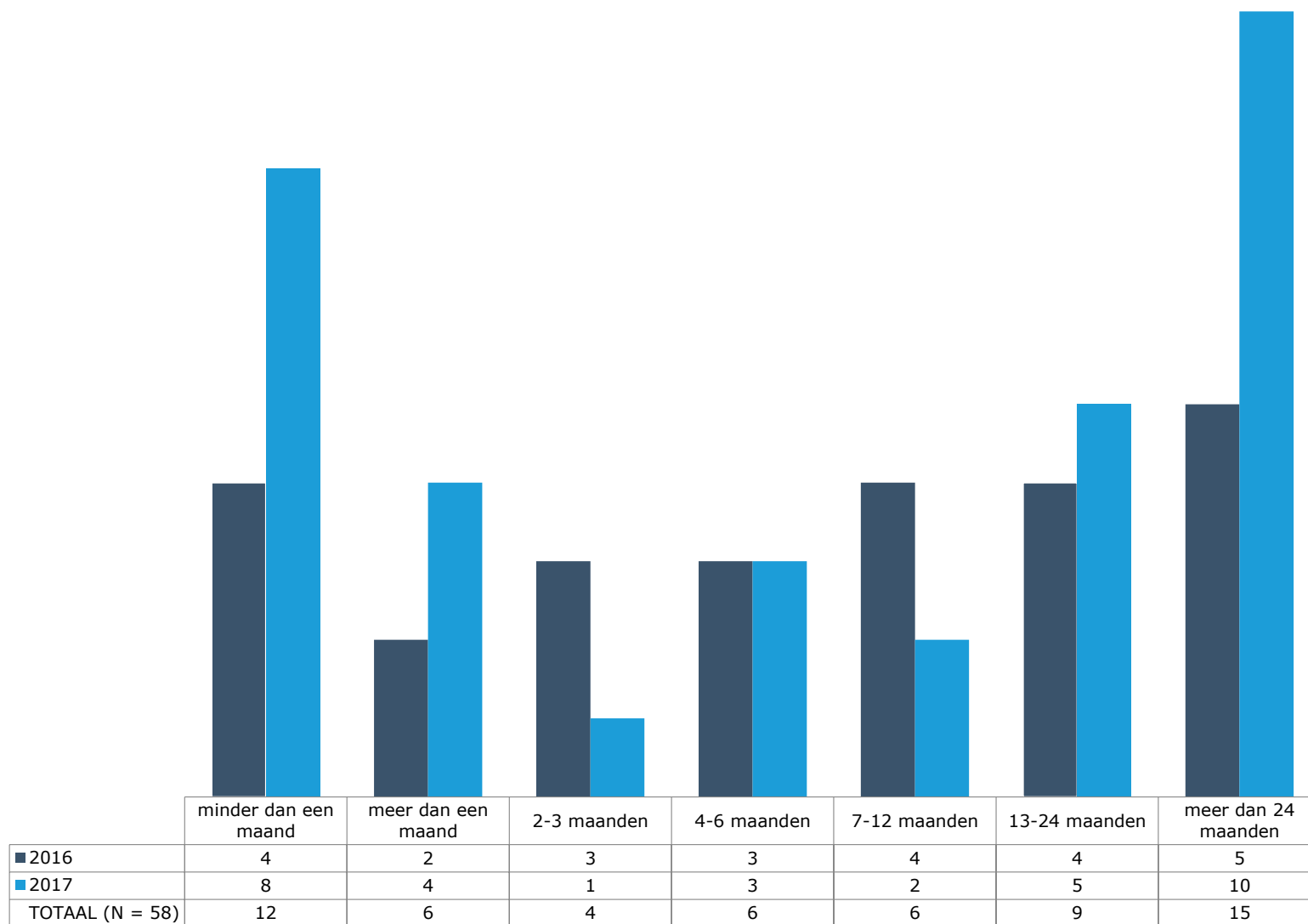


Van de 12 patiënten met een wilsverklaring euthanasie die niet ouder was dan 1 maand, waren er 2 patiënten met een kwaadaardige hersentumor of hersenmetastasen. Twee patiënten die na een zelfmoordpoging in een irreversibel coma waren terecht gekomen, hadden een wilsverklaring van respectievelijk 5 en 35 maanden oud.

Bij de andere patiënten werd de wilsverklaring 1 maand tot 58 maanden voor de uitvoering van de euthanasie opgesteld.



Grafiek 6. Verlopen tijdspanne tussen datum wilsverklaring en uitvoering



opm.: data van wilsverklaringen worden pas vanaf 2016 opgenomen in de statistieken

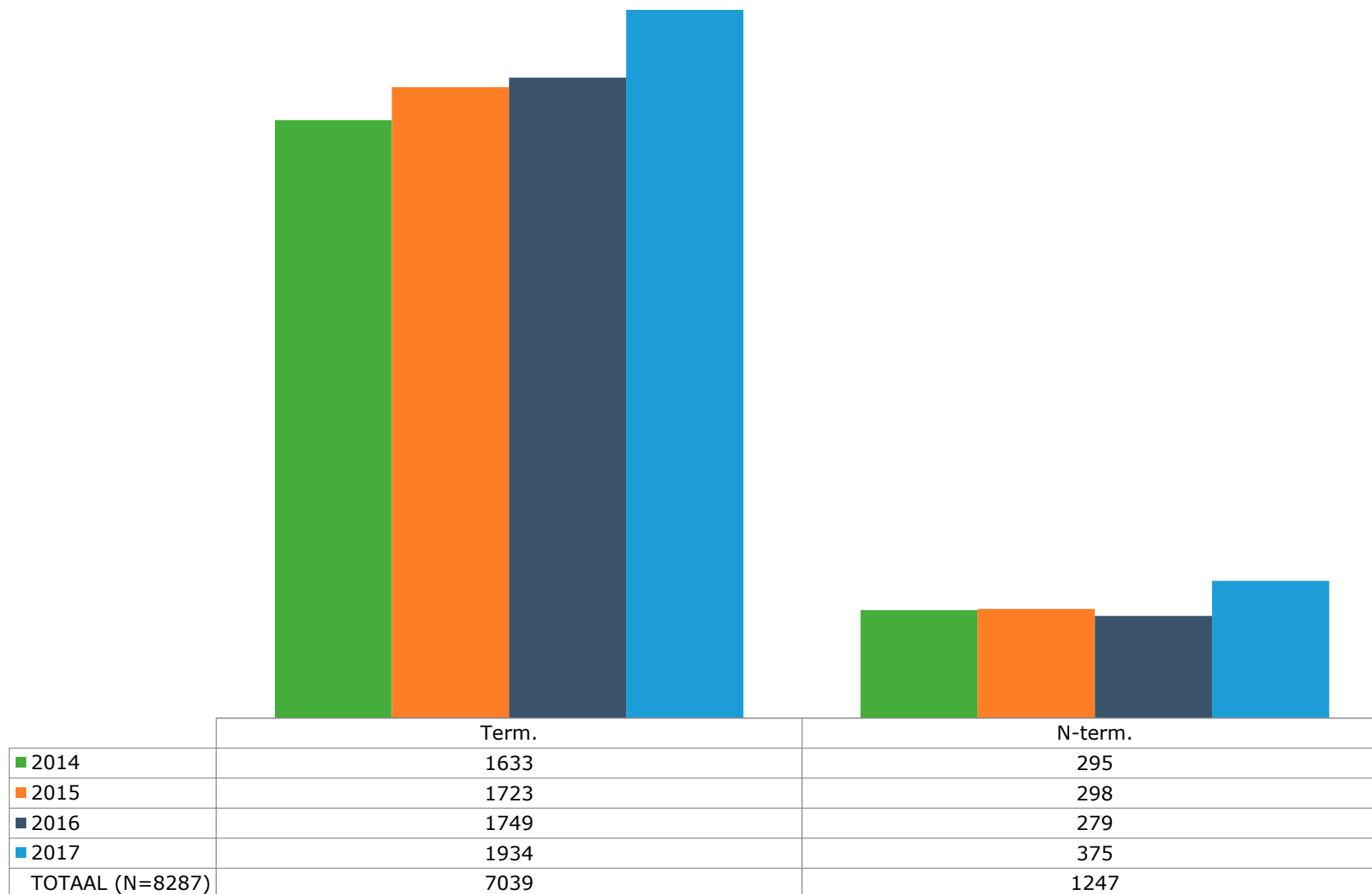
#### f. Te verwachten termijn voor overlijden

De Wet betreffende Euthanasie voorziet in geval van een overlijden kennelijk niet binnen afzienbare termijn een strengere procedure. Dit wil zeggen dat er een extra advies moet zijn van een specialist in de desbetreffende aandoening of van een psychiater én dat eveneens een termijn van één maand moet gerespecteerd worden tussen het schriftelijk verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie. De termijn van het overlijden kan aanzien worden als niet binnen afzienbare termijn als verwacht wordt dat de patiënt niet binnen de komende maanden zal overlijden.

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, buiten de evidente gevallen, de behandelende arts de enige is die in staat is te beoordelen of de patiënt al dan niet binnen afzienbare termijn zal overlijden. (zie informatiebrochure voor de artsen op [www.euthanasiecommissie.be](http://www.euthanasiecommissie.be))

Wanneer, op basis van een wilsverklaring inzake euthanasie, een levensbeëindiging werd uitgevoerd bij een patiënt die in onomkeerbare toestand van buiten bewustzijn werd, is men er bij het opmaken van deze statistiek er van uitgegaan dat de patiënt op korte termijn zou zijn overleden.

**Grafiek 7. Te verwachten termijn voor overlijden**



## 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 de schriftelijke vaststelling van het 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 tijdspanne 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).

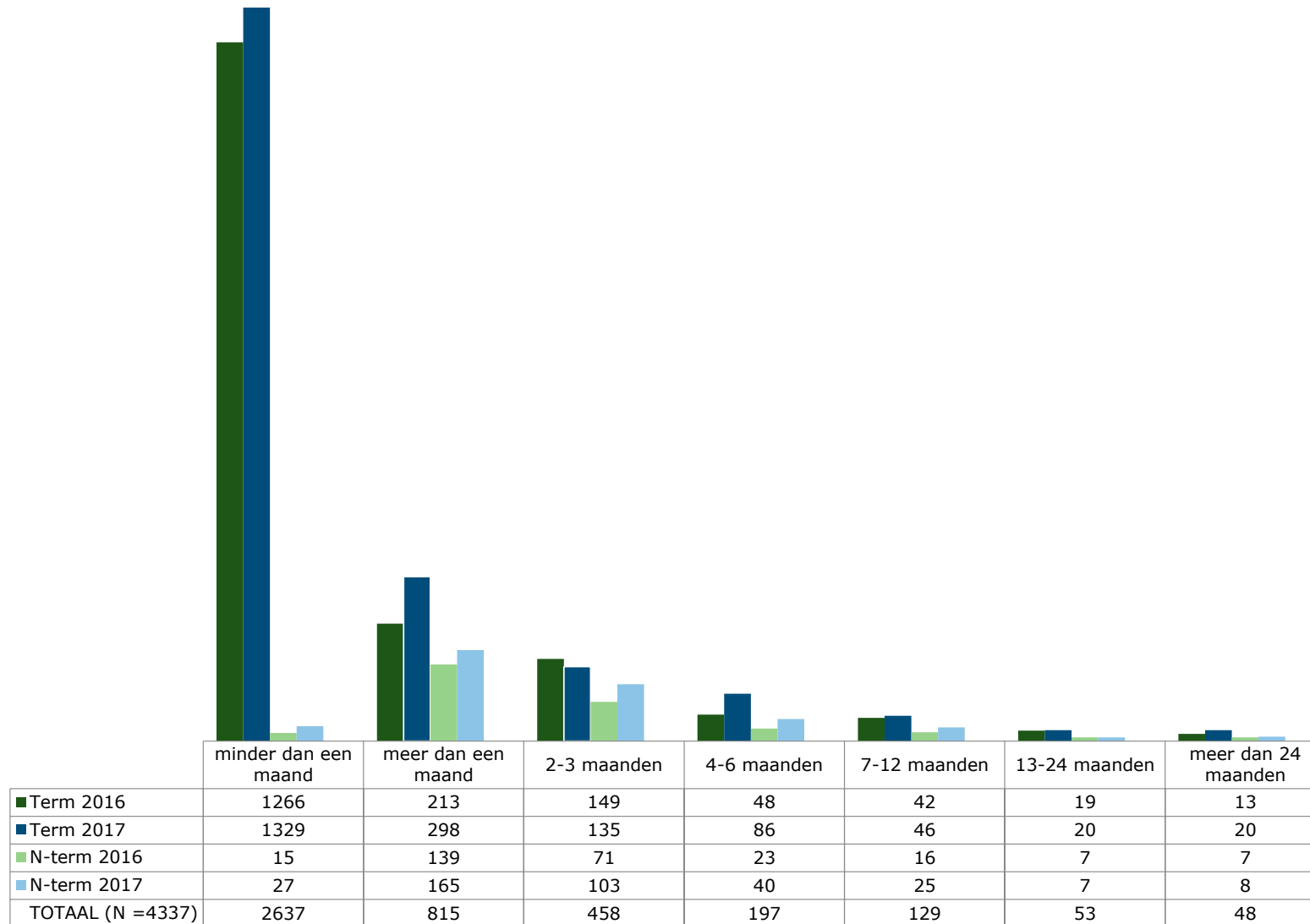
Het euthanasieverzoek moet tenslotte eveneens “herhaald” en “duurzaam” zijn (art.3, §1 en art. 3, §2, 2° Wet betreffende de euthanasie). “Herhaald” houdt in dat de patiënt zijn verzoek verschillende malen formuleert, terwijl “duurzaam” betekent dat het verzoek, ook tussen de herhalingen door, blijft 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. Slecht 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.

De wachttijd werd sinds 2016 bij alle patiënten automatisch berekend met de bedoeling het verloop ervan bij de verschillende patiëntengroepen te kunnen evalueren.

Grafiek 8. Wachtijd per te verwachten termijn voor overlijden



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. 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”.

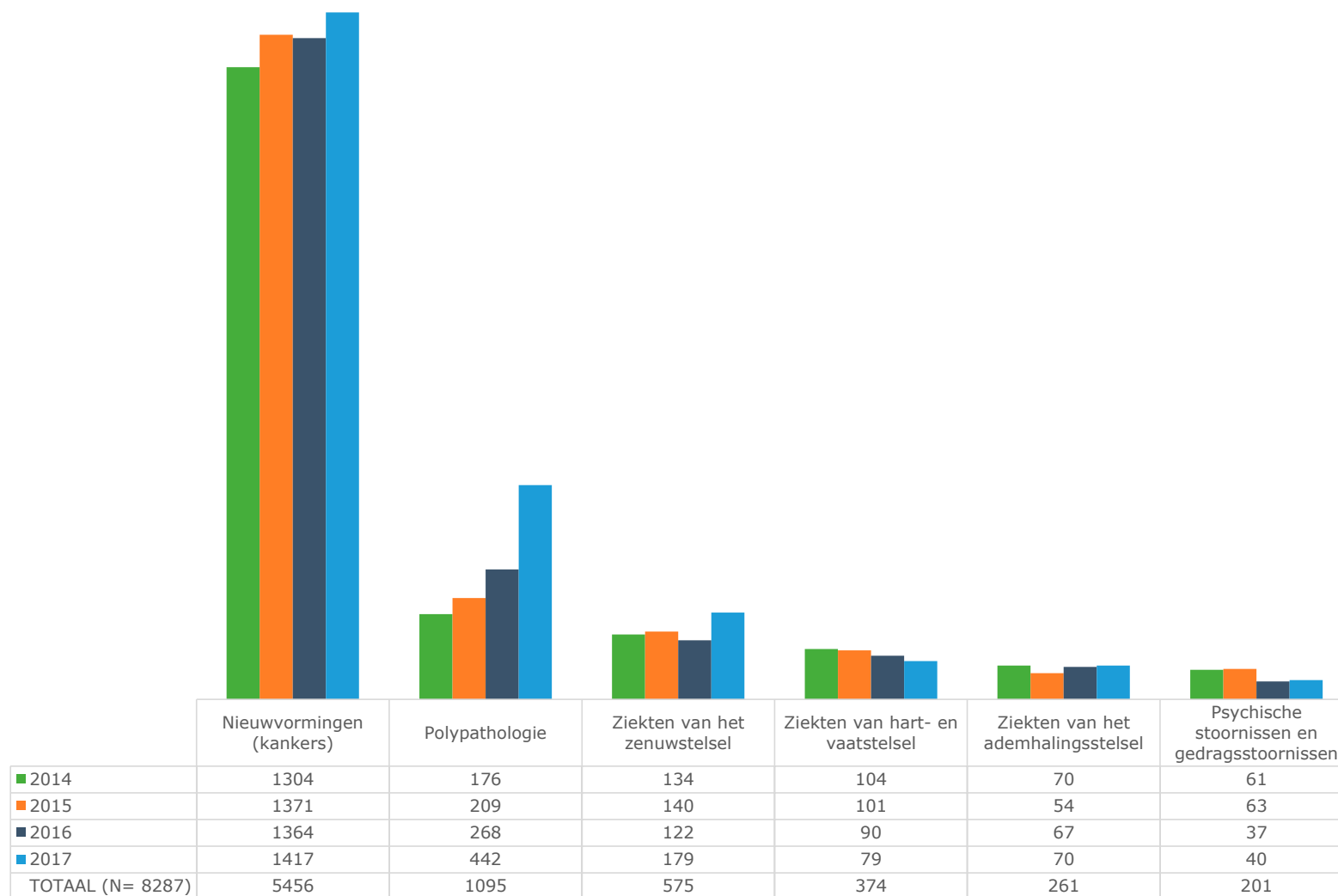
Alle andere ingevulde elementen (diagnose, data van de consultaties van de geraadpleegde artsen en informatie bij punt 6 in het registratiedocument) hebben het voor de Commissie mogelijk gemaakt om deze dossiers te aanvaarden.



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

De verdeling in categorieën laat toe trends vast te stellen zoals een verdere stijging of daling van het aantal euthanasies binnen een bepaalde categorie van patiënten. De verdeling in subgroepen laat toe binnen éénzelfde categorie na te gaan welke aandoeningen meer dan andere aanleiding geven tot een euthanasie. De verdere verdeling volgens de te verwachten termijn van overlijden laat toe de medische uitzichtloosheid per patiëntengroep te beoordelen.

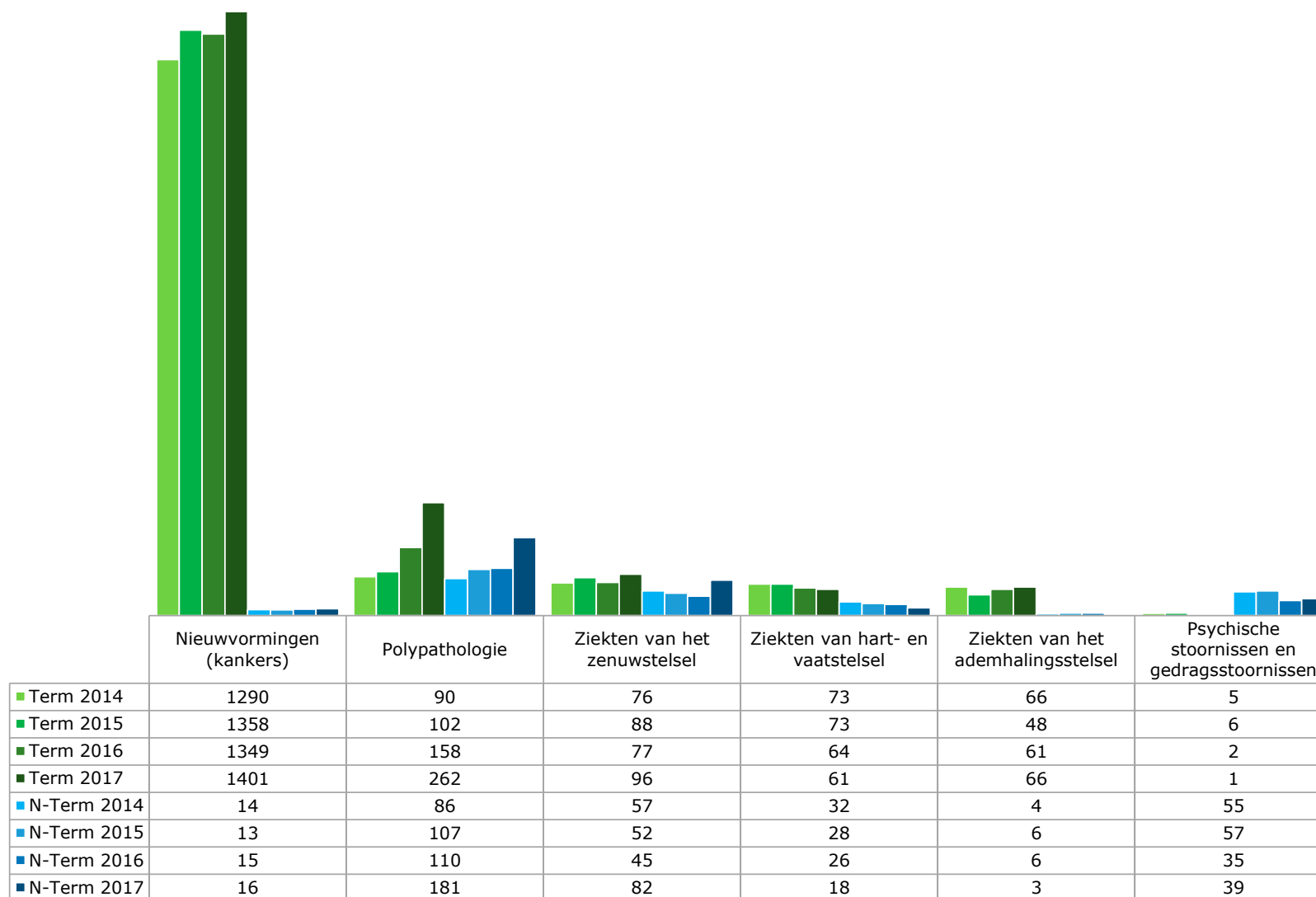
Grafiek 9. Categorie van de aandoeningen: alle patiënten



Opm. : enkel de meest voorkomende aandoeningen werden opgenomen

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.

**Grafiek 10. Categorie van de aandoeningen: volgens de te verwachten termijn voor overlijden**

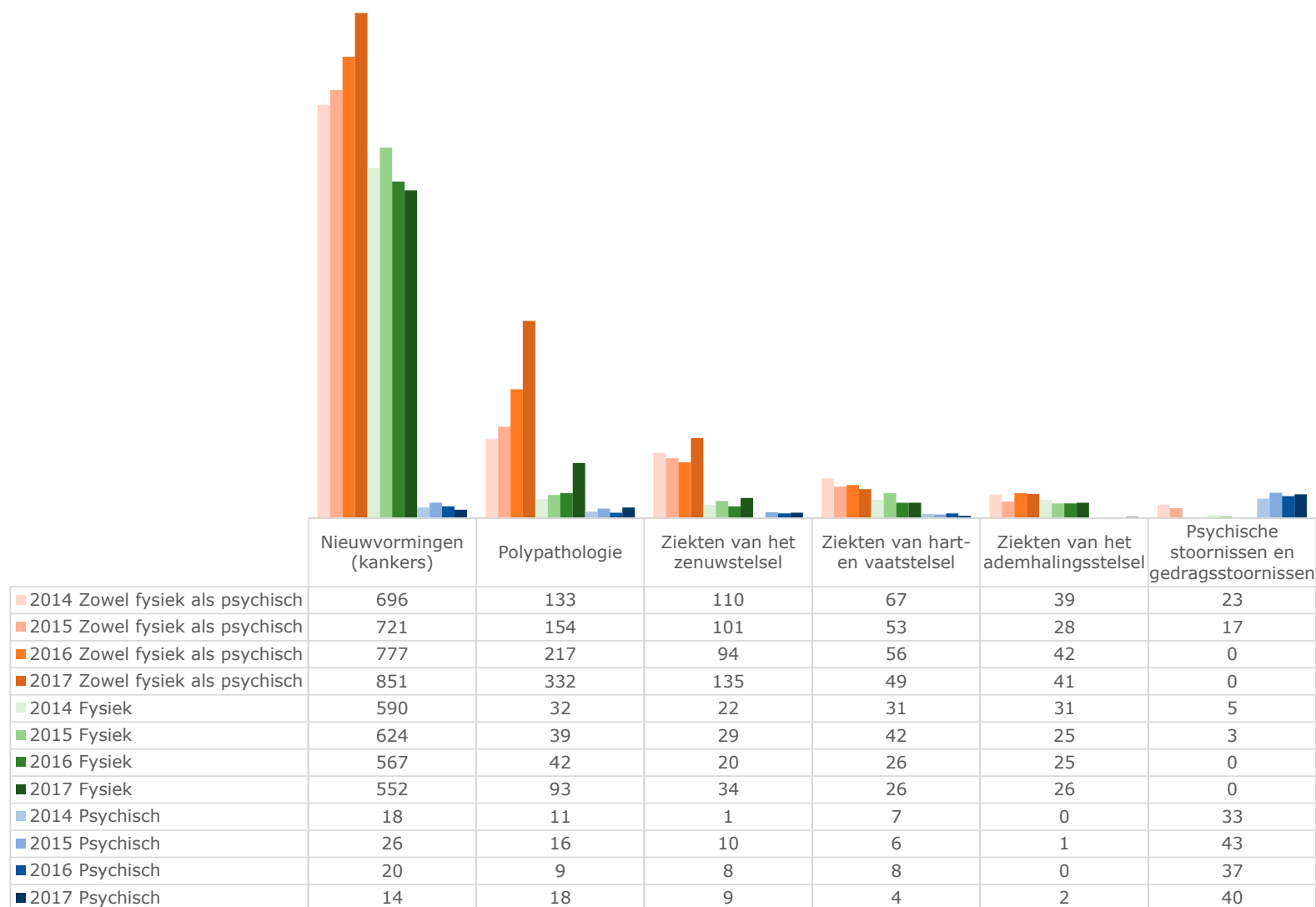


## i. Het opgegeven lijden

Voorbeelden van lijden:

- Fysiek lijden: pijn, dyspneu, dysfagie, uitputting, bloeding, darmobstructie, verlamming, doorligwonden, herhaalde transfusies, enz.
- Psychisch lijden (niet te verwarren met psychiatrische aandoeningen): afhankelijkheid, verlies van autonomie, eenzaamheid, wanhoop, verlies van waardigheid, onvermogen om sociale contacten te onderhouden, enz.

Grafiek 11. Type lijden per aandoeningen



Bij de meeste patiënten werden verschillende soorten van lijden, zowel fysiek als psychisch, tegelijkertijd vastgesteld. Dit bevestigt de vaststelling dat fysiek lijden 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 gaan 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.

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 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 dergelijke gevallen de arts en de patiënt uitgebreid overleg dienen te plegen.

#### **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) betrokken bij het onderzoek van de vraag naar euthanasie (dit in 62% 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 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 arts en de patiënt 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 huisartsen, specialisten en psychiaters 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 de vermelding in het verslag.

#### Opmerkingen

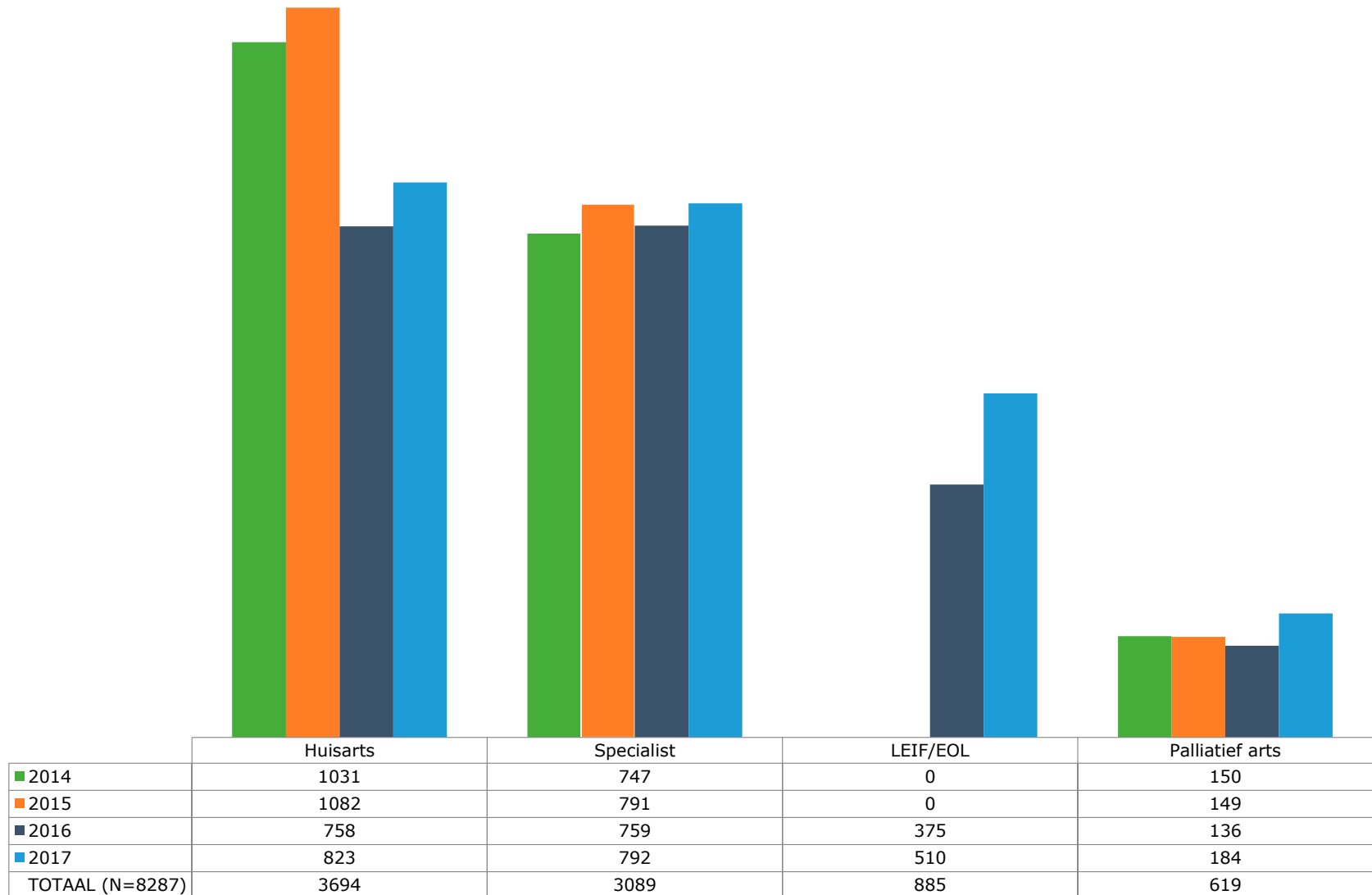
- Een palliatieve arts is een specialist of huisarts die een bijkomende opleiding gevolgd heeft in de palliatieve zorg.
- Ziekenhuisartsen en specialisten in opleiding worden als «specialisten» aangeduid.
- LEIF/EOL artsen zijn huisartsen of specialisten die een bijkomende opleiding gevolgd hebben i.v.m. de problematiek van beslissingen aan het levenseinde en die deel uitmaken van het LEIF-EOL Consortium<sup>1</sup>. Let wel: in eerdere rapporten, indien er geen melding van werd gemaakt, werden LEIF/EOL artsen geassocieerd als huisarts. Voor dit verslag 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 <https://www.leif-eol.net/>

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.

Grafiek 12. Hoedanigheid van de eerste verplicht te raadplegen arts



Opmerking: Vóór 2016 werden, tenzij anders vermeld, LEIF/EOL-artsen beschouwd als huisartsen.

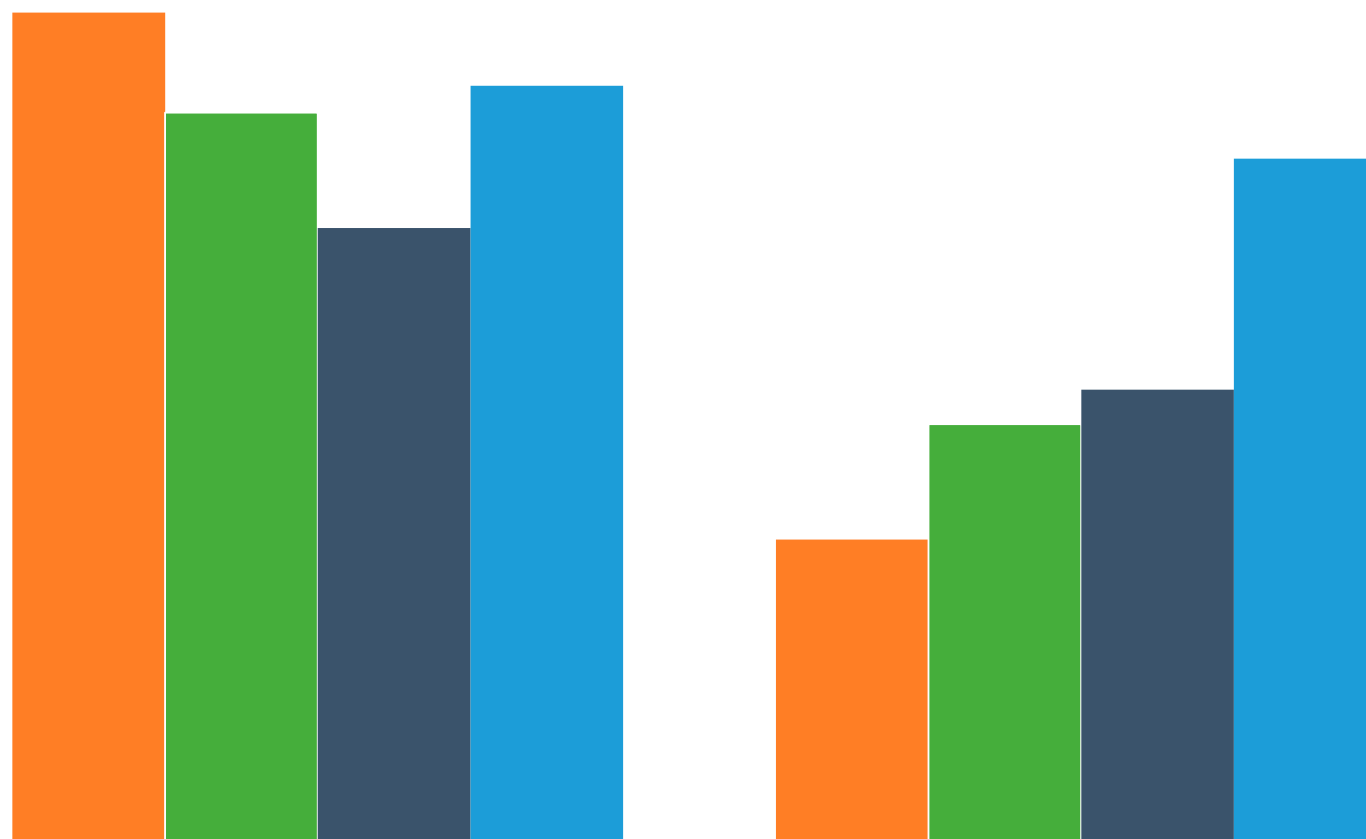
Naast de huisarts spelen specialisten, en zeldzamer, psychiaters een rol. In ongeveer 1/5 van de dossiers wordt alleen vermeld dat de 1ste adviserende arts, een arts is met een bijkomende opleiding in levenseindezorg hetzij een LEIF-EOL arts of palliatieve arts zonder te preciseren of het gaat om een huisarts of een specialist.



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.

**Grafiek 13. Hoedanigheid van de tweede verplicht geraadpleegde arts (i.g.v. overlijdens niet binnen afzienbare termijn)**



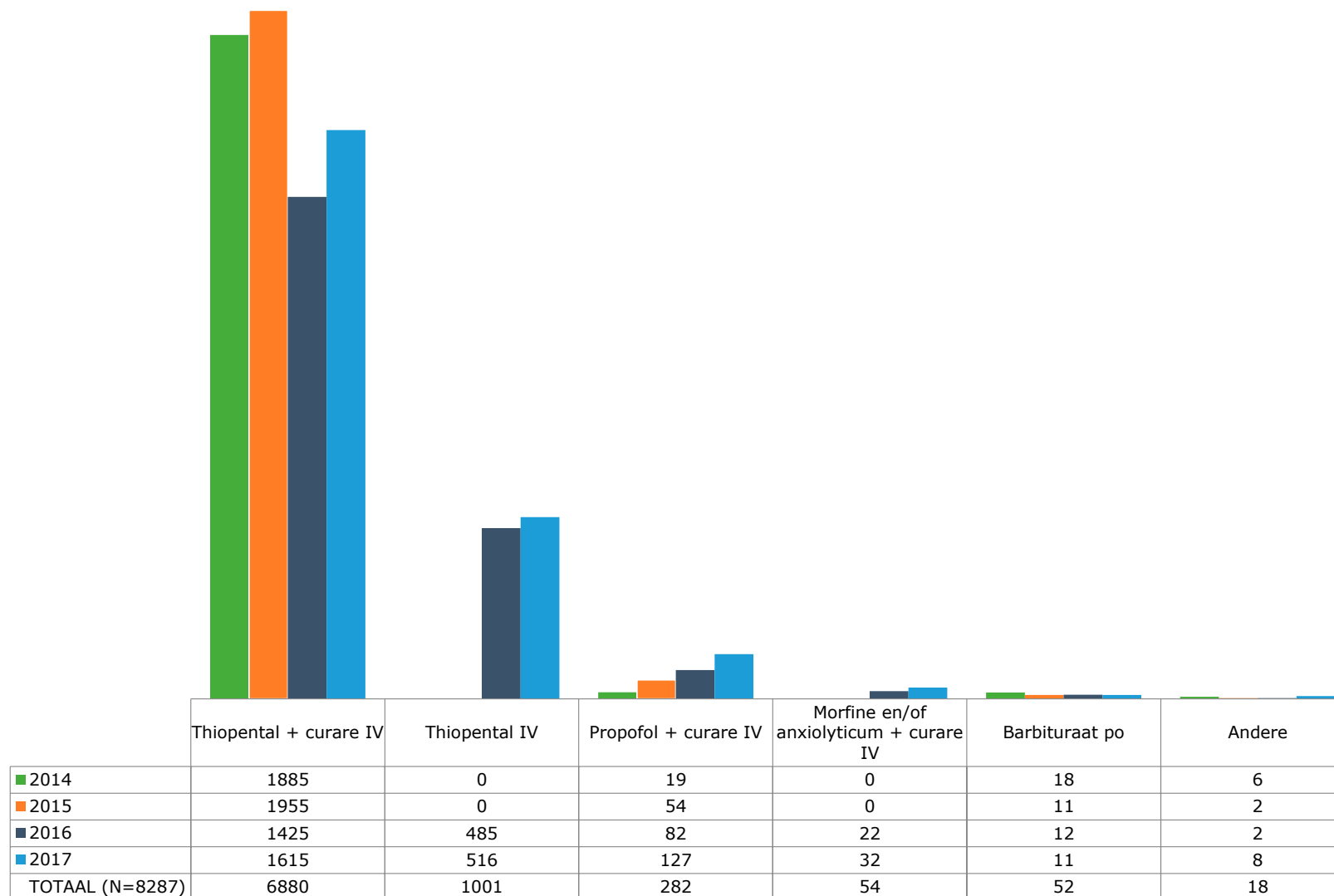
	Psychiater	Specialist
2014	216	79
2015	190	109
2016	160	118
2017	197	178
TOTAAL (N=1247)	763	484

In de periode 2014 – 2017 werden 1247 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 2<sup>de</sup> advies vragen. Als 2<sup>de</sup> adviserende arts treden zowel psychiaters als specialisten in de aandoening op.

### 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 door een barbituraat, wordt regelmatig gevolgd door een spierrelaxans waardoor de ademhaling ophoudt en de hartspier stilvalt. Dit wordt eventueel voorafgegaan door premedicatie met een slaapinductor.

Grafiek 14. Gebruikte techniek en middelen voor het uitvoeren van de euthanasie



Opmerkingen: de categorieën «Thiopental alleen» (opgenomen in 2014-2015 in de groep «Thiopental + curare») en «morfine en/of anxiolyticum + curare» (opgenomen in 2014-2015 in «Overige») zijn pas sinds 2016 opgenomen.

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

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

Bij 54 gevallen (minder dan 1% van de euthanasiegevallen) werd de patiënt buiten bewustzijn gebracht door orale inname van barbituraat.

Uit verschillende registratiedocumenten is gebleken dat euthanasie uitgevoerd werd door 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.

Dergelijke handelingen kunnen beschouwd worden als “medische hulp bij zelfdoding”.

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: de wet schrijft immers niet voor hoe de euthanasie moet worden uitgevoerd.

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

## I. De beslissingen van de Commissie

Opmerkingen

- *Aanvaarding zonder meer* betekent dat volgens alle aanwezige leden van de Commissie het registratiedocument volledig 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 vb. 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.
- *Opening van deel I voor het formuleren van opmerkingen* betekent vb. 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 tweederde meerderheid.

In 2016 – 2017, 76,3 % van de aangiften waren van meet af aan correct ingevuld en voldeden aan de wettelijke voorwaarden en werden dan ook onmiddellijk aanvaard.

In 23,7 % 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.

In 6,9 % 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.

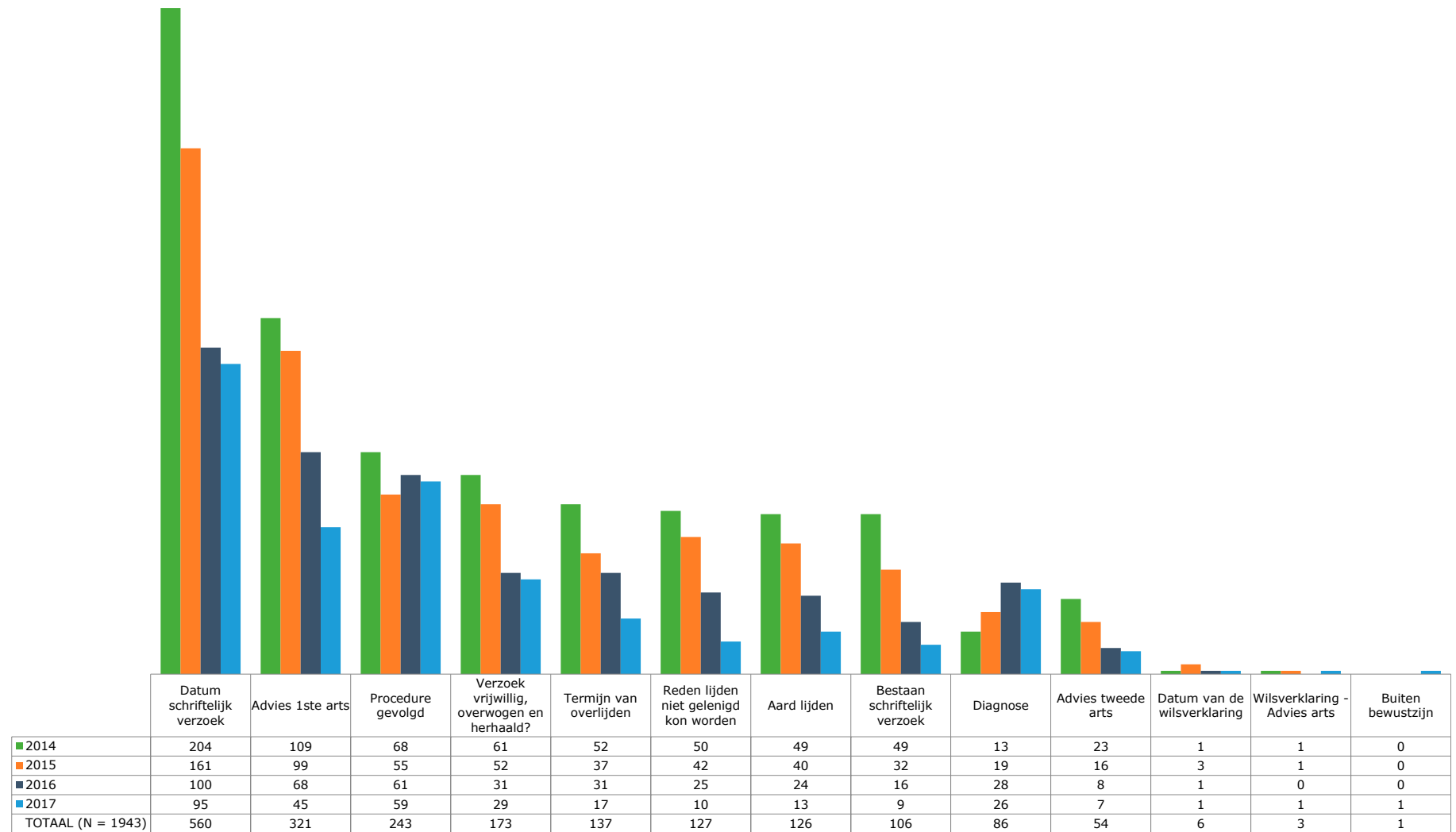
In 16,8 % van de aangiften werd deel I geopend met de bedoeling de arts om bijkomende informatie te vragen over één of meerdere punten van het document die slecht, onvoldoende of niet waren ingevuld. De meeste van die punten hadden betrekking op ontbrekende administratieve gegevens of onnauwkeurigheden met betrekking tot de procedure. De antwoorden bevatten telkens de nodige informatie, waardoor de aangiften konden worden aanvaard.

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 schriftelijk verzoek, een medisch uitzichtloze toestand, ondraaglijk aanhoudend en niet te lenigen lijden veroorzaakt doordat een ernstige en ongeneeslijke ziekte.

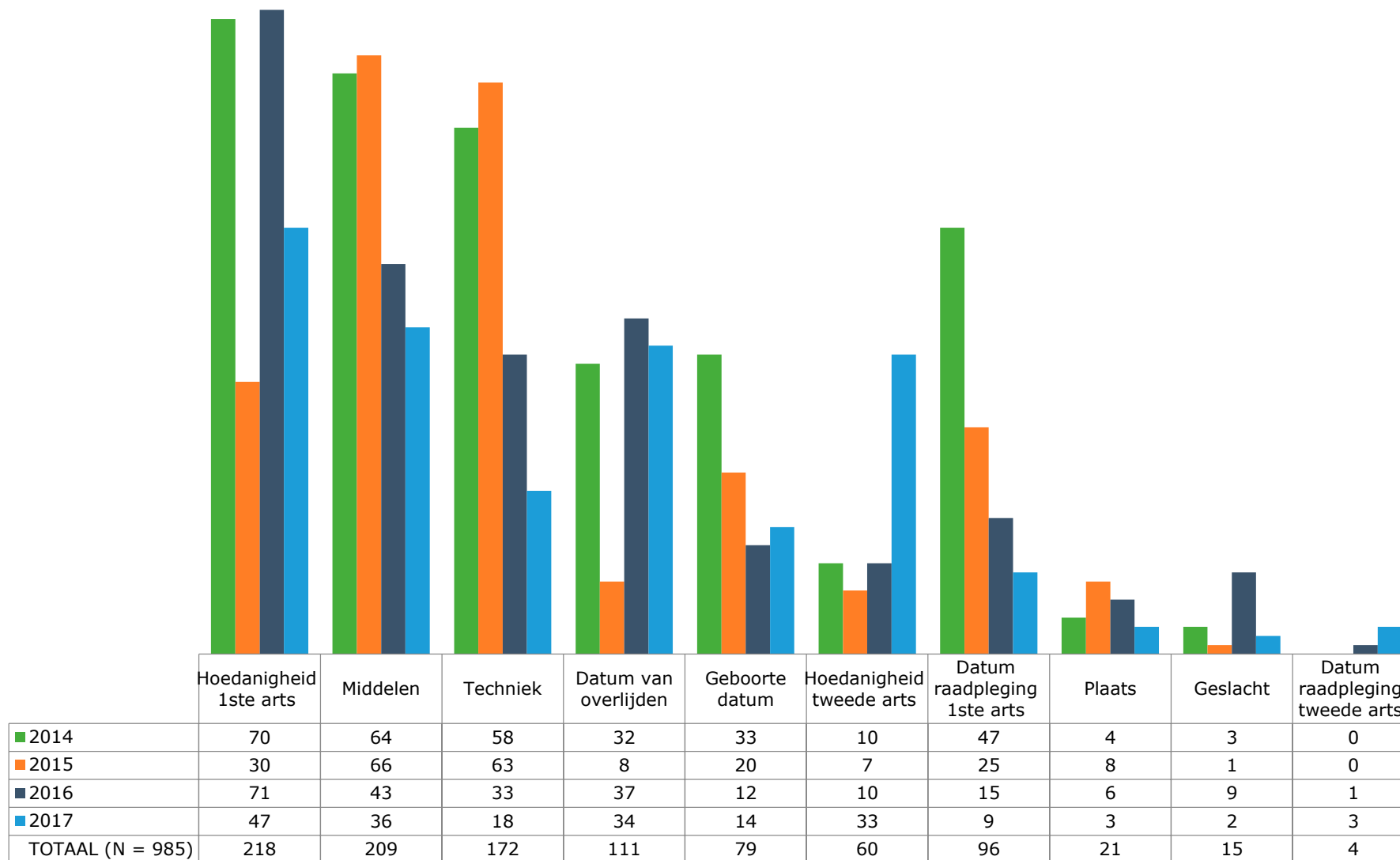
In al deze gevallen werd de informatiebrochure voor artsen systematisch bij de brieven aan de artsen gevoegd.

Uit de evolutie van de statistieken (2014-2017) blijkt duidelijk dat de artsen de registratiedocumenten steeds correcter invullen en dus minder bijkomende informatie moet opgevraagd worden aangaande het respecteren van de voorwaarden van de wet (zie 2014: 20,2 % versus 2017: 16,8 %). Wellicht heeft dit te maken met de didactische briefwisseling gedurende de jaren vanuit de Commissie naar het artsencorps.

Grafiek 15. Redenen inzage deel I voor precisering over de naleving van de voorwaarden en over de gevolgde procedure

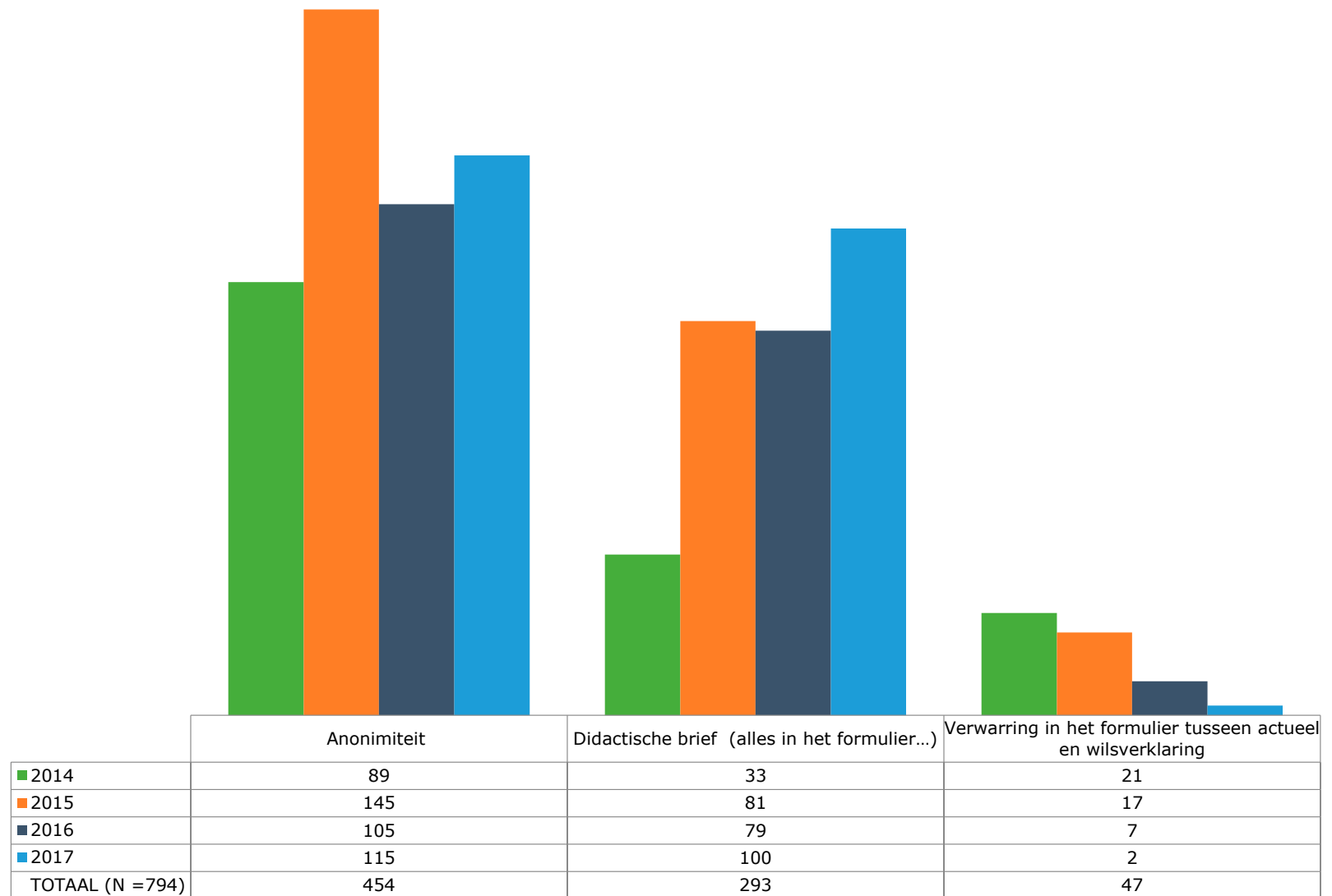


Grafiek 16. Redenen inzage deel I omwille van administratieve redenen





Grafiek 17. Redenen inzage deel I voor het formuleren van opmerkingen



Het onderzoek naar de redenen voor het openen van deel I onderstreept nogmaals de absolute noodzaak van een elektronisch registratiedocument dat via een beveiligde link naar het secretariaat van de Commissie kan worden verzonden. Dergelijk elektronisch document zou het aantal dossiers, waarvan deel I geopend moet worden, reduceren tot hoogstens 5 %. Een elektronisch dossier zou slechts digitaal verstuurd kunnen worden indien alle rubrieken die verplicht ingevuld moeten worden, ingevuld zijn. Dit zou én een belangrijke tijdsbesparing betekenen voor het secretariaat én het aantal dossiers dat meteen kan worden goedgekeurd sterk doen toenemen. Het is bijgevolg belangrijk dat de overheid hiervoor een budget vrij maakt.

### Bijzondere casussen

Twee casussen die niet als een euthanasie werden weerhouden worden verduidelijkt in dit tweejaarlijks verslag. Niet alleen werden deze casussen onderzocht zoals wettelijk vastgelegd is in Art. 8. van de Wet betreffende de euthanasie, bovendien besloot de Commissie – in de tweede casus na een stemming - deze twee casussen niet op te nemen in de statistieken als zijnde een uitgevoerde euthanasie.

- **De eerste casus betrof een casus van palliatieve sedatie**  
Het ging niet om euthanasie zoals gestipuleerd in de definitie “euthanasie” van de euthanasiewet. Bovendien is er geen enkele wettelijke verplichting om een palliatieve sedatie te registreren bij de Commissie, zelfs niet indien deze palliatieve sedatie mogelijk het levenseinde bespoedigde of veroorzaakte. Vermits de Commissie deze casus beoordeelde als een “palliatieve sedatie”, oordeelde zij dat de casus niet opgenomen moest worden in de statistieken. Deze beslissing lag in de lijn van een eerdere beslissing die genomen werd (zie hiervoor verslag 2004-2005) om een gelijkaardige casus niet op te nemen omdat het geen euthanasie betrof.
- **De tweede casus betrof een levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt**  
In dit complex dossier waar de patiënt geen expliciet verzoek had geformuleerd meenden een aantal Commissieleden dat de wet betreffende de euthanasie was overtreden en dat het dossier diende overgemaakt te worden aan de procureur des Konings. Immers is het bestaan van een verzoek één van de essentiële wettelijke voorwaarden van de wet. Een aantal Commissieleden achtte echter een verzending aan de procureur des Konings niet aangewezen. Twee argumenten ondersteunden hun visie. Enerzijds dat de gebruikte middelen in deze situatie van een doodstrijd niet noodzakelijk wezen op een euthanasie. Anderzijds werd door een aantal commissieleden naar voor gebracht dat de arts geconfronteerd werd met de noodtoestand, gekenmerkt door de extreem pijnlijke doodstrijd waarin de patiënte zich sinds 24 uur bevond en zij nog de levensverwachting had van hooguit 2 à 3 dagen. Bovendien dreigde de patiënte te stikken. Daarnaast werden het gedrag en de non-verbale communicatie van de patiënte door de arts, door het verplegend personeel en door de familieleden van de patiënte geïnterpreteerd als een vraag om euthanasie. De tweederde meerderheid, zoals wettelijk vereist voor verwijzing naar het parket (Art. 8 van de wet) werd niet bereikt (9 voor een verzending aan de procureur des Koning, 7 tegen).

## c. Specifieke evaluatie van geselecteerde patiënten categorieën

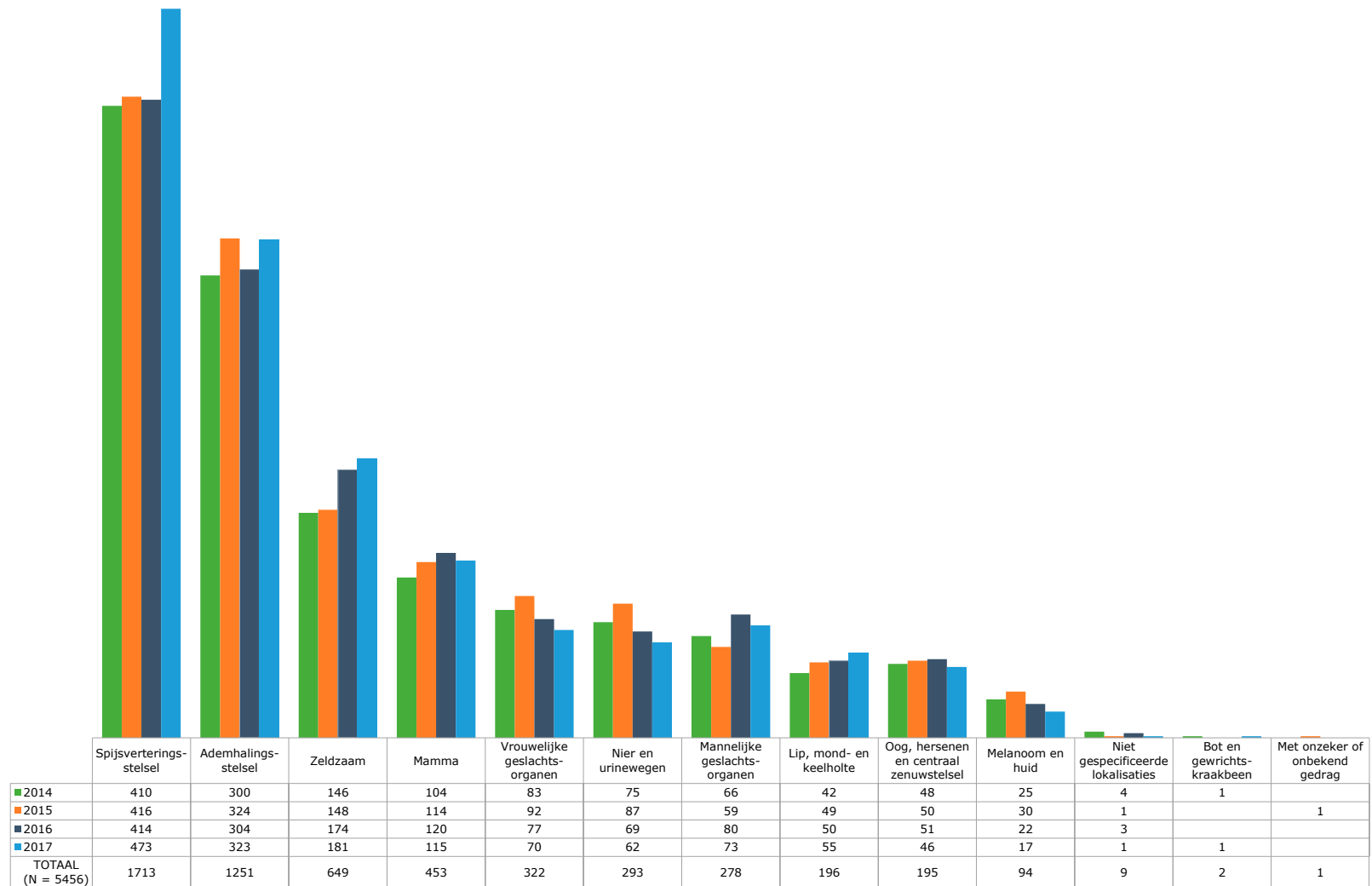
### a. Patiënten met een oncologische aandoening (nieuwvormingen /kanker)

Ook in 2016 - 2017 bleven de oncologische aandoeningen de voornaamste categorie waarvoor patiënten om euthanasie verzochten.

Alhoewel het absolute aantal patiënten die omwille van een oncologische aandoening euthanasie ondergingen toenam in de laatste 4 jaar is het procentueel aandeel t.o.v. het jaarlijks totaal gaan dalen.

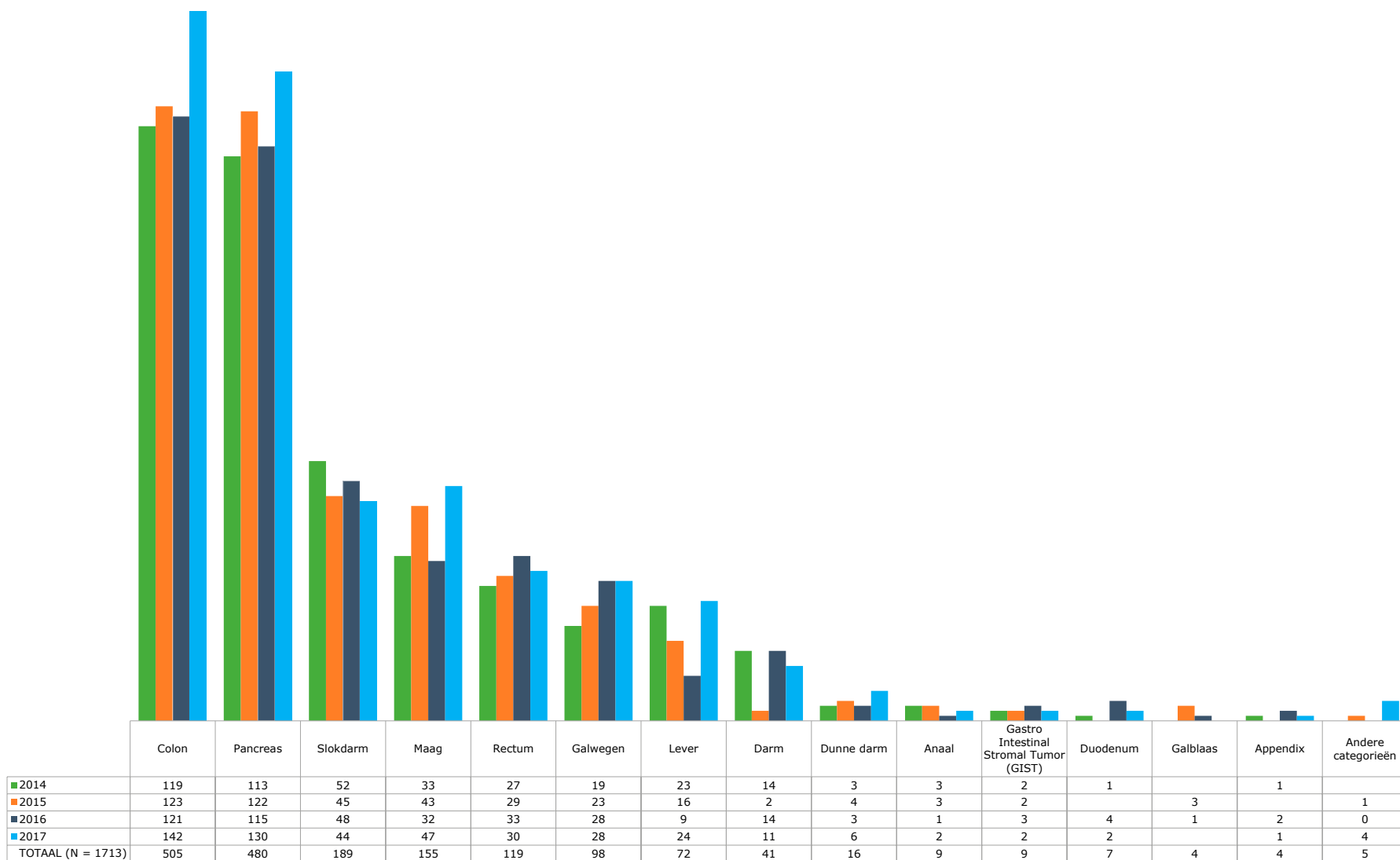
Toch zal het aantal oncologische patiënten die om euthanasie verzoeken wellicht in de komende jaren verder stijgen. Volgens het ‘Belgian Cancer Registry’ in hun publicatie ‘Cancer incidence projections in Belgium 2015 – 2025’ zal het aantal nieuwe kankerpatiënten in die periode stijgen van 67820 tot 79140 of 17%. De eventuele stijging binnen elke subcategorie is afhankelijk enerzijds van de mogelijkheden van tijdige kankeropsporing en de medewerking van de bevolking hierbij en anderzijds van de toenemende behandelmogelijkheden van de desbetreffende kankers in deze subcategorie.

Grafiek 18. Oncologische aandoeningen: subcategorieën



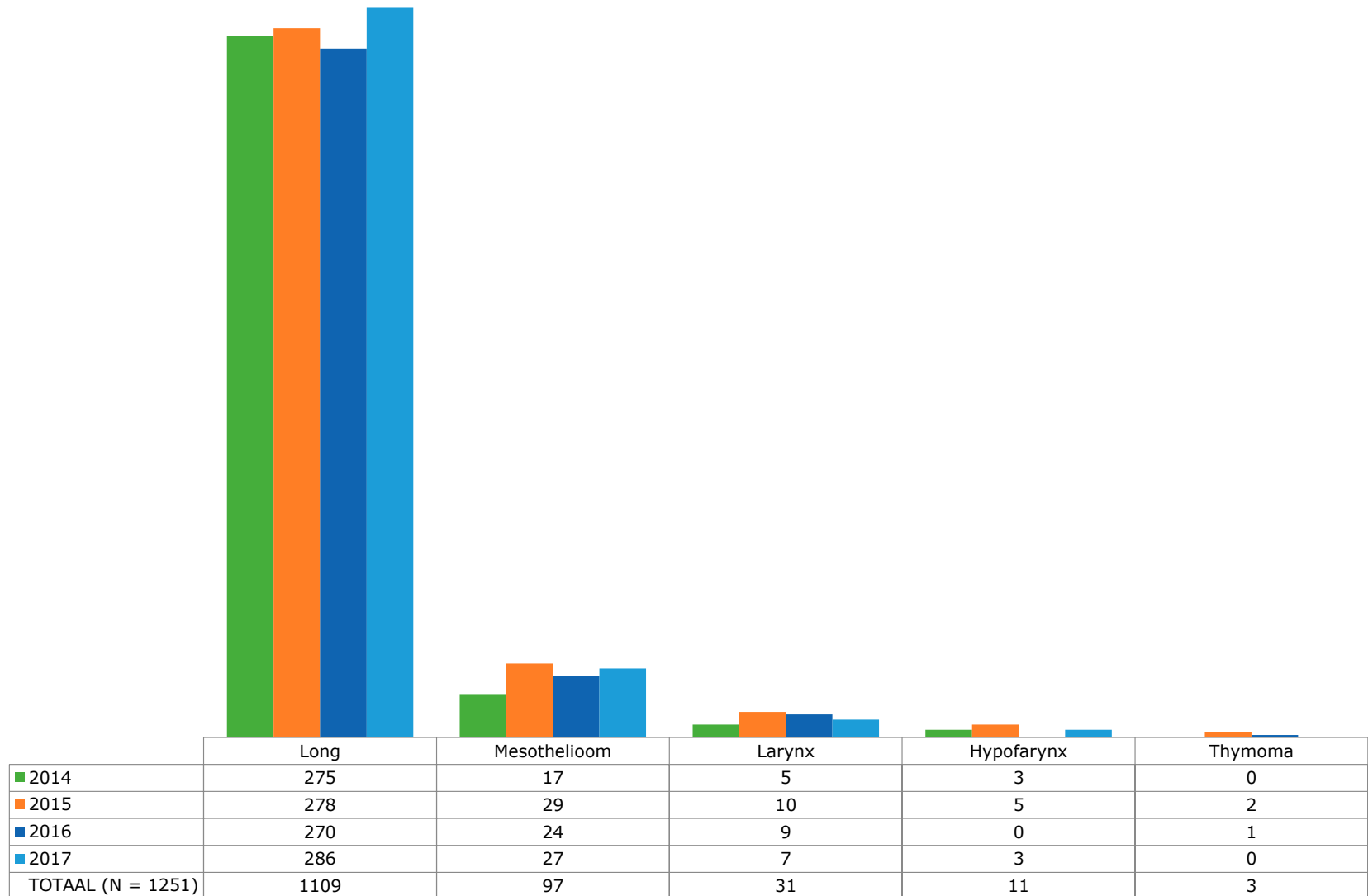
In 2014 – 2017 ondergingen 5456 patiënten euthanasie omwille van een kwaadaardige aandoening. Op basis van de subcategorieën gaat het vooral om kankers van het spijsverteringsstelsel, het ademhalingsstelsel en een groep zeldzamere kankers.

Grafiek 19. Oncologische aandoeningen: maligne neoplasmata van het spijsverteringsstelsel



Bij de kanker van het spijsverteringsstelsel gaat het vooral om patiënten met colon-, pancreas-, slokdarm- en maagkanker. Het vermoeden is groot dat hun aantal in de toekomst nog gaat toenemen ondanks de campagnes van tijdige opsporing en de toegenomen therapeutische mogelijkheden. Pancreas- en slokdarmkanker zijn momenteel niet tijdig op te sporen wat de curatieve kansen sterk vermindert.

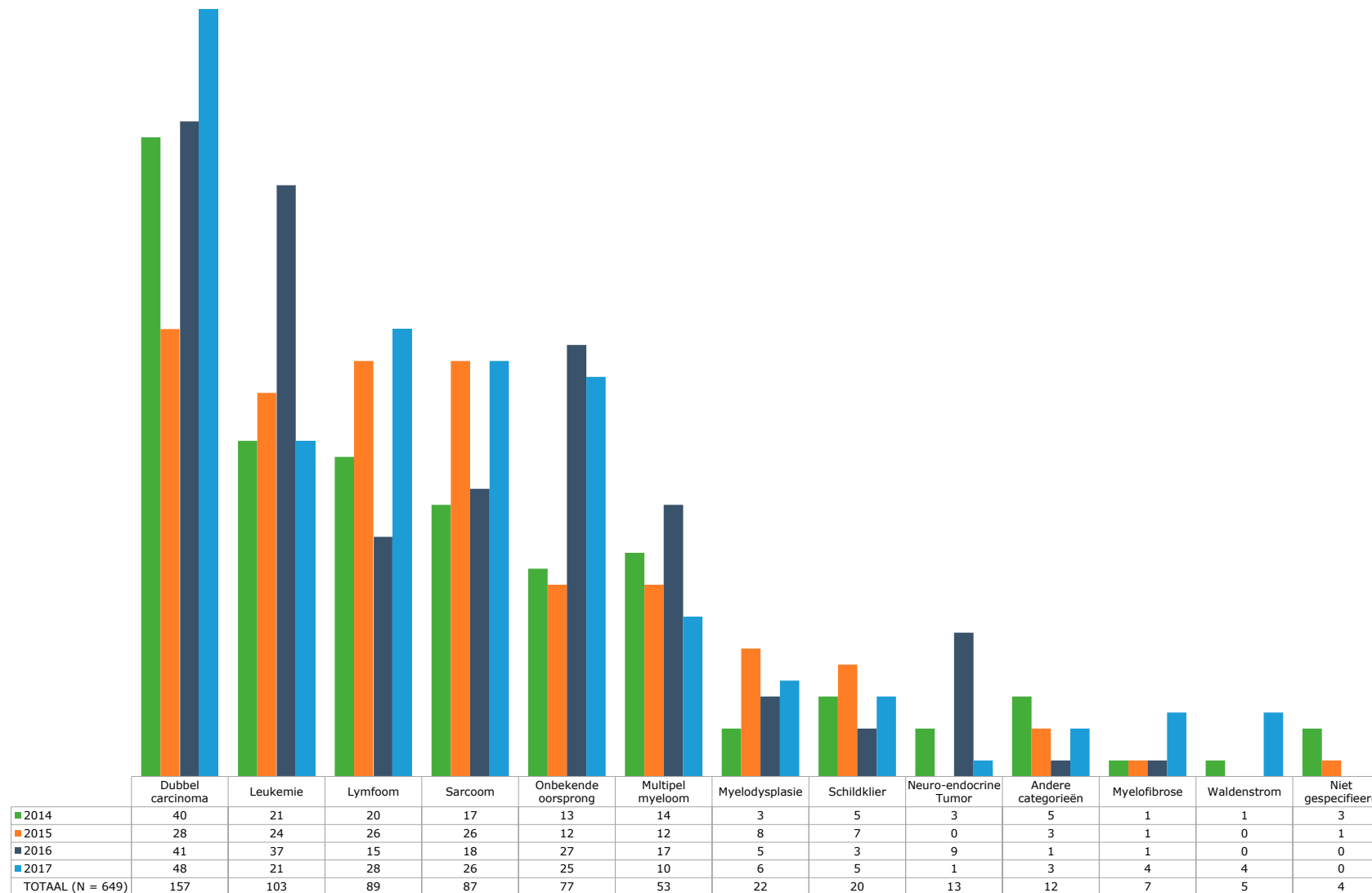
Grafiek 20. Oncologische aandoeningen: maligne neoplasmata van het ademhalingsstelsel



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



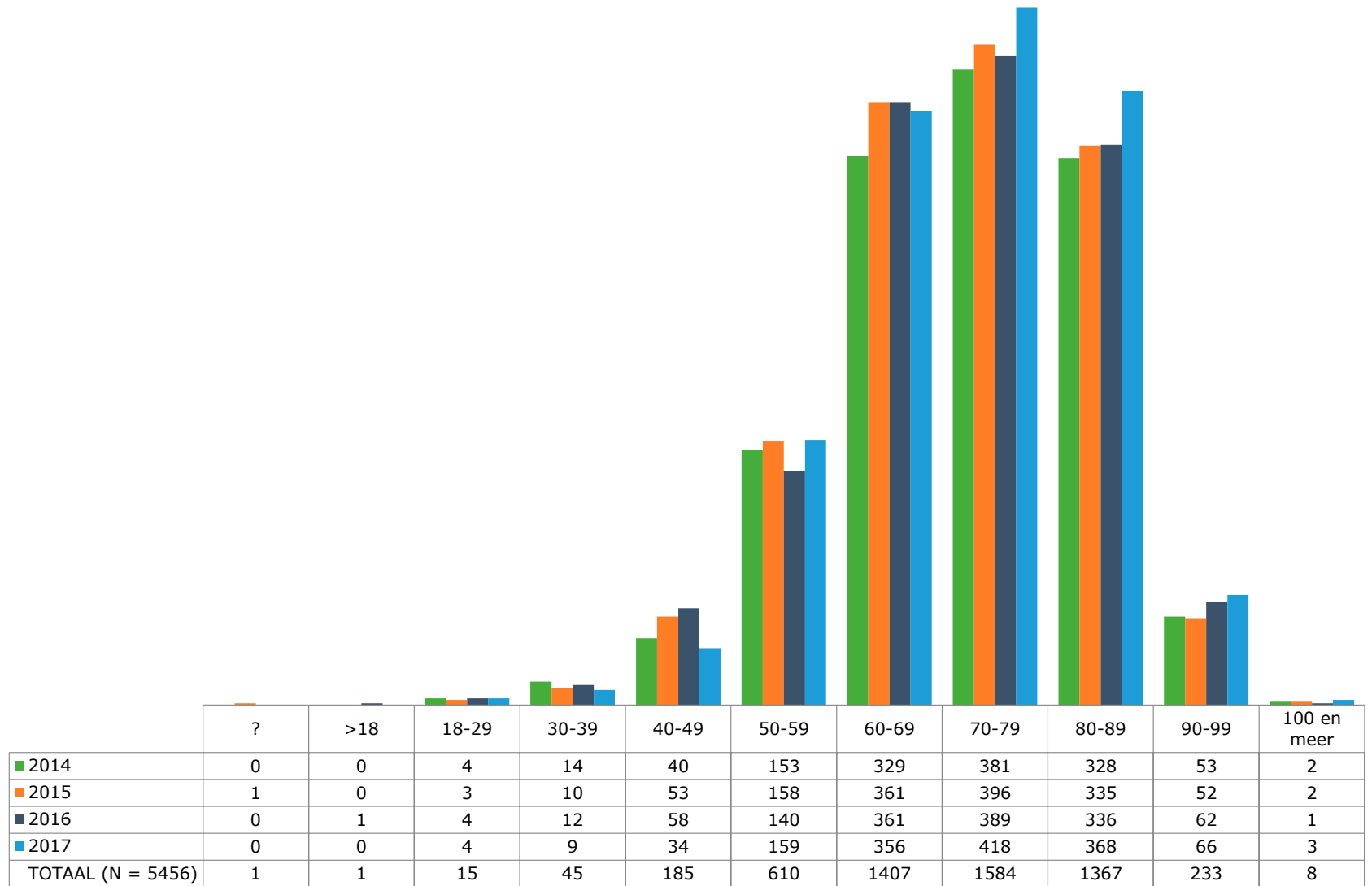
Grafiek 21. Oncologische aandoeningen: zeldzame maligne neoplasmata



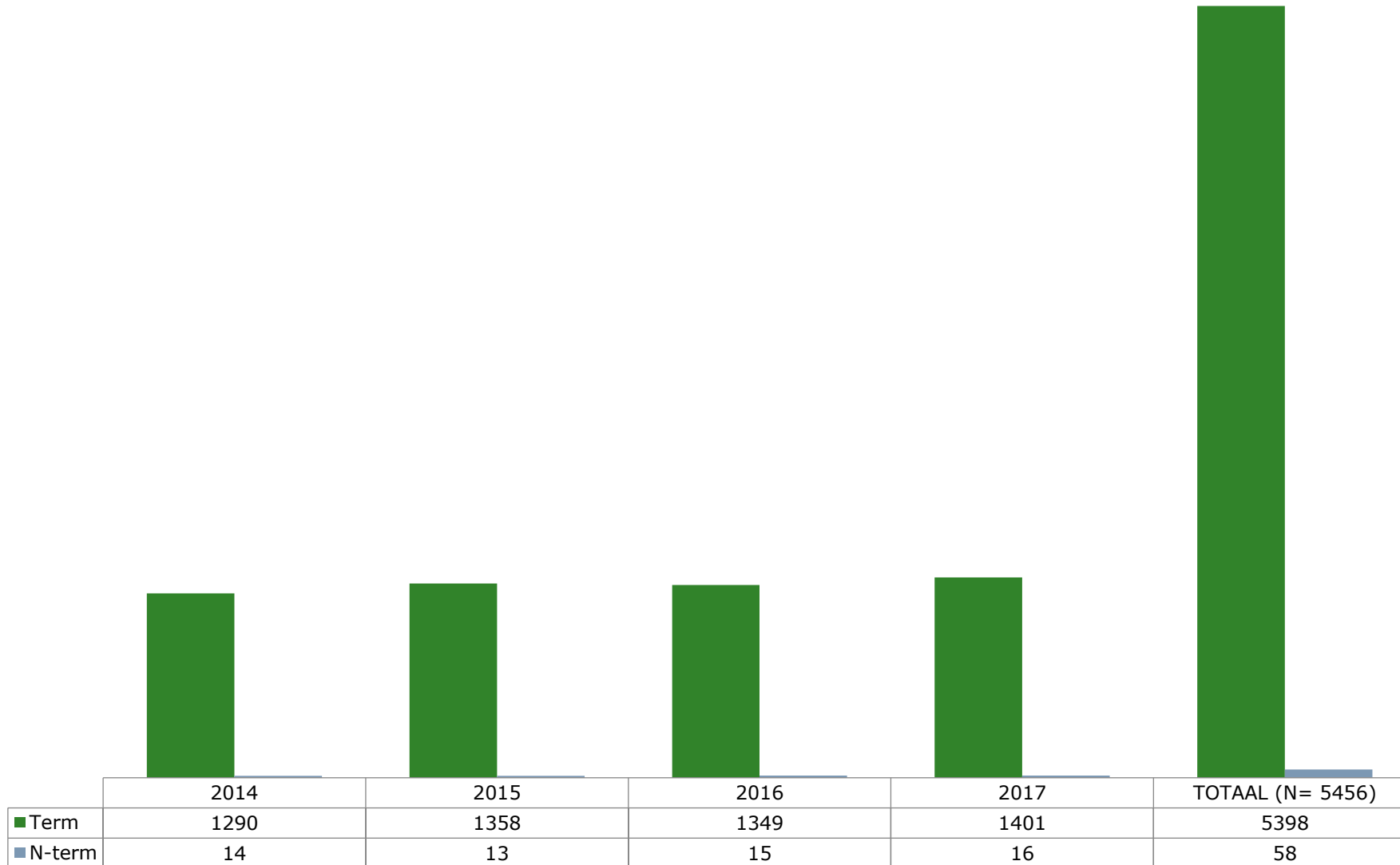
De groep zeldzame neoplasmata omvat voornamelijk de dubbele kankers t.t.z. patiënten die 2 soorten kanker hebben en kanker van onbekende oorsprong. Beide groepen van kankers hebben een slechte prognose. Daarnaast komen maligne neoplasmata van het lymfoïd en hematopoëtisch weefsel (lymfoom, leukemie en myelomen) eveneens veelvuldig voor.

Volgens het 'Belgian Cancer Registry' treft kanker in ons land voornamelijk oudere personen. 67% van de vrouwen en 78% van de mannen zijn ouder dan 60 jaar op het moment van de diagnosestelling. Dit wordt weerspiegeld in de volgende grafiek 'Oncologische aandoeningen: leeftijdsverdeling'. Uit deze grafiek blijkt dat de grootste groep patiënten met kanker die euthanasie ondergingen ouder is dan 60 jaar.

Grafiek 22. Oncologische aandoeningen: leeftijdsverdeling



Grafiek 23. Oncologische aandoeningen: te verwachten termijn van overlijden



Zoals te verwachten, zijn alle patiënten, op 58 patiënten (1,06 %) na, terminaal.

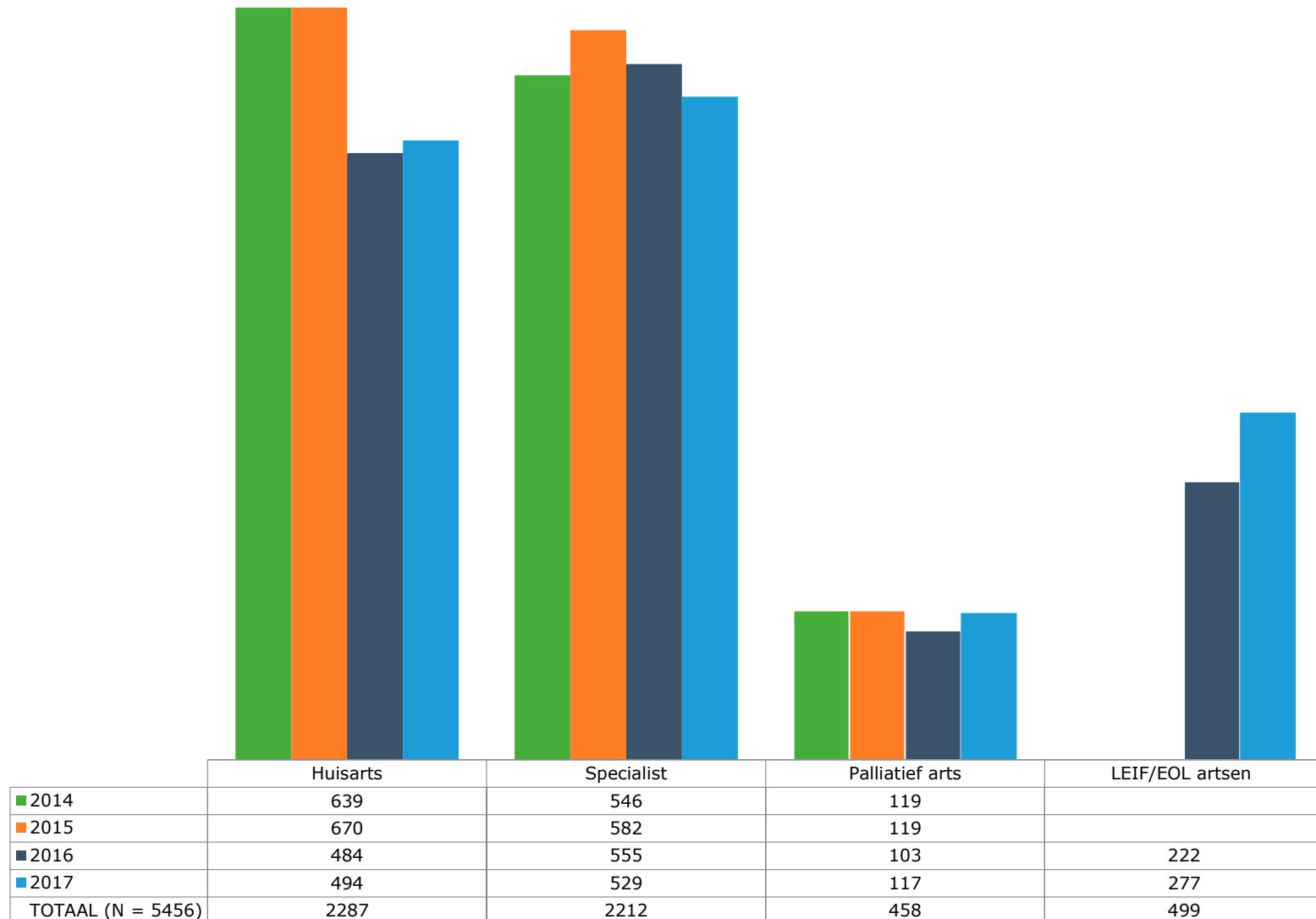
De redenen waarom oncologische patiënten om euthanasie verzoeken zijn meervoudig:

- Symptomatische metastasering vb. naar bot, lever en hersenen.
- Uitputting van de therapeutische mogelijkheden.
- Uitgebreid recidief van de kanker dat niet meer te behandelen was (hoofd- en halstumoren, ovariumtumoren, hersentumoren enz.).
- Medische contra-indicaties voor behandeling zoals terminaal hartlijden, longlijden en nierinsufficiëntie.

In omzeggens alle gevallen gaf de arts aan dat naast een uitgesproken en onbehandelbaar fysiek lijden, er ook een ernstig psychisch lijden aanwezig was. Niettegenstaande dit niet uitdrukkelijk gevraagd wordt gaf de meldende arts frequent aan dat de conventionele palliatieve behandelingen niet in staat waren het lijden op een voor de betrokkene aanvaardbare manier onder controle te brengen. Eveneens frequent werd vermeld dat de patiënt euthanasie verkoos boven palliatieve sedatie.

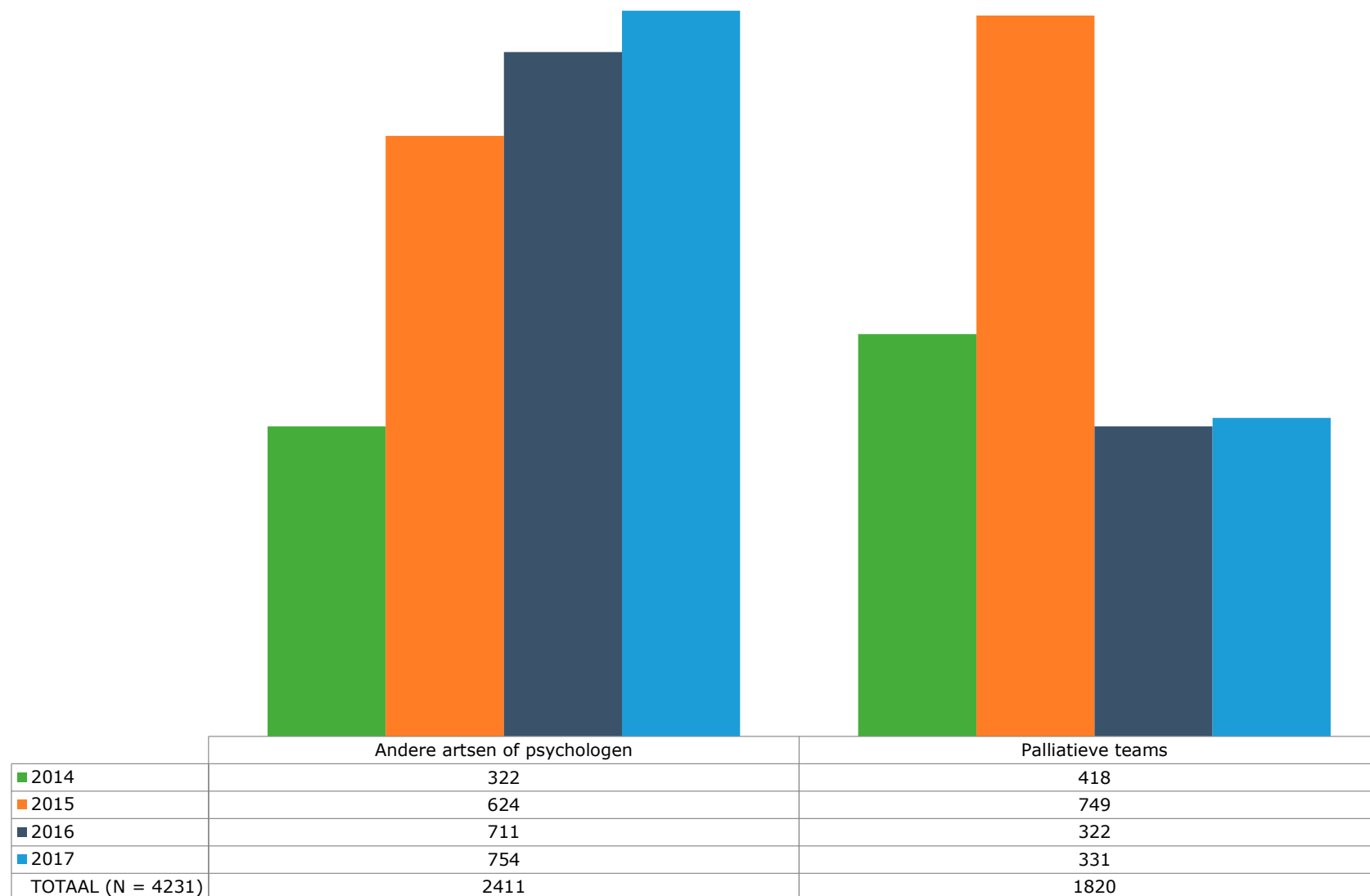
Bij de uitklaring van een euthanasieverzoek bij deze patiëntengroep vervullen zowel huisartsen als specialisten een voorname rol. Gezien de overgrote meerderheid van de patiënten terminaal was, is slechts één advies nodig van een onafhankelijke arts van om het even welke specialiteit.

**Grafiek 24. Oncologische patiënten: hoedanigheid 1ste adviserende arts**



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.

**Grafiek 25. Oncologische patiënten: andere artsen, palliatieve teams of psychologen geraadpleegd buiten de wettelijke verplichtingen (Totaal betrokken aangiften: 2678 op 5456 oncologische patiënten)**





## Wachttijd

Gezien 99% van deze kankerpatiënten terminaal is op het ogenblik van de euthanasie uitvoering is het logisch dat de wachttijd bij het merendeel onder hen kleiner is dan 1 maand. Alhoewel artsen daartoe niet verplicht zijn, melden 22% dat de patiënt in de weken tot maanden die aan de uitvoering voorafgingen met hun behandelende artsen gesproken hadden over euthanasie in geval hun lijden ondraaglijk zou worden.

### b. Patiënten met polypathologie

In het 7<sup>de</sup> tweejaarlijks rapport van de Commissie bleek dat polypathologie in ons land na oncologische aandoeningen de belangrijkste reden was om euthanasie te vragen. Dit wordt bevestigd in 2016 – 2017.

De selectie van de registratiedocumenten waarbij de euthanasie uitgevoerd werd omwille van polypathologie gebeurde op basis van de definitie van multi morbiditeit (=polypathologie) zoals deze in 1996 door Van den Akker werd gedefinieerd nl.: “the co-occurrence of multiple chronic or acute diseases and medical conditions within one person.”<sup>2</sup> Zoals reeds gezegd, gezien de nieuwe codering dient verduidelijkt te worden dat heel wat patiënten met polypathologie vroeger gecodeerd werden onder een andere categorie.

Bij deze patiënten was de ernst van de ziekte/toestand niet het gevolg van één ziekte maar van de combinatie van verschillende aandoeningen die niet voor verbetering vatbaar waren en in toenemende mate ernstige handicaps veroorzaakten tot orgaanfalen toe zoals:

- *nieuwvormingen*: die omwille van de polypathologie moeilijk tot niet te behandelen zijn.
- *gang- en mobiliteitsstoornissen* a.g.v. polyartrose, wervelindeukingsfracturen, valneigingen enz. gepaard gaande met al of niet uitgesproken pijn en sterke beperking van de bewegingsmogelijkheden van de patiënt waardoor hij/zij zijn autonomie verliest.
- *visusstoornissen* gaande tot bilaterale blindheid die maken dat de betrokkene niet meer in staat is een dagblad of boek te lezen of televisie te kijken. Dit maakt hem in toenemende mate zorgafhankelijk en heeft een isolerend effect op het onderhouden van zijn sociale contacten.
- *aandoeningen van het zenuwstelsel* zoals Parkinson of sequellen van een hersentrombose (CVA) verergeren de zorgafhankelijkheid en het sociaal isolement van de betrokkenen.
- *gehoorstoornissen* tot complete doofheid die hem verhinderen tot contact.
- *gevorderd tot terminaal hartlijden en chronisch longlijden* (Gold standaard 3 tot 4) die de betrokkene in zijn fysieke mogelijkheden beperkt en de levensruimte terug brengt tot één enkele ruimte. Het sociaal leven wordt hierdoor dusdanig beperkt dat er eenzaamheid ontstaat.
- *incontinentie zowel urinair als fecaal* wat door velen aangevoeld wordt als een aantasting in hun waardigheid.
- *beginnende dementie* die de betrokkene angst voor een langzame mentale en cognitieve aftakeling inboezemt met uiteindelijk verlies van zijn eigen persoonlijkheid.
- *cachexie en uitgesproken fysieke aftakeling* die onomkeerbaar en onbehandelbaar is en aanleiding geeft tot continue bedlegerigheid.

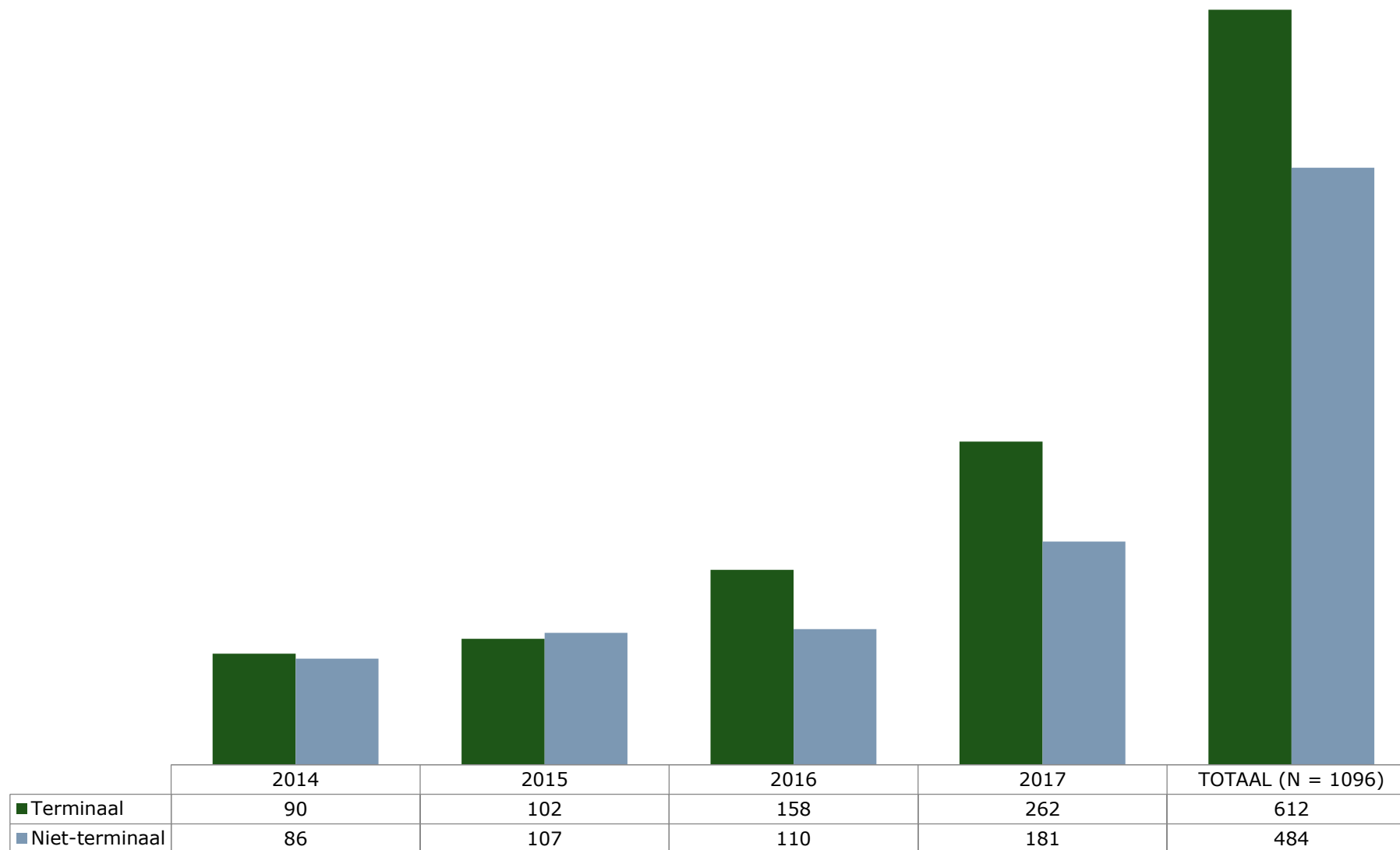
Een combinatie van deze aandoeningen verklaart dat omzeggens 60% van de patiënten als terminaal werden beschouwd en dat hun lijden niet te lenigen was. Bovendien veroorzaakt dit vergevorderd fysiek lijden een psychisch lijden dat door sommigen aangeduid wordt als levensmoeheid maar dat secundair is aan het uitgesproken fysiek lijden. Levensmoeheid zonder medische context als een reden voor euthanasie wordt door de Commissie nooit aanvaard.

Het nagaan of dergelijk verzoek voldoet aan de voorwaarden gesteld in de Belgische euthanasiewet is complex omdat naast het fysiek lijden ook psychisch lijden een belangrijke rol speelt. Daarom werd vorig jaar een onderzoek uitgevoerd op de registratiedocumenten van patiënten die euthanasie ondergingen omwille van polypathologie in de periode van 2013 tot 2016. Het ging om 870 patiënten. In deze publicatie rapport wordt uitgebreid ingegaan op de wijze hoe men een euthanasieverzoek op basis van polypathologie best onderzoekt<sup>3</sup>.

2 Van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA, Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature Eur J Gen Pract 1996;2:65-70

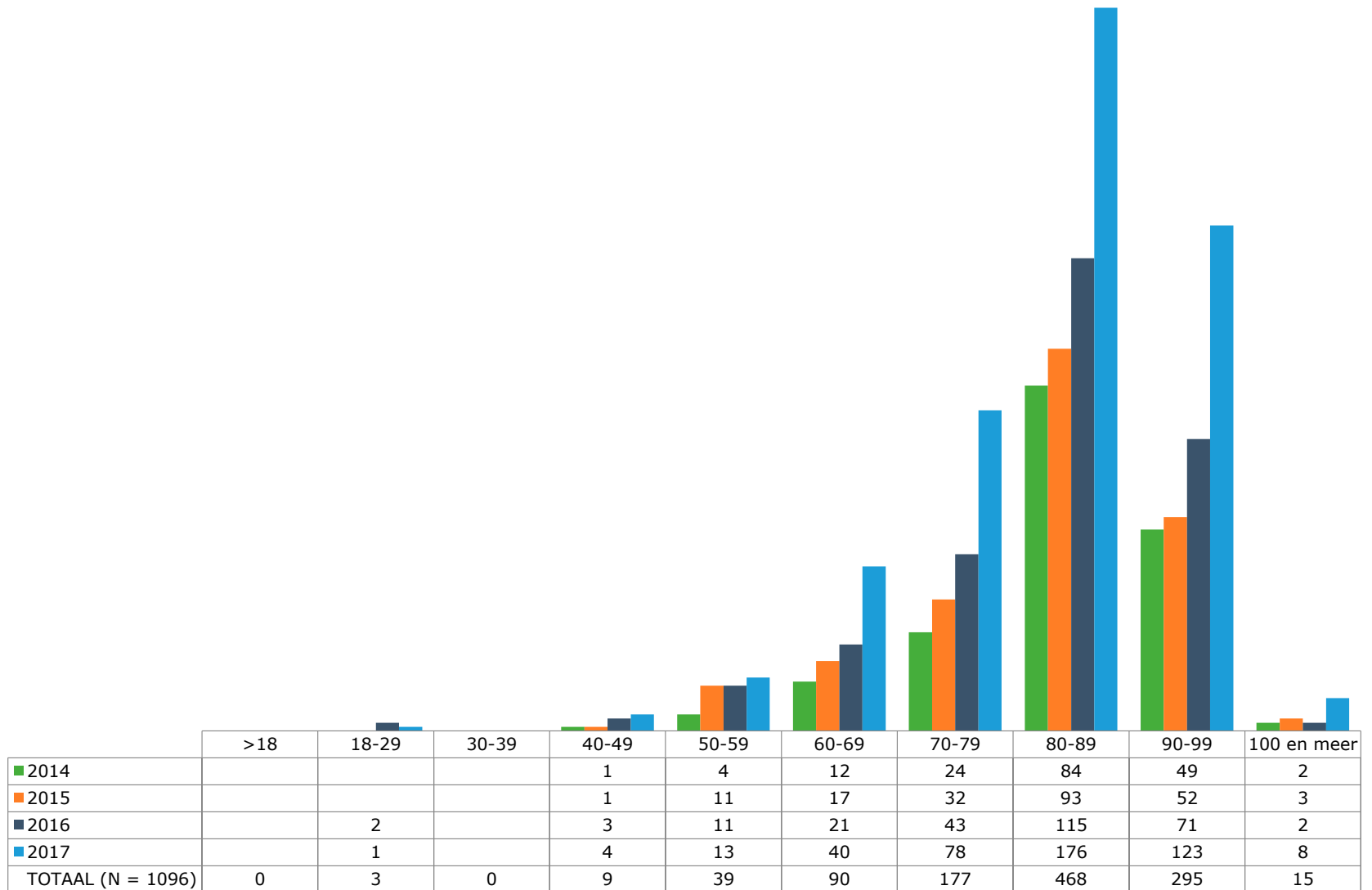
3 Proot L, Distelmans W, Polypathologie en de Belgische euthanasiewet. Analyse registratiedocumenten euthanasie 2013 - 2016. Tijdschrift voor Geneeskunde (in druk)

Grafiek 26. Polypathologie: te verwachten termijn van overlijden



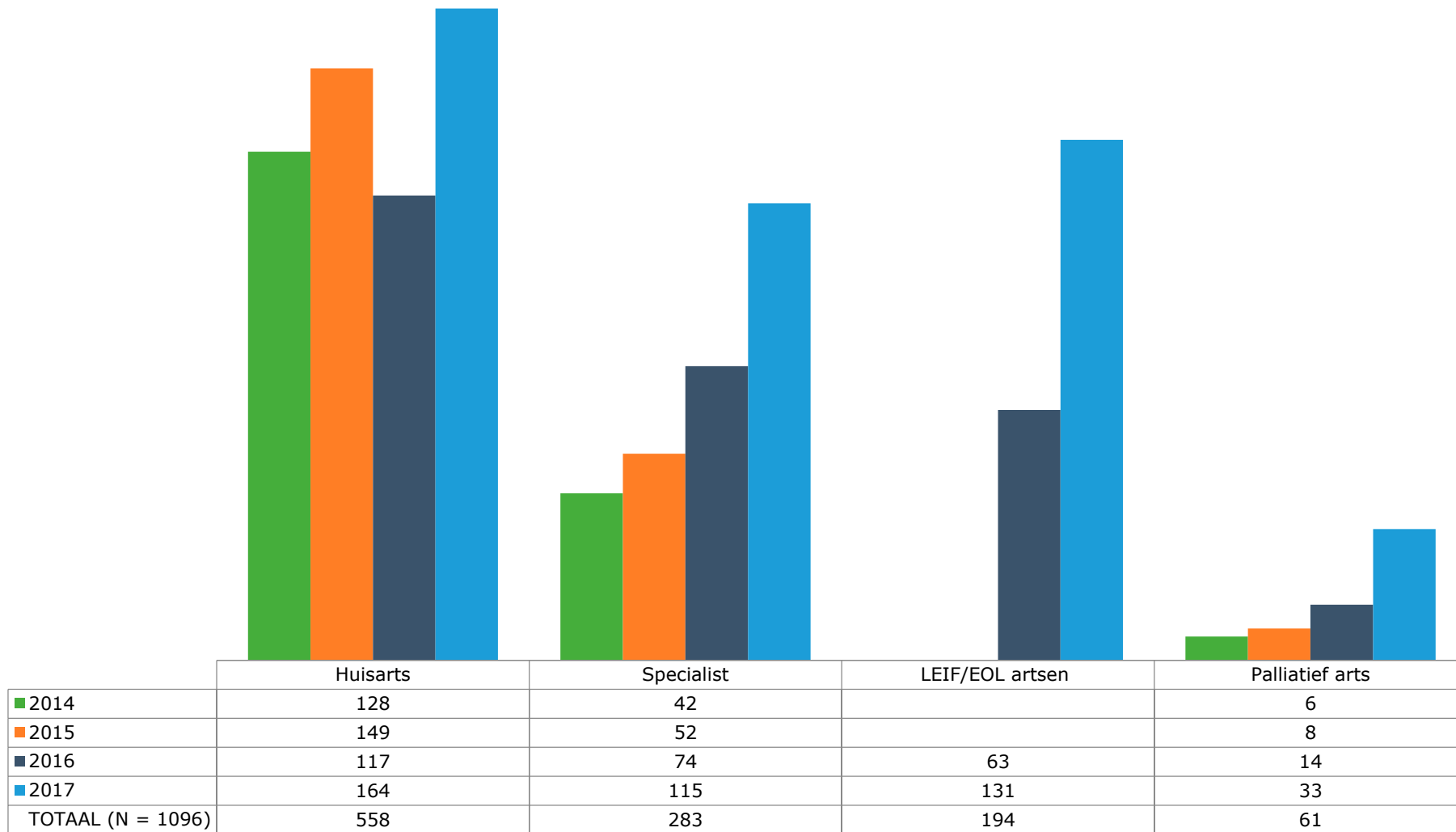
In de periode 2014 tot 2017 is het aantal patiënten die euthanasie onderging omwille van een polypathologie verdubbeld. Gezien de toenemende vergrijzing van de bevolking en het ontstaansmechanisme van polypathologie zal deze groep in de toekomst wellicht nog verder toenemen.

Grafiek 27. Polypathologie: leeftijdsverdeling



In vergelijking met de oncologische patiënt is de leeftijdspek met 10 jaar verschoven naar de 80 en 90 plussers. Uitzonderlijk komt polypathologie ook voor op jongere tot zelfs zeer jonge leeftijd.

Grafiek 28. Polypathologie patiënten: hoedanigheid 1ste arts

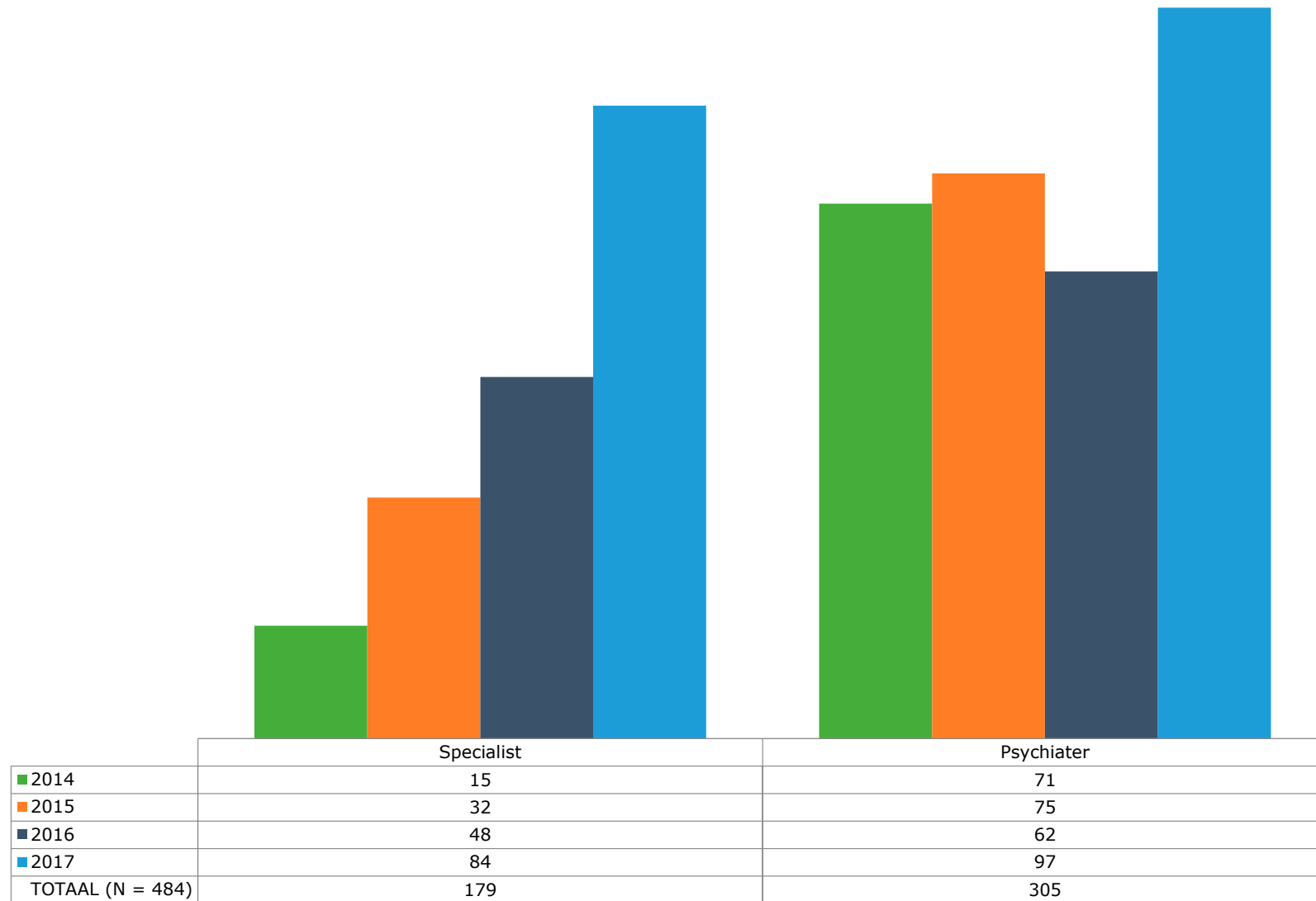


Bij polypathologie beschouwt de Commissie de huisarts als specialist. Dit houdt in dat ook een huisarts kan optreden als 2<sup>de</sup> adviserende arts wanneer men verwacht dat de patiënt met polypathologie niet binnen afzienbare tijd zal overlijden.

Als 1<sup>ste</sup> adviserende arts treedt veelal een huisarts op en in mindere mate een specialist of psychiater. In meer dan 40% wordt beroep gedaan op een arts met een bijzondere bekwaamheid in de levenseindezorg.

In 2014 -2017 werden 484 polypathologie patiënten beschouwd als niet-terminaal. Dus werd bij deze patiënten een 2<sup>de</sup> advies gevraagd.

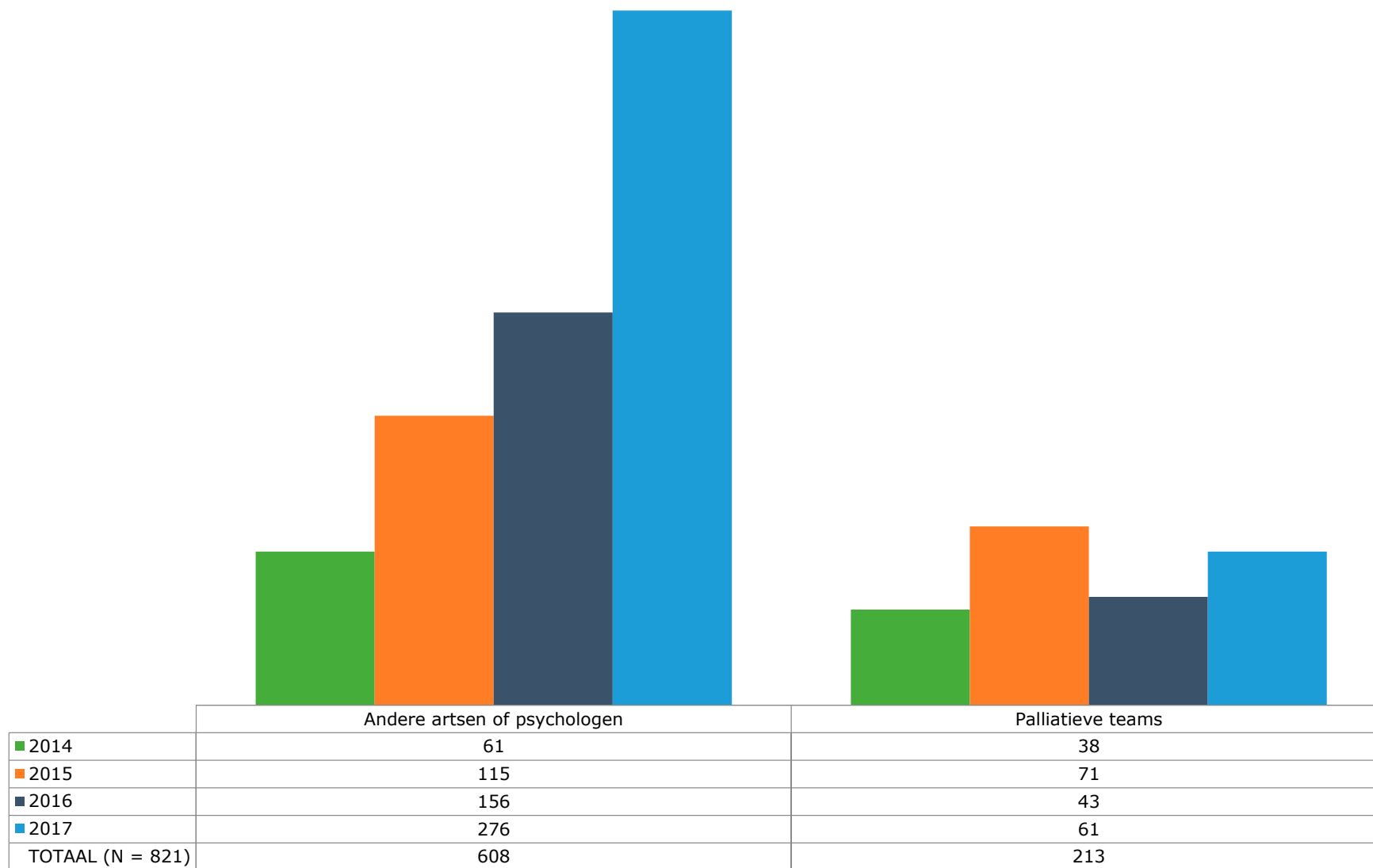
Grafiek 29. Polypathologie patiënten: hoedanigheid 2de verplicht geraadpleegde arts ( i.g.v. overlijdens niet binnen afzienbare termijn)



De psychiater is diegene die het frequentst werd gevraagd om een 2<sup>de</sup> advies te geven. Huisartsen die beschouwd worden als specialist in de polypathologie worden minder frequent gevraagd als 2<sup>de</sup> adviserende arts. Opnieuw doet men in 1/5 van de gevraagde adviezen beroep op een LEIF-EOL arts en/of palliatief arts zonder vermelding van zijn specialisme.

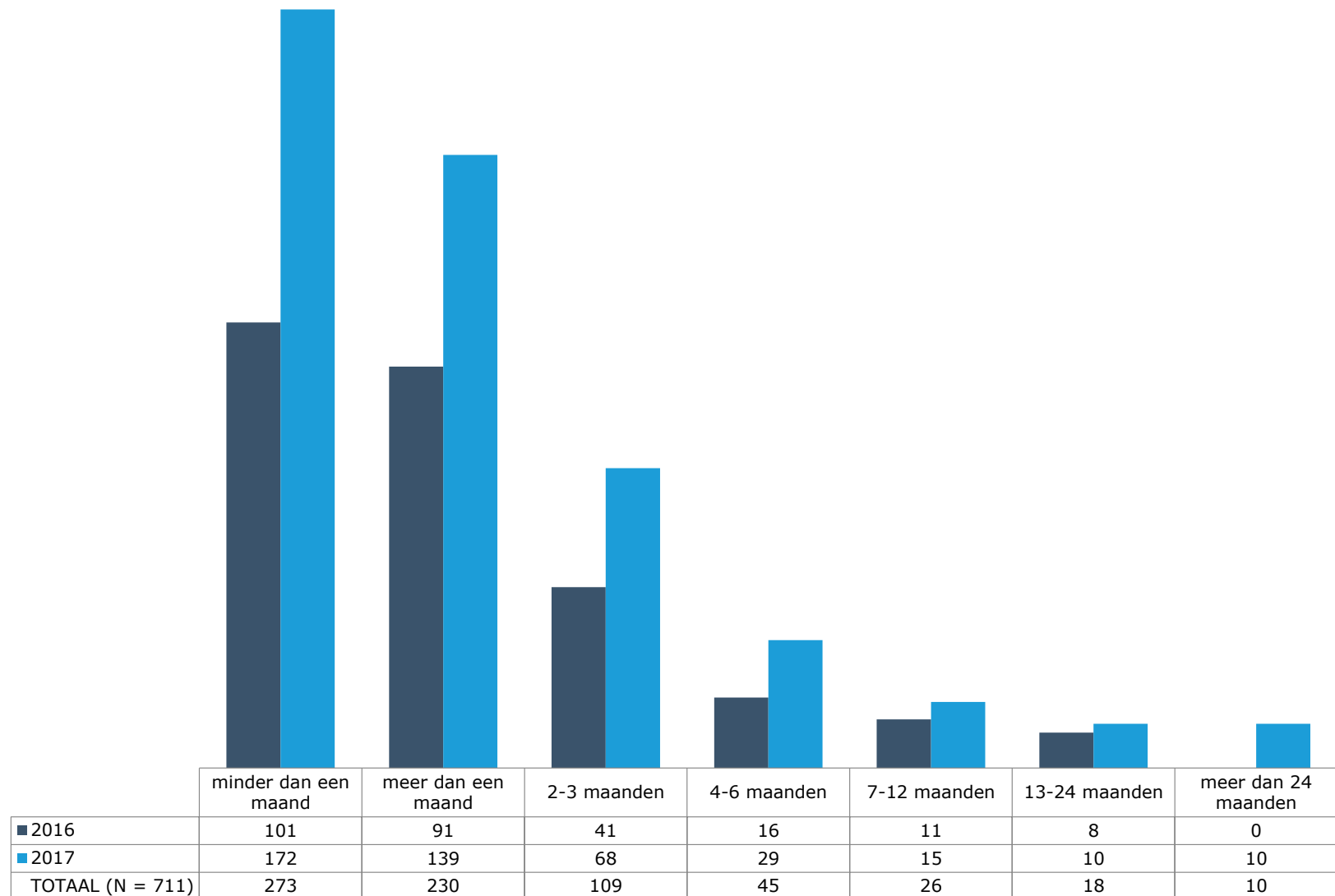


Grafiek 30. Polypathologie patiënten: andere artsen, palliatieve teams en psychologen geraadpleegd buiten de wettelijke verplichtingen  
(Totaal betrokken aangiften: 527 op 1096 polypathologie patiënten)



Ook bij de patiënt met polypathologie vermelden artsen spontaan (wettelijk niet verplicht) het multidisciplinair overleg met andere zorgverleners. Zoals reeds gezegd is dit cijfer onderschat.

Grafiek 31. Polypathologie patiënten: wachttijd

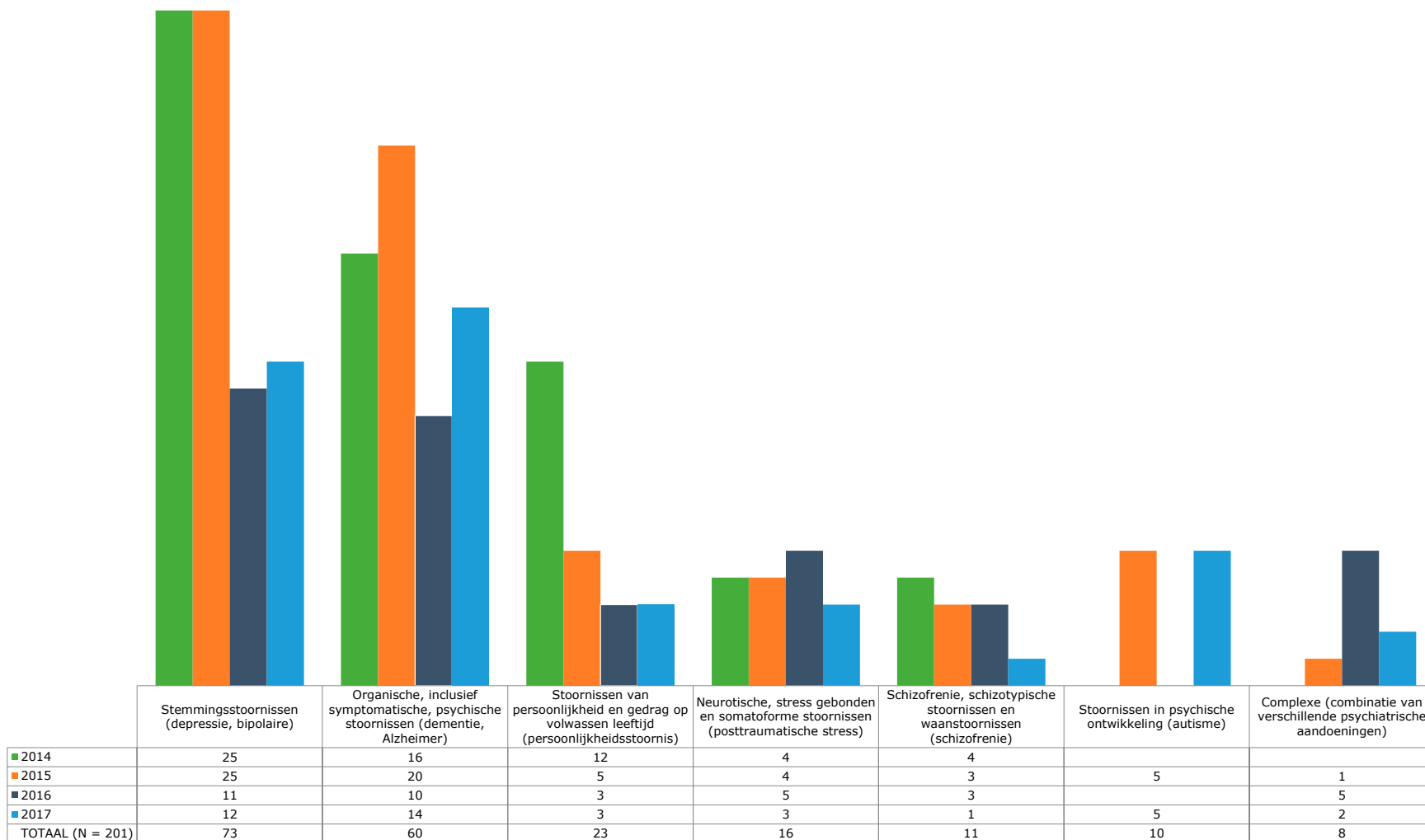


Zoals te verwachten is de wachttijd bij heel wat patiënten met polypathologie minder dan 1 maand. In de overgrote meerderheid minder dan 2 maanden. Dit is niet verwonderlijk omdat bijna 55% van deze patiënten als terminaal werden beschouwd en velen van hen hoogbejaard zijn.

### c. Patiënten met een psychiatrische aandoening (psychische stoornissen en gedragsstoornissen)

In de periode 2014 -2017 werden 201 registratiedocumenten gecodeerd onder de ICD-10 categorie 'Psychische stoornissen en gedragsstoornissen' (psychiatrische aandoeningen).

Grafiek 32. Psychiatrische aandoeningen: subcategorieën



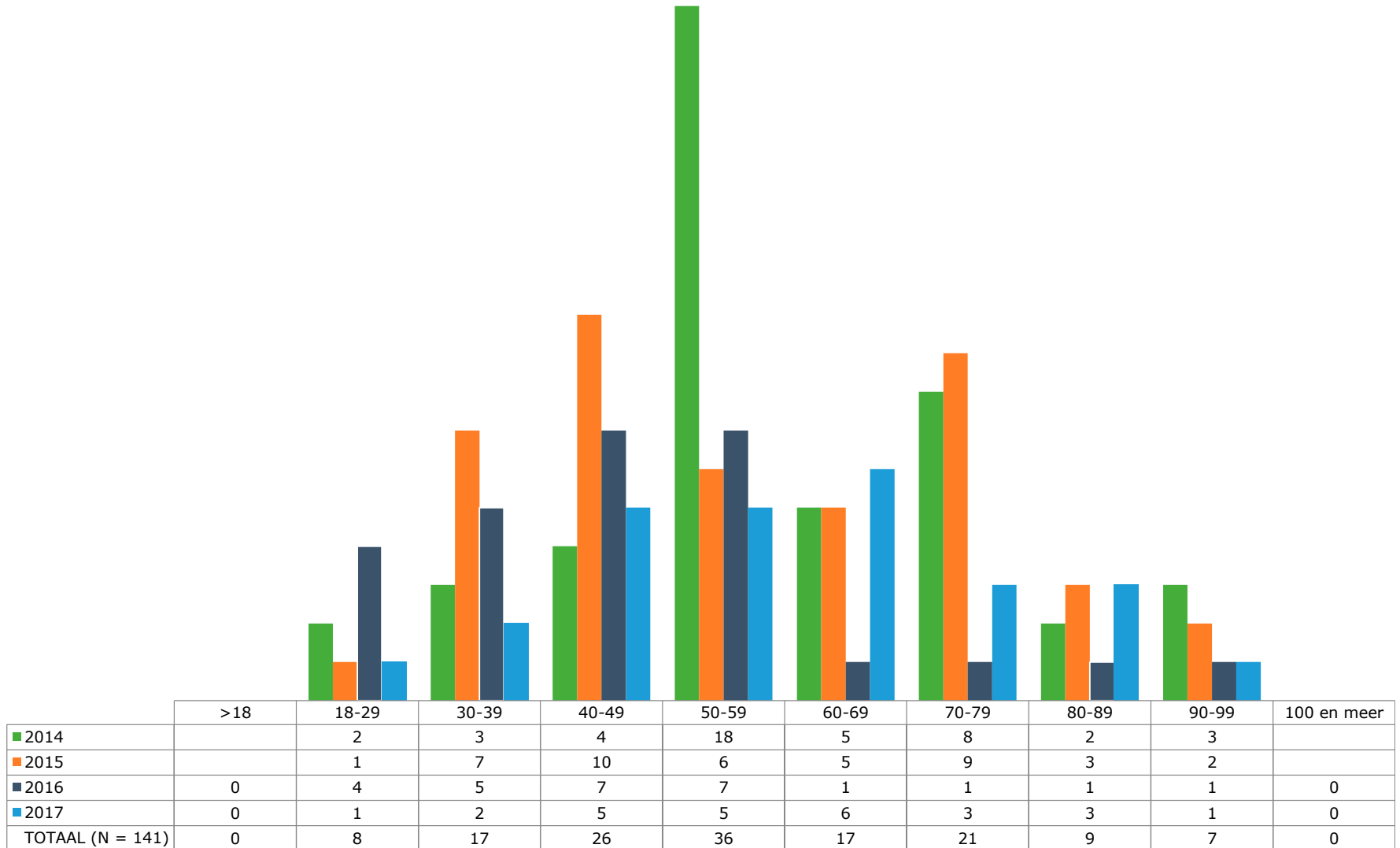
Rubriek Complexe: de codering van psychiatrische aandoeningen volgens de ICD-10 laat niet toe complexe psychiatrische stoornissen (met verschillende psychiatrische ziektebeelden) te coderen, hiervoor zou men beroep moeten kunnen doen op de DSM of 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders'. Beide classificatiesystemen zijn echter aan elkaar gerelateerd. De DSM methodologie wordt vooral gebruikt om de best overeenstemmende diagnose(n) te identificeren die vervolgens wordt omgezet in een ICD-10 code. Het gebruik van DSM codes is slechts mogelijk als men beschikt over het ganse medische dossier van de patiënt.

In 2016 – 2017 ontving de Commissie minder aangiften van euthanasie uitgevoerd bij patiënten met een psychiatrische aandoening in vergelijking met 2014 en 2015, met uitzondering van de patiënten met de ziekte van Alzheimer.

In de voorliggende analyse wordt de groep van patiënten met een *Organische stoornissen* (ex: dementie, Alzheimer) afzonderlijk besproken.

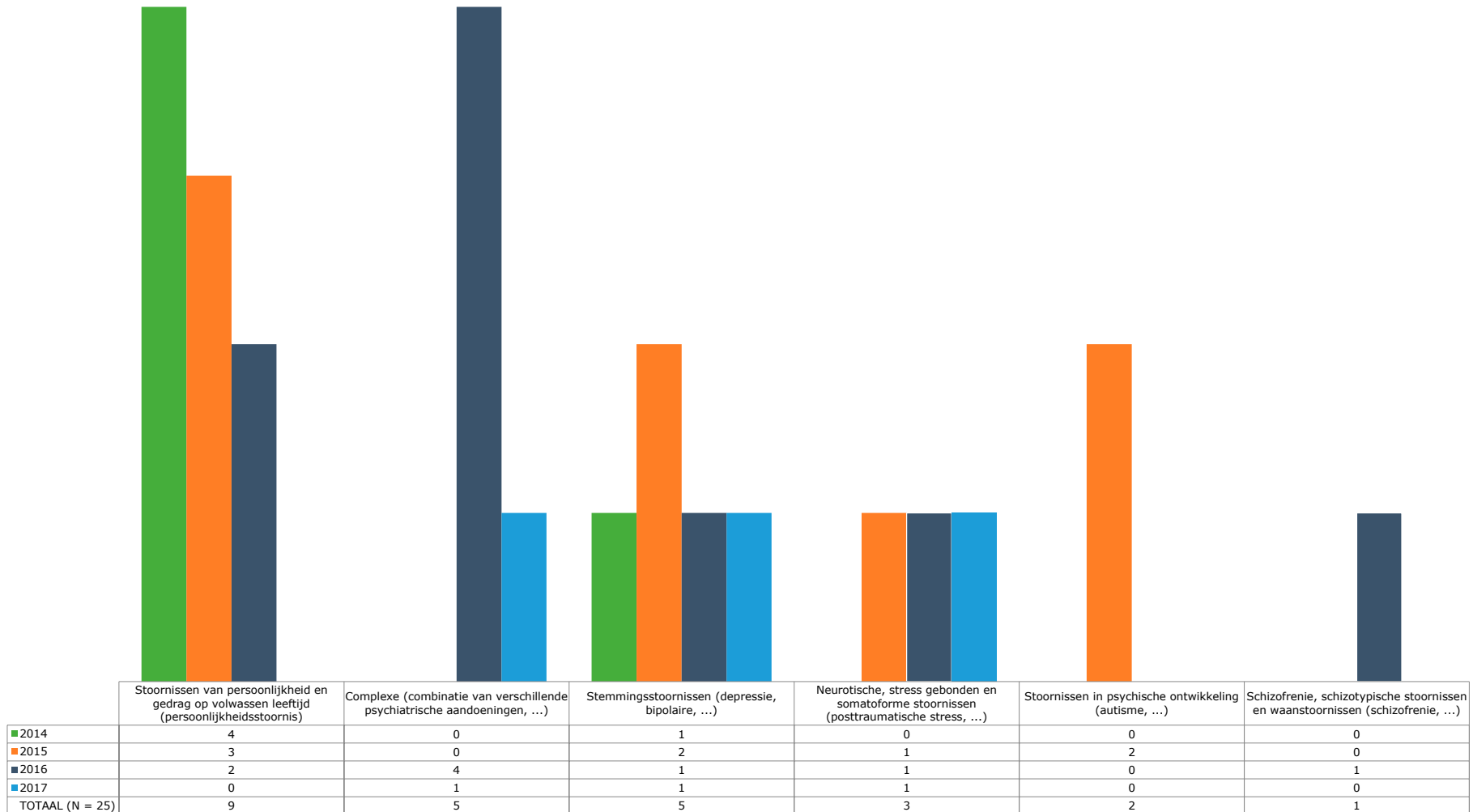
1. [Psychiatrische aandoening met exclusie van dementie](#)

**Grafiek 33. Psychiatrische aandoeningen (excl. dementie): spreiding per levensdecade**



De leeftijd van 79 patiënten of 56% bevindt zich tussen de 40 en 69 jaar, 25 patiënten zijn jonger dan 40 jaar en 16 patiënten zijn ouder dan 80 jaar. En daarvan waren 7 patiënten ouder dan 90 jaar. In deze groep gaat het bijna uitsluitend om stemmingsstoornissen nl. depressies en angstneurosen bij patiënten met een gekende psychiatrische voorgeschiedenis.

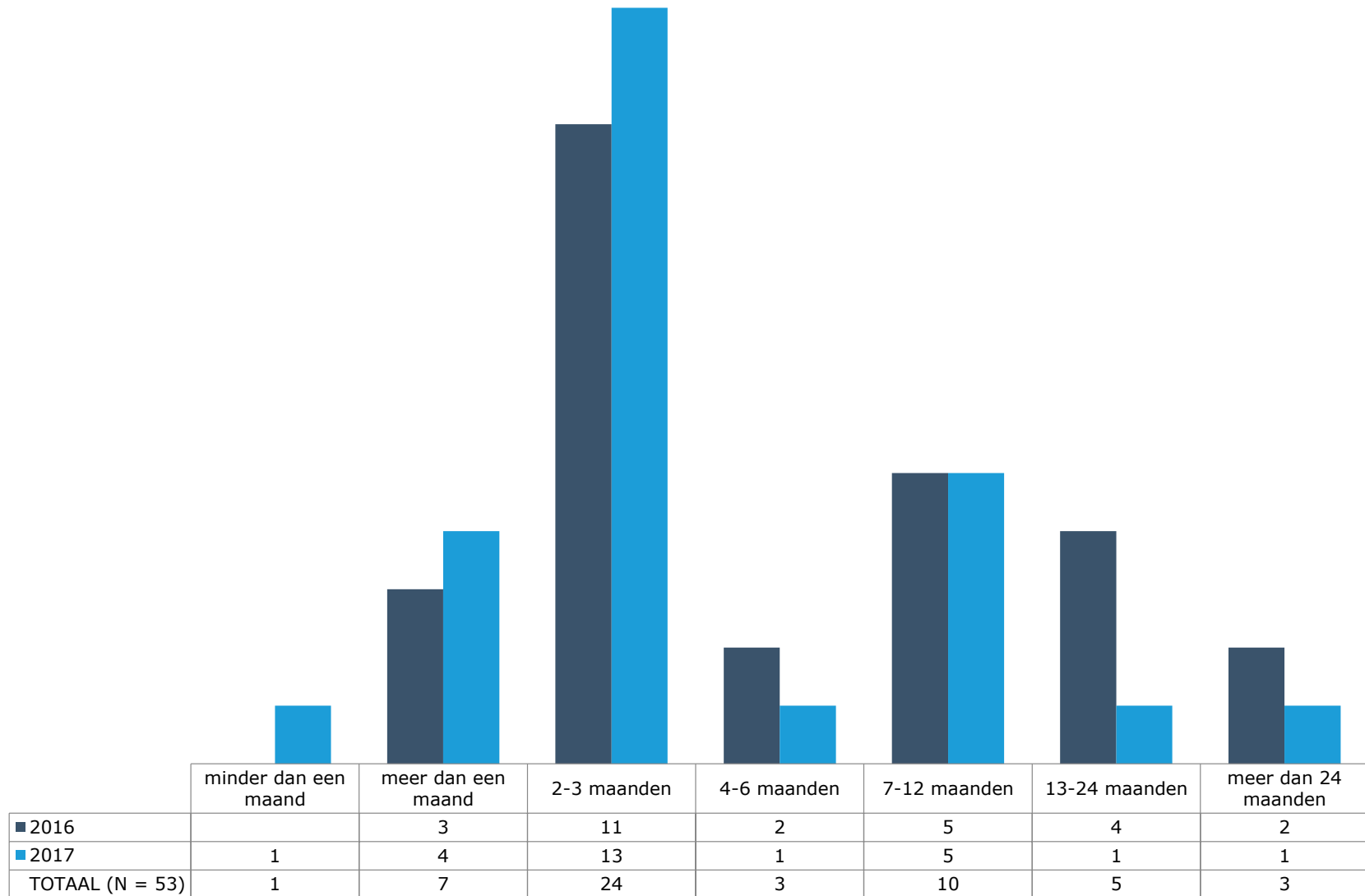
**Grafiek 34. Psychiatrische aandoeningen: subcategorieën bij patiënten jonger dan 40 jaar (excl. dementie)**



In de groep van patiënten jonger dan 40 jaar gaat het vooral om complexe stoornissen van persoonlijkheid en gedrag. Al deze patiënten werden jarenlang behandeld zowel residentieel als ambulante. Steeds is er sprake van onbehandelbaar lijden. Bij de complexe persoonlijkheidsstoornissen werd verschillende malen melding gemaakt van ernstige psychische traumata op zeer jonge leeftijd zoals huiselijk geweld, mentale verwaarlozing, seksueel misbruik.



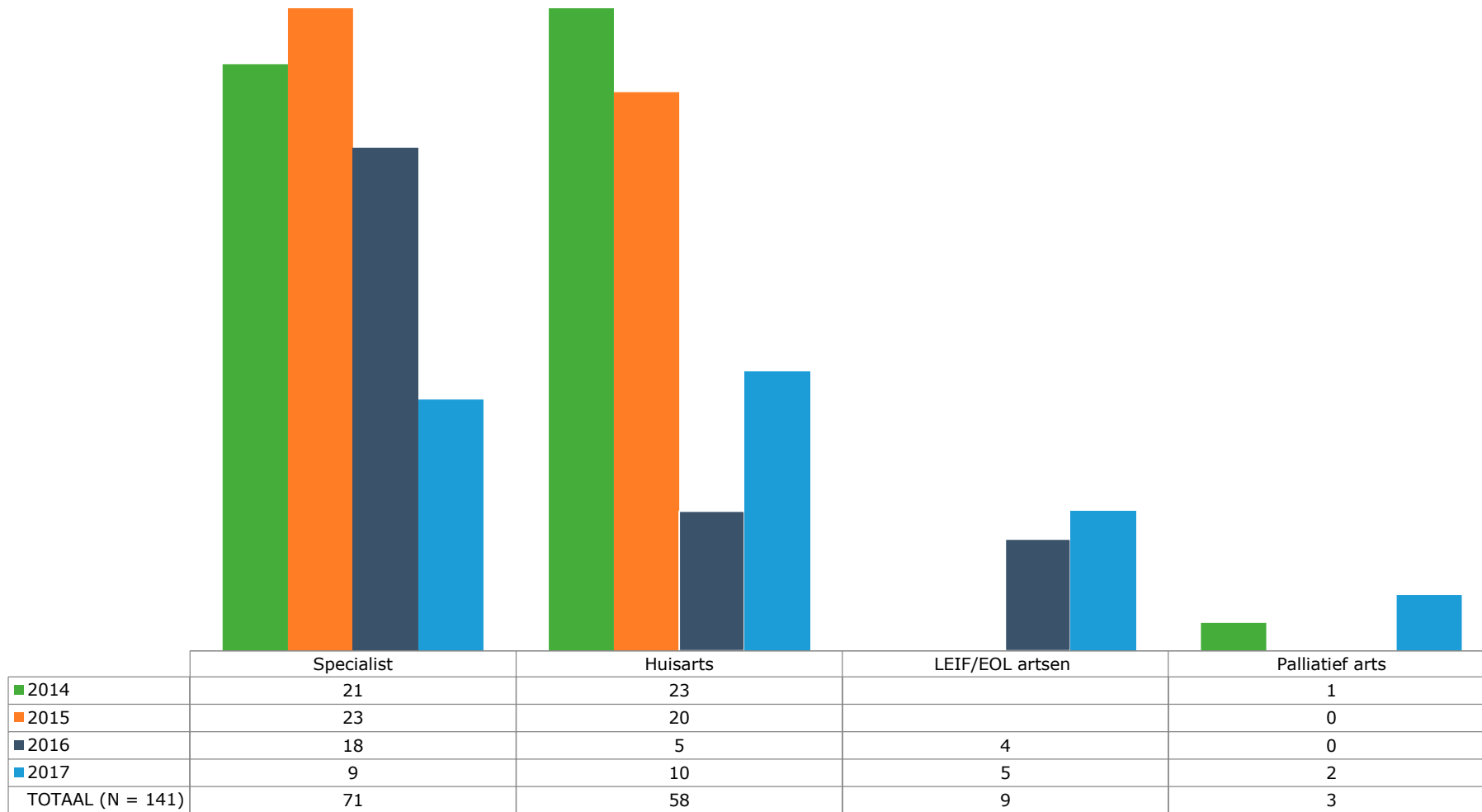
Grafiek 35. Psychiatrische aandoening (excl. dementie): wachttijd



Redelijker wijze verwacht men dat een patiënt met een psychiatrische aandoening niet terminaal is. De enige patiënt bij wie de wachttijd korter was dan 1 maand was 92 jaar oud. Hij leed aan een unipolaire stemmingsstoornis. Hij weigerde elke behandeling gezien de snelle achteruitgang van de algemene toestand. Hij had zijn verzoek reeds maandenlang mondeling geuit.

Bij 18 patiënten bedroeg de wachttijd 7 maanden of meer en bij 8 patiënten was de wachttijd 1 jaar of meer. Onder de 3 patiënten bij wie de wachttijd meer bedroeg dan 24 maanden was de langste wachttijd 48 maanden.

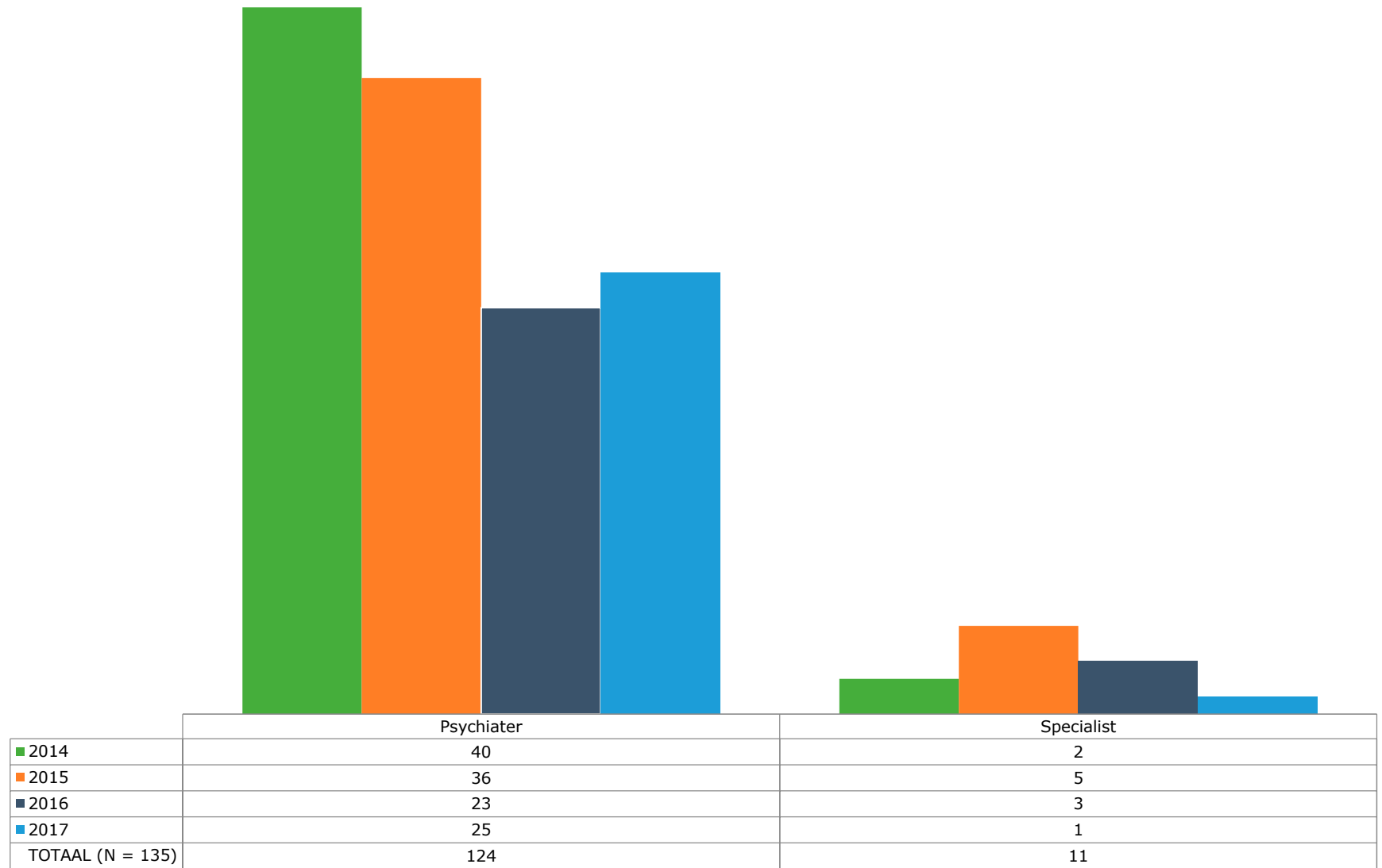
Grafiek 36. Psychiatrische aandoening (excl. dementie): hoedanigheid 1ste arts



Ook bij het onderzoek van een euthanasieverzoek bij een psychiatrische patiënt mag de eerste adviserende arts om het even welke arts zijn ongeacht zijn specialisatie. Ook nu geldt de opmerking dat men niet verplicht is bij de eerste adviserende arts de specialiteit te vermelden. Vandaar dat niet verder werd nagegaan of de LEIF-EOL en/of palliatief arts een huisarts of een specialist was.

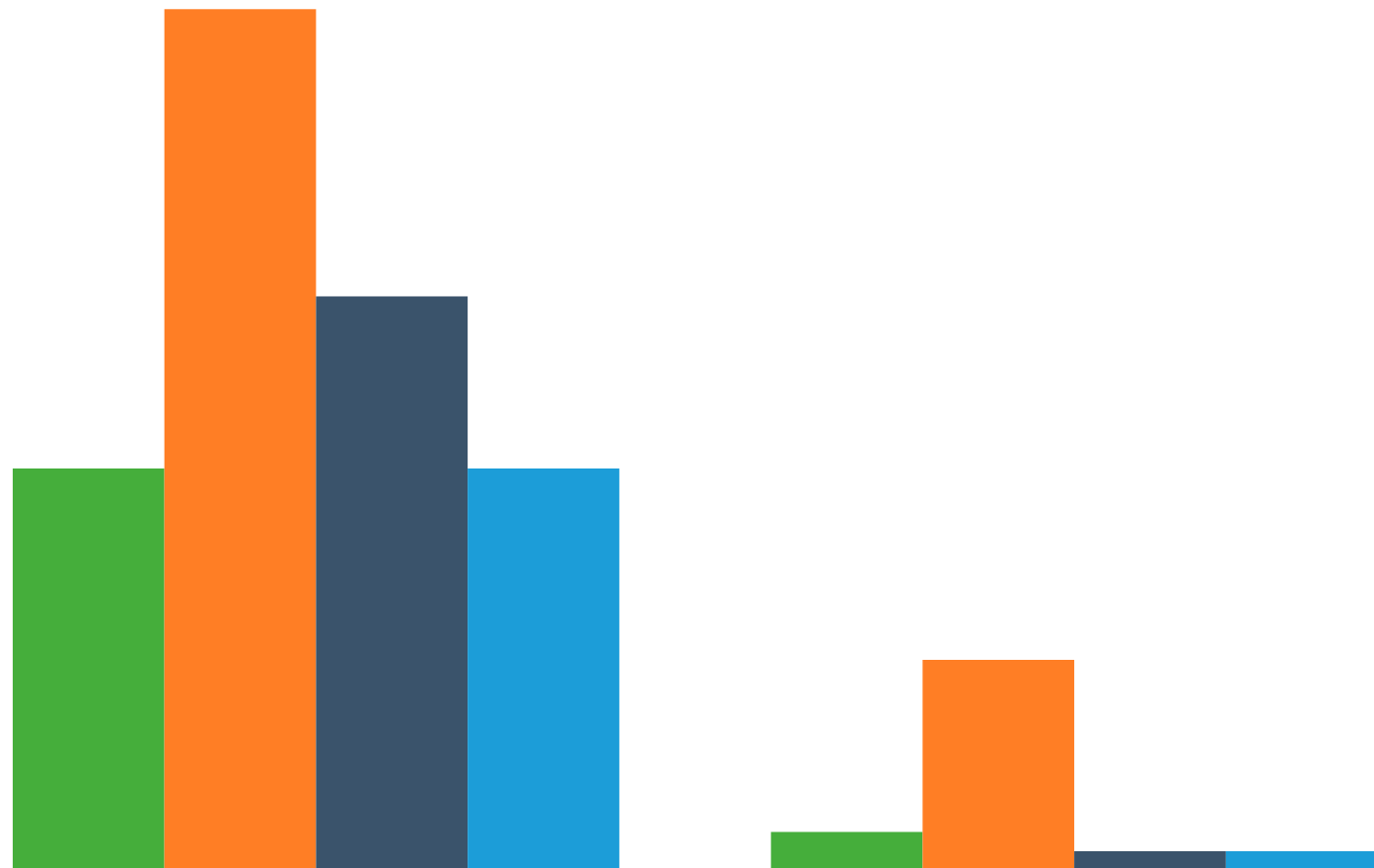
Opvallend is dat in bijna de helft van de patiënten het advies van de eerste adviserende arts reeds afkomstig was van een psychiater. Eveneens valt op dat het 1<sup>ste</sup> advies frequent afkomstig is van een arts (huisarts, psychiater of specialist) met een bijkomende opleiding in de levenseindezorg.

Grafiek 37. Psychiatrische aandoening (excl. dementie): hoedanigheid 2de arts ( i.g.v. overlijdens niet binnen afzienbare termijn)



In 98% was de 2<sup>de</sup> adviserende arts een psychiater. In 17% had de psychiater ook een extra opleiding gevolgd in de levenseinde zorg.

Grafiek 38. Psychiatrische aandoening (excl. dementie): andere artsen, palliatieve teams en psychologen geraadpleegd buiten de wettelijke verplichtingen  
 Totaal betrokken aangiften: 74 op 141 psychiatrische patiënten (excl. dementie)

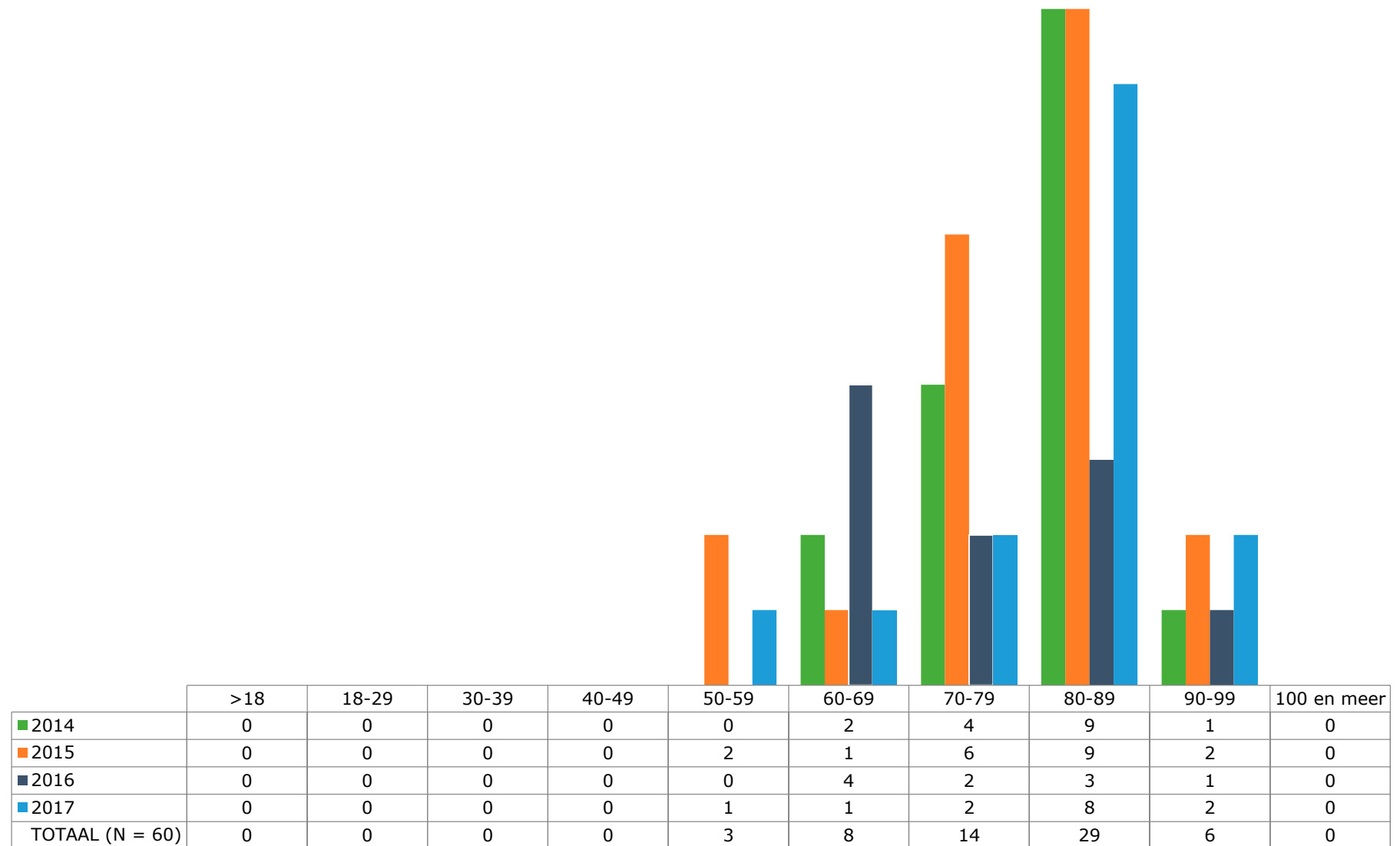


	Andere artsen of psychologen	Palliatieve teams
2014	21	2
2015	45	11
2016	30	1
2017	21	1
TOTAAL (N = 132)	117	15

De meldende arts is niet verplicht te melden welke andere zorgverleners werden geconsulteerd. Het vermoeden is dan ook groot dat er veel meer dan gemeld andere zorgverleners werden geconsulteerd. Dit zou nochtans nuttig zijn om het multidisciplinaire karakter van een uitklaring van een euthanasieverzoek bij deze groep patiënten te onderlijnen. Ondanks het gebrek aan deze verplichting weet men dat er minstens in 40% van deze gevallen multidisciplinair overleg is geweest.

2. [Psychiatrische aandoening met dementie](#)

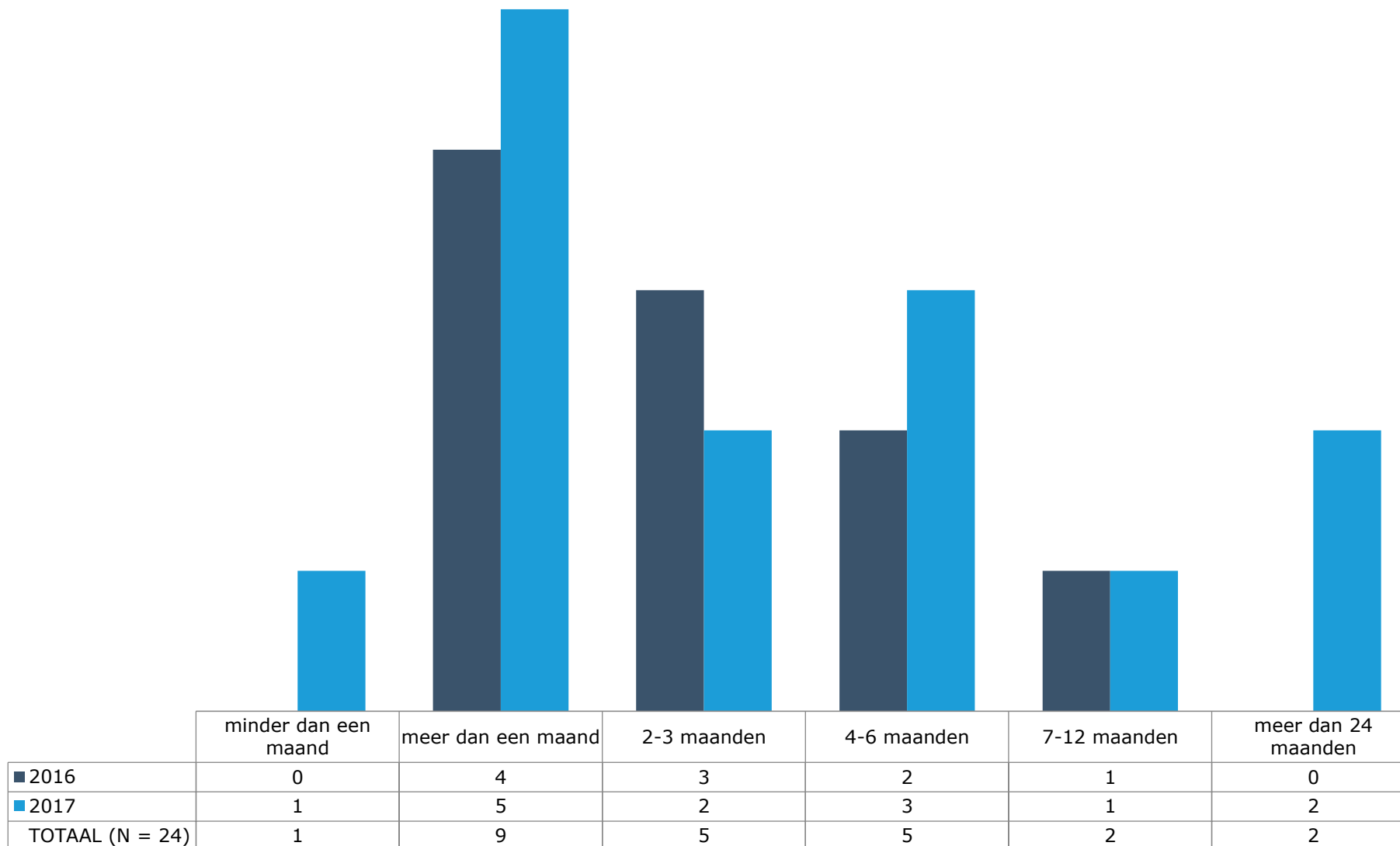
Grafiek 39. Psychiatrische aandoening (met dementie): spreiding per levensdecade



In de periode 2014 – 2017 kregen 60 patiënten euthanasie omwille van een dementeringsproces. Zoals te verwachten is overgrote meerderheid van deze patiënten ouder dan 70 jaar. Van de 60 patiënten waren er 9 die door de uitvoerende arts als terminaal werden beschouwd.



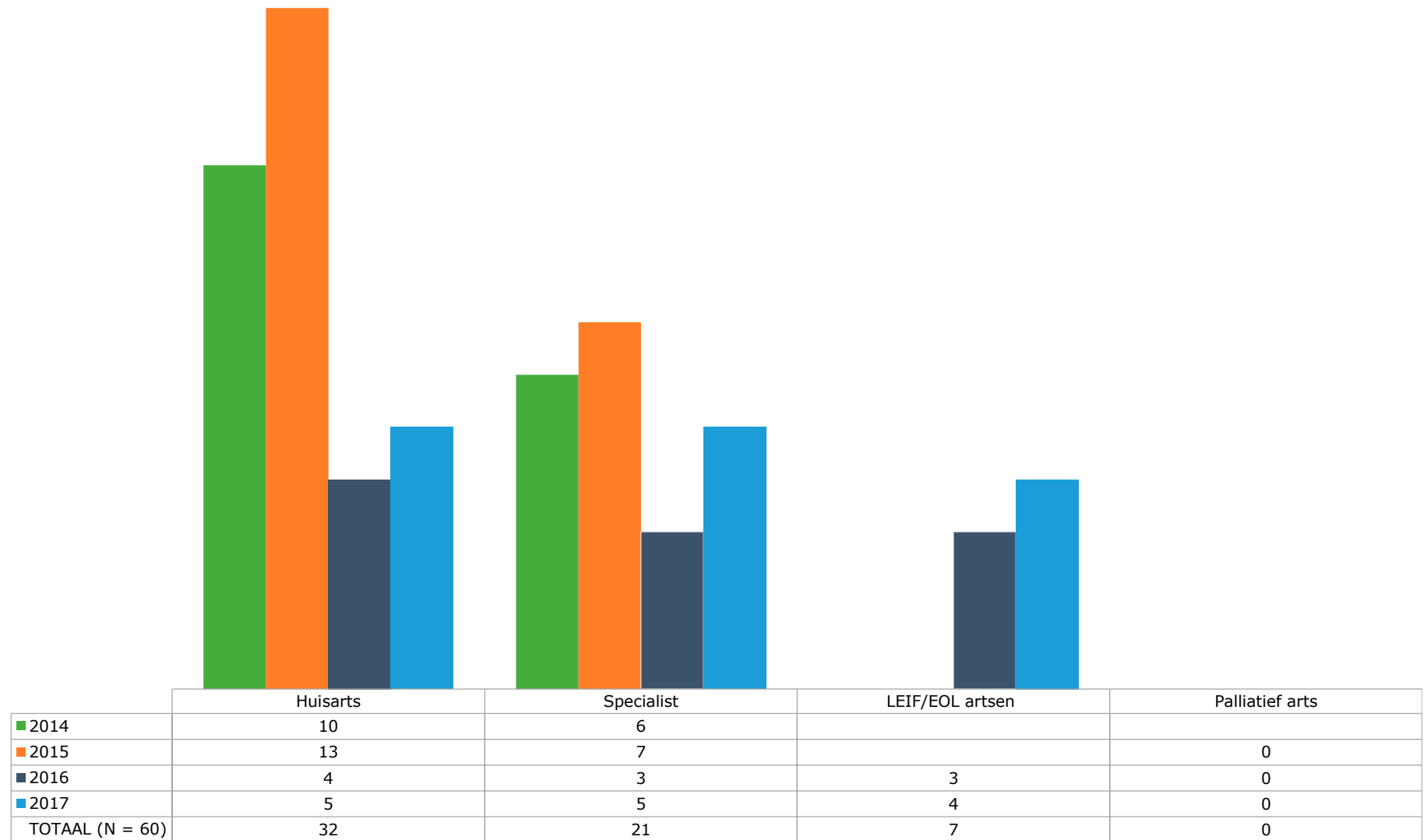
Grafiek 40. Psychiatrische aandoening (met dementie): wachttijd



Bij de groep van dementerende patiënten werd de wachttijd éénmalig niet gerespecteerd. Bij deze casus (niet-terminale patiënt en werd de wachttijd van 1 maand niet gerespecteerd), waren er wel 2 adviezen ouder dan één maand van onafhankelijke artsen zoals de wet vereist.

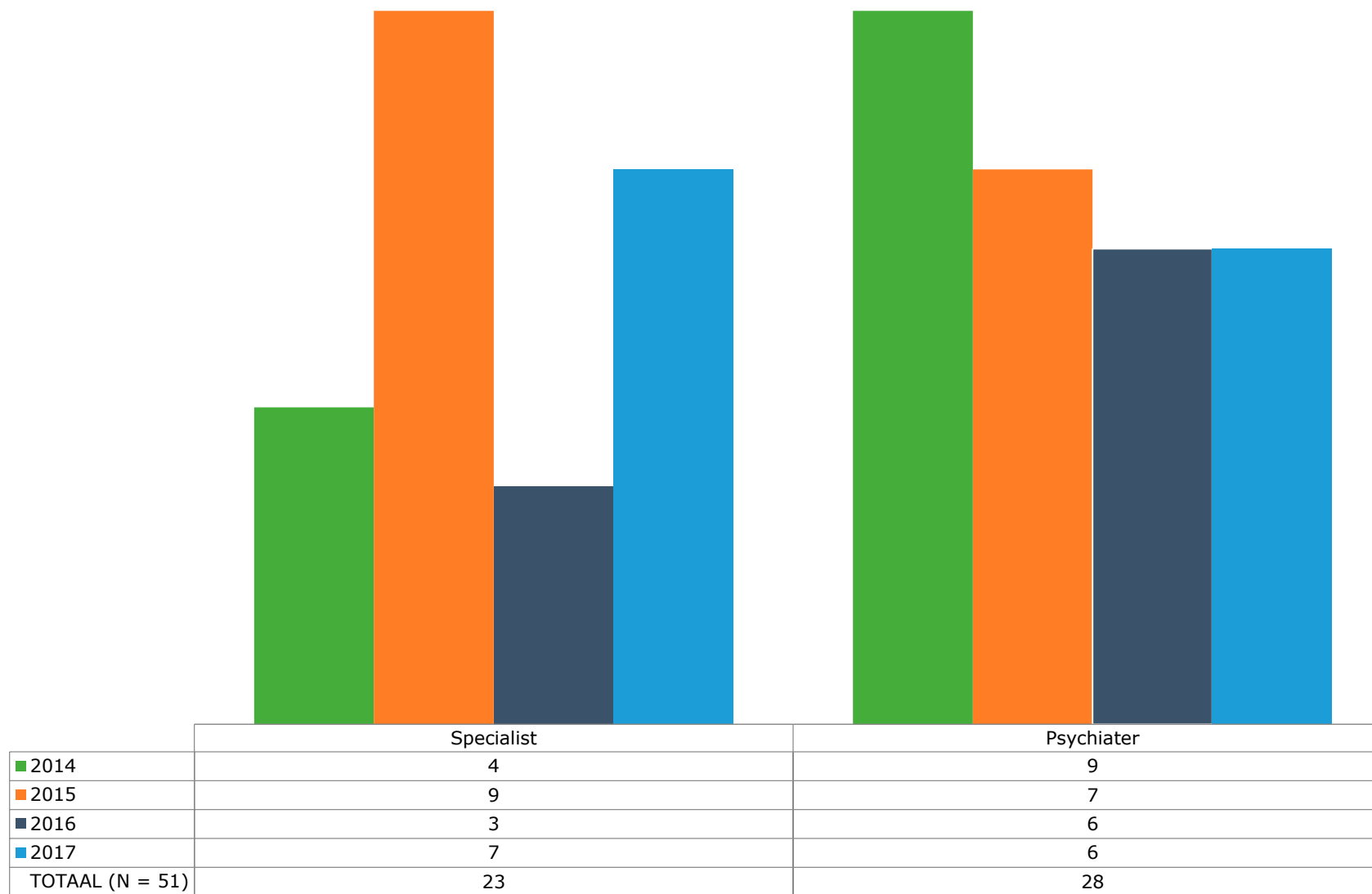
Bij de patiënten die als terminaal werden beschouwd varieert de wachttijd tussen 2 en 98 maanden. Dit benadrukt het feit dat deze patiënten reeds vroeg in het ziekteproces hun schriftelijk verzoek hebben geschreven.

Grafiek 41. Psychiatrische aandoening (met dementie): hoedanigheid 1ste arts



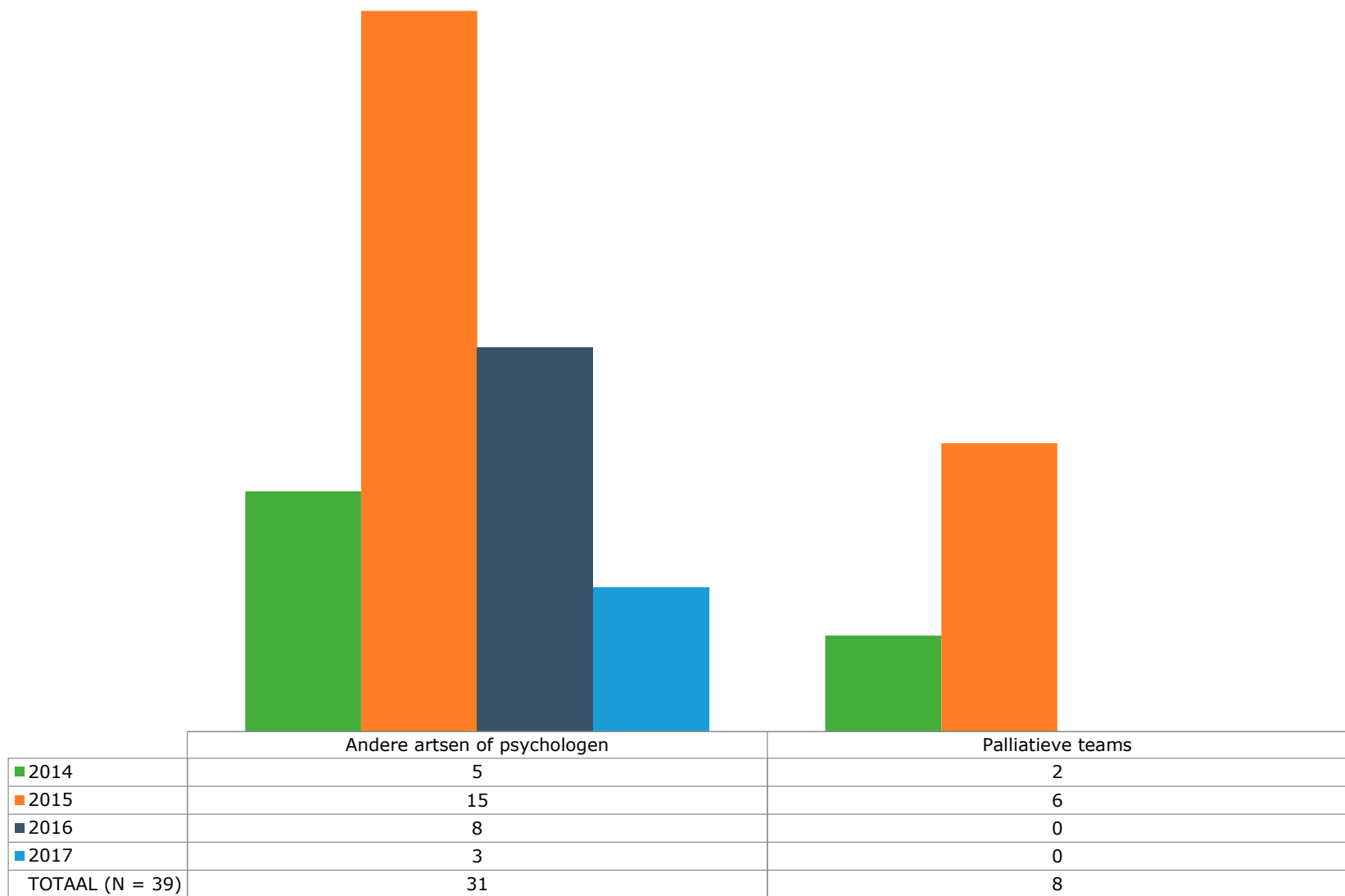
De eerste geraadpleegde arts hoeft geen specialist te zijn in de aandoening. Een huisarts speelt hier een zeer belangrijke rol aangezien hij bij meer dan 70% van deze patiënten het eerste advies geeft. Bij 7 patiënten werd het advies gegeven door een arts met een bijkomende opleiding in levensindezorg. Ook nu gelden voor deze groep de voorheen gemaakte preciseringen.

Grafiek 42. Psychiatrische aandoening (met dementie): hoedanigheid 2de arts (i.g.v. overlijdens niet binnen afzienbare termijn)



In tegenstelling tot de eerste groep patiënten met een psychiatrische aandoening kan het 2de advies ook gegeven worden door een specialist zoals een neuroloog of geriater of een internist.

**Grafiek 43. Psychiatrische aandoening (met dementie): artsen of psycholoog en palliatieve teams geraadpleegd buiten de wettelijke verplichtingen**  
**Totaal betrokken aangiften: 25 op 60 psychiatrische patiënten (met dementie)**



Ook bij dementerende patiënten met een euthanasievraag werd buiten de verplichte adviezen veelvuldig advies gevraagd aan andere zorgverleners.

#### d. Patiënten woonachtig in het buitenland

In deel II, het gedeelte van het registratiedocument waarover de Commissieleden beschikken, wordt alleen de geboorteplaats gevraagd. De woonplaats wordt 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. Op basis van deel II van het registratiedocument ging het in 2016 en 2017 om 23 patiënten die woonachtig waren in het buitenland en naar België gekomen zijn om hier, hun verzoek naar euthanasie, gehonoreerd te krijgen.

Ze leden vooral aan een uitgezaaide kanker (zoals borst of prostaat) of aan een ernstige en ongeneeslijke neurologische ziekte (zoals multiple sclerose, ziekte van Parkinson, amyotrofische laterale sclerose – ALS - of de ziekte van Charcot). Meer dan de helft van de overlijdens werden verwacht op korte termijn. De leeftijd van de patiënten bevond zich vooral tussen de 40 en 59 jaar, vervolgens tussen de 70 en 89. De uitvoering van deze euthanasies gebeurde zowel in het Nederlandstalige als het Franstalige landsgedeelte.

#### 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, wel werd er in de periode 2016 – 2017 orgaandonatie vermeld bij 8 patiënten.

De patiënten leden aan een neurologische of psychiatrische aandoening. De meerderheid was Nederlandstalig, vrouwelijk, tussen 50-69 jaar en niet-terminaal.

### D. 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.

#### a. Het aantal euthanasies

Tussen 2014 tot 2016 bleef het aantal geregistreerde euthanasies praktisch onveranderd. Daarentegen werd 2017 gekenmerkt door een stijging met meer dan 13 %.

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.

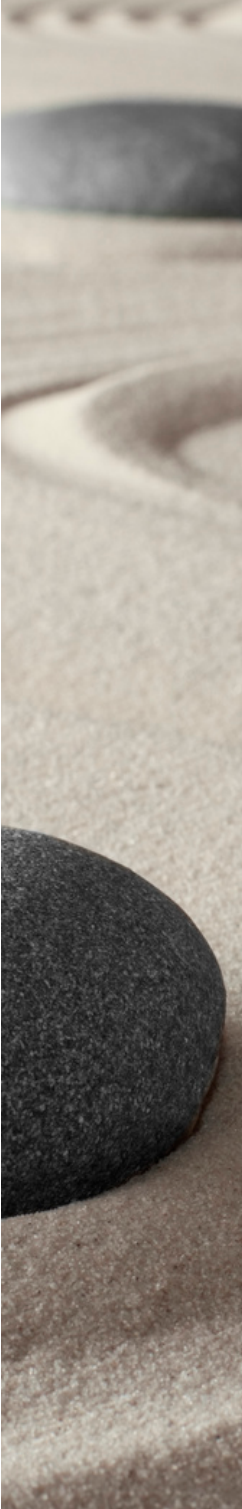
#### b. De aandoeningen die aan de basis lagen van euthanasie

De groep oncologische patiënten blijft de belangrijkste groep van patiënten die om euthanasie verzoekt. De voorbije 4 jaar was gekenmerkt, door een verdere trage maar gestage toename in aantal. Procentueel is het aandeel traag aan het dalen. Het is opmerkelijk dat 99% van de oncologische patiënten wachten tot de terminale fase om de euthanasie te laten uitvoeren.

De meest opvallende stijging werd vastgesteld in de groep patiënten met polypathologie. In 4 jaar tijd is deze groep bijna verdubbeld nl. van 232 tot 444 patiënten. (ter verduidelijking, deze groep van patiënten werd voor 2014 frequent in andere categorieën geclassificeerd o.a. oncologische, cardiovasculaire en ziekten van het ademhalingsstelsel). Meer dan 70% van deze patiënten was ouder dan 80 jaar.

De uitgebreide studie van de groep van patiënten met polypathologie toont aan dat het in België telkens gaat over patiënten met een combinatie van meerdere ernstige en ongeneeslijke aandoeningen voor het merendeel in een eindstadium. Ter herinnering, de levensmoeheid zonder medische context als een reden voor euthanasie wordt door de Commissie nooit aanvaard.

De patiëntengroep met psychiatrische aandoeningen, na exclusie van de patiënten met de ziekte van Alzheimer, bedroeg de voorbije 2 jaar minder dan 30 per jaar. Sinds 2014, 16 patiënten op 141 waren ouder dan 80 jaar waarvan 7 ouder dan 90 jaar. Het ging veelal om een onbehandelbare unipolaire stemmingsstoornis (depressie).



25 patiënten op 141 waren jonger dan 40 jaar. In deze groep ging het vooral om lang bestaande complexe persoonlijkheidsstoornissen en om enkele patiënten met een autisme spectrum syndroom. Ze werden allen, door de meldende artsen, als uitbehandeld beschouwd. De euthanasievragen werden multidisciplinair onderzocht met adviserende en behandelende psychiaters, psychologen, verpleegkundigen etc. De wachttijd varieerde van 6 maand tot meer dan 24 maanden.

In 2017 werd door de Vlaamse vereniging voor psychiatrie (VVP) een adviestekst inzake het zorgvuldig handelen bij een euthanasieverzoek bij psychiatrische patiënten<sup>4</sup> gepubliceerd.

### c. De geconsulteerde zorgverleners buiten de wettelijke verplichtingen

In 2016 en 2017 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. Artsen wensen de belangrijke beslissing van een levensbeëindiging op verzoek van de patiënt te toetsen aan de mening van andere zorgverleners. Aanvullende medische raadplegingen mogen echter niet leiden tot het stellen van extra voorwaarden waarin de wet niet voorziet of ten koste gaan van het respecteren van de wil van de patiënt, dit laatste moet de centrale parameter blijven.

---

4 <http://vvp-online.be/>



# Deel 3. Aanbevelingen van de Commissie inzake de toepassing van de wet

## A. Met betrekking tot nationaal wetenschappelijk onderzoek in verband met het levenseinde

Tot op heden is er geen enkele studie op nationaal niveau naar alle medische handelingen betreffende het levenseinde (zoals euthanasie, sedatie, hoge dosissen opiaten, stopzetting van de behandeling, levensbeëindiging zonder verzoek, ... ).

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

De Commissie is ook van oordeel dat, met het oog op een wettelijk correcte toepassing van 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.

Het is belangrijk dat de overheid ofwel zelf initiatieven onderneemt of initiatieven van derden subsidieert.

Bovendien dienen faculteiten en hogescholen die instaan voor de opleiding van alle professionele zorgverleners verplicht de opleiding in levenseindezorg opnemen in hun curriculum.

De Commissie dringt opnieuw aan op een informatiebrochure bestemd voor het publiek. In deze brochure moet er niet alleen aandacht zijn voor de toepassing van de wet betreffende euthanasie maar evengoed voor de toepassing van de wet op de patiëntenrechten en de wet betreffende de palliatieve zorg.

De informatiebrochure opgesteld door de Commissie voor het medische korps 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 eveneens 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.

## 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. Slechts één dossier werd in 2015 na een uitgebreide discussie overgedragen aan het parket voor verder onderzoek.

De voorbije jaren ging er heel wat aandacht naar de wachttijd, nl. de tijd tussen de datum van het schriftelijk verzoek en de datum van uitvoering. Deze werd in de voorbije 2 jaar bij alle patiënten berekend. Er werd vastgesteld dat deze wachttijd niet alleen afhankelijk is van de te verwachten termijn van overlijden maar ook van de aard van de pathologie die aan de basis ligt van het euthanasieverzoek. In geval van een euthanasie bij een niet-terminale patiënt bedraagt deze wachttijd, al naargelang de aard van de aandoening, soms zes maanden tot één jaar of zelfs meer. Daarom werd ter verduidelijking in deel II het onderscheid tussen bedenktijd en wachttijd opnieuw beschreven in deel II van het huidige rapport, zoals in het vorige rapport.

De Commissie betreurt dat er nog steeds geen oplossing is geboden aan de complexiteit om een wilsverklaring op te stellen en aan de omslachtigheid van de procedures voor het registreren en het hernieuwen ervan. De hernieuwing van de voorafgaande wilsverklaring euthanasie blijft een struikelsteen voor elke burger.

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

---

Om een dossier correct te kunnen beoordelen wordt tijdens de gemeenschappelijke bespreking vaak verduidelijkingen gegeven door commissieleden vanuit hun specifieke expertise (vb. juridische of medische toelichtingen). Een aantal van de discussies die gehouden werden binnen de Commissie werden dan ook kort samengevat. Zo wil de Commissie bijdragen aan de transparantie van de beoordelingsmethodologie en aantonen dat de wet correct wordt toegepast. De Commissie wil beklemtonen dat het belangrijkste, meest tijdrovende deel van de beoordeling vooraf en individueel gebeurt. Dit is de opdracht die elk Commissielid op zich neemt bij zijn aanstelling.

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.

Daarnaast is het gezien het grote aantal euthanasies dringend noodzakelijk om te beschikken over een elektronisch registratiedocument voor de meldende arts. Dit zal de werklast van de Commissieleden en het secretariaat aanzienlijk verminderen en de elektronische dataverwerking faciliteren. Veel van het werk dat door de Commissie gebeurt, wordt uitgevoerd op een voluntaristische basis. Dit in tegenstelling tot Nederland waar de Regionale ToetsingsCommissies over een budget beschikken dat een veelvoud is van het budget van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie euthanasie.

# Deel 4 - Bijlagen

## 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;

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 kinder- en 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<sup>o</sup>, 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, gedaateerd 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(o)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 getuigenschrift gevoegd als bewijs dat de betrokkene fysiek blijvend niet in staat is de wilsverklaring op te stellen en te tekenen.

Met de wilsverklaring kan alleen rekening gehouden worden indien zij minder dan vijf jaar vóór het moment waarop betrokkene zijn wil niet meer kan uiten, is opgesteld of bevestigd.

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 bijkomende voorwaarden die de arts aan zijn ingrijpen wenst te verbinden, 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. 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 inzage van worden genomen na beslissing van de commissie. In geen geval kan de commissie zich hierop baseren voor haar evaluatietoets.

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 tweemaal :

- 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 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.

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

De arts die weigert in te gaan op een euthanasieverzoek moet, op verzoek van de patiënt of de vertrouwenspersoon, het medisch dossier van de patiënt meedelen aan de arts die is aangewezen door de patiënt of de vertrouwenspersoon.

#### **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.

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 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>	
1. De heer Chris Verslype (NL)	1. De heer Maurice Sosnowski (FR)
2. De heer Didier Giet (FR)	2. De heer Dominique Lossignol (FR)
3. De heer Etienne De Groot (NL)	3. Mevrouw Marie-Élisabeth Faymonville (FR)
4. De heer Wim Distelmans (NL) - Nederlandstalig voorzitter	4. De heer Marco Schetgen (FR)
5. De heer Philippe Boxho (FR)	5. De heer Luc Proot (NL)
6. De heer Charles Kornreich (FR) - ontslagnemend	6. Mevrouw Michèle Morret-Rauis (FR)
7. Mevrouw Corinne Vaysse-Van Oost (FR)	7. Mevrouw Muriel Thienpont (NL)
8. Mevrouw Anne Desodt (NL).	8. De heer Ludo Vanopdenbosch (NL) - ontslagnemend
<b>Als docent, hoogleraar of emeritus hoogleraar in de rechten aan een Belgische universiteit of advocaat</b>	
9. De heer Christophe Lemmens (NL)	9. De heer Yves-Henri Leleu (FR)
10. Mevrouw Jacqueline Herremans (FR)	10. De heer Gerd Verschelden (NL)
11. De heer Gilles Genicot (FR) - Franstalig voorzitter	11. De heer Tom Balthazar (NL)
12. De heer Walter De Bondt (NL)	12. De heer Marc Van Overstraeten (FR)
<b>Als leden uit kringen die belast zijn met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten:</b>	
13. Mevrouw Magali De Jonghe (NL)	13. Mevrouw Géraldine Mathieu (FR)
14. Mevrouw Thérèse Locoge (FR)	14. De heer Paul Destrooper (NL)
15. Mevrouw Chantal Gilbert (FR)	15. Mevrouw Magriet De Maegd (NL)
16. Mevrouw Jacinta De Roeck (NL)	16. Mevrouw Arlette Geuens (NL)



## **FCEE**

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie  
Secretariaat van de Commissie.

Victor Hortaplein 40/10

1060 Brussel - België

Tel: +32 (0)2 524 92 64(NL)/63(FR)

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

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