

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie

Zevende verslag aan de wetgevende kamers, jaren 2014-2015



Inleiding

Dit verslag heeft betrekking op de door de Commissie onderzochte registratiedocumenten die ingediend zijn voor patiënten bij wie euthanasie werd uitgevoerd in de periode tussen 1 januari 2014 en 31 december 2015.

Overeenkomstig de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie bestaat dit verslag uit verschillende delen:

1. Deel 1: statistieken gebaseerd op de inlichtingen die werden verzameld via het tweede luik van het registratiedocument dat door de artsen werd ingevuld;
2. Deel 2: een beschrijving en een evaluatie van de toepassing van de wet;
3. Deel 3: aanbevelingen die kunnen resulteren in een wetgevend initiatief en/of in andere maatregelen met betrekking tot de uitvoering van de wet.

Dit verslag bevat ook een deel dat onder meer de vragen aan de Commissie over de toepassing van de wet inhoudt en 2 bijlages.

- Bijlage 1: wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie
- Bijlage 2: lijst van de leden van de Commissie

Dit verslag is opgesteld door :

- F. Damas
- W. De Bondt
- W. Distelmans
- J. Herremans
- L. Proot
- Ch. Verslype

Het werd besproken in de plenaire vergadering van 9 augustus 2016 en het werd unaniem goedgekeurd.

Deel 1 De euthanasie in cijfers	5
(A) Algemeen overzicht 2014-2015.....	5
Deel 2 Beschrijving en evaluatie van de toepassing van de wet	11
(A) Werking van de Commissie (wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, art. 6-13).....	11
(B) De beslissingen van de Commissie	13
(C) Aantal aangiften	14
(D) Taal waarin de registratiedocumenten zijn opgesteld.....	17
(E) De leeftijd van de patiënten.....	19
(F) Aantal overlijdens op basis van euthanasie ten opzichte van totaal aantal overlijdens	19
(G) De plaats waar de euthanasie werd uitgevoerd	20
(H) De aandoeningen die aan de basis lagen van euthanasie	20
1. De patiënten met een oncologische aandoening (Nieuwvormingen).....	23
2. Patiënten met polypathologie.....	26
3. Patiënten met een ziekte van het zenuwstelsel	30
4. De patiënten met ziektes van het hart en vaatstelsel.....	33
5. De patiënten met psychische stoornissen en gedragsstoornissen (psychiatrische aandoeningen)	36
6. Patiënten met een letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken.....	40
7. Weigering van behandeling.....	41
(I) Euthanasie op grond van voorafgaande wilsverklaring.....	42
(J) De aard van het lijden	43
(K) Te verwachten termijn van overlijden	43
(L) De geraadpleegde artsen.....	46
1. Eerste verplicht geraadpleegde artsen.....	46
2. 2 ^{de} verplicht geraadpleegde arts (i.g.v. overlijdens niet binnen afzienbare termijn)	46
(M) Het advies van de geraadpleegde arts.....	47
(N) Wettelijk niet verplichte consultaties.....	48
(O) De wijze waarop de euthanasie uitgevoerd werd en de gebruikte middelen	49
(P) Bijkomende opmerkingen van sommige artsen in rubriek 12.....	50
Deel 3 Antwoorden op vragen gesteld door derden aan de Commissie over de wet betreffende euthanasie	52
(A) Vragen om uitleg over de wet betreffende euthanasie	52
1. De media	52
2. Advocaten	52
3. Artsen.....	53
(B) Euthanasie en psychiatrische patiënten.....	53
1. Euthanasie en psychisch lijden t.g.v. een psychiatrische aandoening.....	53
2. De bedenktijd en de wachttijd.	54
(C) De commissie en de gevolgen van de anonimiteit.....	57
Deel 4 Aanbevelingen van de Commissie inzake de uitvoering van de wet	58
(A) Met betrekking tot de nood aan het verstrekken van informatie aan burgers en zorgverleners.	58
(B) Met betrekking tot eventuele wijzigingen aan de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie.....	58
(C) Met betrekking tot de werking van de federale controle en evaluatiecommissie.	58
Deel 5 Samenvatting en besluit	59
Deel 6 Bijlagen	60
(A) Bijlage 1: 28 MEI 2002. - Wet betreffende de euthanasie.....	60
(B) Bijlage 2 – Leden van de Commissie.....	64

De euthanasie in cijfers

(A) Algemeen overzicht 2014-2015

Informatie verzameld op basis van deel II anoniem gedeelte van de registratiedocumenten die de Commissie ontvangen heeft.

Aantal uitgevoerde euthanasies en de taaldistributie	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Totaal	1928		2022		3950	
Nederlands	1523	79	1629	80,6	3152	79,8
Frans	405	21	393	19,4	798	20,2
De aard van het verzoekschrift waarop de euthanasie werd uitgevoerd	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Actueel verzoek	1890	98	1993	98,6	3883	98,3
Voorafgaande wilsverklaring	38	2	29	1,4	67	1,7
Genderverdeling van de patiënten	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Mannelijk	977	50,7	1049	51,9	2026	51,3
Vrouwelijk	951	49,3	973	48,1	1924	48,7
Leeftijdsverdeling van de patiënten	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
<18	0	0	0	0	0	0
18-29	8	0,4	5	0,2	13	0,3
30-39	22	1,1	20	1	42	1,1
40-49	59	3,1	75	3,7	134	3,4
50-59	207	10,7	221	10,9	428	10,8
60-69	408	21,2	442	21,9	850	21,5
70-79	514	26,7	553	27,3	1067	27
80-89	548	28,4	543	26,9	1091	27,6
90-99	156	8,1	154	7,6	310	7,9
100 en meer	6	0,3	8	0,4	14	0,4
?*	0	0	1	0	1	1

*Eén 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.

Plaats van de uitvoering van de euthanasie	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Thuis	835	43,3	901	44,6	1736	43,9
Ziekenhuis	817	42,4	840	41,5	1657	41,9
Woonzorgcentra (WZC)	241	12,5	244	12,1	485	12,3
Andere	35	1,8	37	1,8	72	1,8

Te verwachten termijn voor overlijden

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

Te verwachten termijn van overlijden	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Terminaal (Term.)	1633	84,7	1723	85,2	3356	85
Niet-terminaal (N-term.)	295	15,3	299	14,8	594	15

Aandoeningen die aan de basis lagen van het euthanasieverzoek

Alle kwaadaardige aandoeningen (kankers) ongeacht het lichaamstelsel waarin ze voorkomen zijn terug te vinden onder nieuwvormingen (kankers). Daarentegen zijn de niet-kwaadaardige aandoeningen gerangschikt volgens lichaamstelsel of volgens etiologie.

De categorieën van de aandoeningen die aan de basis lagen van het euthanasieverzoek, ongeacht patiënt terminaal (Term) of niet terminaal (N-Term) was.	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Nieuwvormingen (kankers)	1304	67,6	1371	67,8	2675	67,7
Polypathologie	176	9,1	209	10,3	385	9,7
Ziekten van het zenuwstelsel	134	7	140	6,9	274	6,9
Ziekten van hart en vaatstelsel	104	5,4	101	5	205	5,2
Psychische stoornissen en gedragsstoornissen	61	3,2	63	3,1	124	3,1
Ziekten van het ademhalingsstelsel	70	3,6	54	2,7	124	3,1
Ziekten van het bot-spierstelsel en bindweefsel	23	1,2	16	0,8	39	1
Letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	18	0,9	16	0,8	34	0,9
Ziekten van het spijsverteringsstelsel	7	0,4	13	0,6	20	0,5
Ziekten van het urogenitaal stelsel	5	0,3	12	0,6	17	0,4
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratorium uitslagen niet elders geclassificeerd	6	0,3	9	0,4	15	0,4
Bepaalde Infectieziekten en parasitaire aandoeningen	5	0,3	9	0,4	14	0,4
Ziekten van het oog en adnexen	6	0,3	2	0,1	8	0,2
Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen.	4	0,2	3	0,1	7	0,2
Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoom afwijkingen	2	0,1	2	0,1	4	0,1
Ziekten van huid en subcutis	2	0,1	2	0,1	4	0,1
Ziekten van bloed, bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen die het immuun systeem beïnvloeden	1	0,1	0	0	1	0

De categorieën van de aandoeningen die aan de basis lagen van het euthanasieverzoek bij niet-terminale patiënten	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Polypathologie	86	29,2	107	35,8	193	32,5
Psychische stoornissen en gedragsstoornissen	56	19	57	19,1	113	19
Ziekten van het zenuwstelsel	57	19,3	52	17,4	109	18,4
Ziekten van hart en vaatstelsel	32	10,8	28	9,4	60	10,1
Nieuwvormingen (kankers)	14	4,7	13	4,3	27	4,5
Ziekten van het bot-spierstelsel en bindweefsel	16	5,4	11	3,7	27	4,5
Letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	11	3,7	8	2,7	19	3,2
Ziekten van het ademhalingsstelsel	4	1,4	6	2	10	1,7
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratorium uitslagen niet elders geclassificeerd	4	1,4	5	1,7	9	1,5
Bepaalde Infectieziekten en parasitaire aandoeningen	2	0,7	6	2	8	1,3
Aandoeningen van het oog en adnexen	5	1,7	1	0,3	6	1
Ziekten van het spijsverteringsstelsel	3	1	1	0,3	4	0,7
Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoom afwijkingen	2	0,7	1	0,3	3	0,5
Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen.	2	0,7	1	0,3	3	0,5
Ziekten van huid en subcutis	1	0,3	1	0,3	2	0,3
Ziekten van het urogenitaal stelsel	0	0	1	0,3	1	0,2
Ziekten van bloed, bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen die het immuun systeem beïnvloeden	0	0		0	0	0

De categorieën van de aandoeningen die aan de basis lagen van het euthanasieverzoek volgens de te verwachten termijn voor overlijden; Term en N-Term	Term 2014	N-Term 2014	Term 2015	N-Term 2015	TOTAAL Term	TOTAAL N-Term	% totaal term	% totaal N-term
Nieuwvormingen (kankers)*	1290	14	1358	13	2648	27	78,9	4,5
Polypathologie**	90	86	102	107	192	193	5,7	32,5
Ziekten van het zenuwstelsel***	76	57	88	52	164	109	4,9	18,4
Ziekten van hart en vaatstelsel***	73	32	73	28	146	60	4,4	10,1
Ziekten van het ademhalingsstelsel ***	66	4	48	6	114	10	3,4	1,7
Ziekten van het spijsverteringsstelsel	4	3	12	1	16	4	0,5	0,7
Ziekten van het urogenitaal stelsel	5	0	11	1	16	1	0,5	0,2
Letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	7	11	8	9	15	20	0,4	3,4
Ziekten van het bot-spierstelsel en bindweefsel	7	16	5	10	12	26	0,4	4,4
Psychische stoornissen en gedragsstoornissen	5	56	6	57	11	113	0,3	19
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratorium uitslagen niet elders geïnclassificeerd	2	4	4	5	6	9	0,2	1,5
Bepaalde infectieziekten en parasitaire aandoeningen	3	2	3	6	6	8	0,2	1,3
Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen	2	2	2	1	4	3	0,1	0,5
Aandoeningen van het oog en adnaxen	1	5	1	1	2	6	0,1	1
Ziekten van huid en subcutis	1	1	1	1	2	2	0,1	0,3
Ziekten van bloed, bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen die het immuun systeem beïnvloeden	1	0	0	0	1	0	0	0
Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoom afwijkingen	0	2	1	1	1	3	0,0	0,5

*Onder de patiënten met een kwaadaardige aandoeningen (nieuwvormingen/kankers) was er een beperkt aantal waarvan de arts van oordeel was dat het overlijden niet-terminaal was.

** In geval van polypathologie was de arts in iets minder dan 50% van de patiënten van mening dat de patiënt terminaal was.

*** Bij de niet kwaadaardige aandoeningen van het zenuwstelsel, hart en vaatstelsel en het ademhalingsstelsel was de meerderheid van de patiënten terminaal.

Hoedanigheid van de eerste verplicht te raadplegen arts	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Huisarts*	1031	53,5	1082	53,5	2113	53,5
Specialist**	747	38,7	791	39,1	1538	38,9
Palliatief arts****	150	7,8	149	7,4	299	7,6

*De kwalificatie « LEIF » of « EOL » arts wordt gerangschikt als « huisarts » indien er geen andere kwalificatie expliciet werd vermeld.

**De ziekenhuisartsen en geneesheer specialisten in opleiding, worden beschouwd als specialisten.

**Palliatief arts is een specialist of een huisarts met een bijzondere bekwaming in de palliatieve zorg.

Hoedanigheid van de tweede verplicht te raadplegen arts i.g.v. een niet-terminale patiënt	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Psychiater	216	73,2	190	63,5	406	68,4
Specialist*	79	26,8	109	36,5	188	31,6

*In geval van polypathologie beschouwt de commissie de huisarts als een specialist en kan de 2^{de} verplicht te raadplegen arts in dit geval een huisarts zijn.

Artsen en palliatieve teams geraadpleegd buiten de wettelijke verplichtingen*	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Arts	528	48,8	997	50,28	1525	49,8
Palliatieve teams	554	51,2	986	49,72	1540	50,2

* Bij éénzelfde patiënt zijn meerdere antwoorden mogelijk.

Geraadpleegde	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
2de verplicht geraadpleegde artsen	291	8,8	299	6,9	590	7,8
Andere artsen geraadpleegd buiten de wettelijke verplichtingen	528	15,9	997	23,2	1523	20
Palliatieve teams	554	16,8	986	22,9	1540	20,3
1ste verplicht geraadpleegde arts	1928	58,4	2022	47	3950	51,9
Totaal van de geraadpleegde personen of instanties	3299	100	4303	100	7602	100

* Consultatie van ethische commissies werden niet specifiek bijgehouden omdat dit slechts sporadisch voorkwam.

Lijden

- Voorbeelden van fysiek lijden:
Pijn, dyspneu, dysfagie, uitputting, hemorragieën, darmobstructie, verlamming, wonden, herhaalde transfusies, enz.
- Voorbeelden van psychisch lijden:
Zorgafhankelijkheid, verlies aan autonomie, eenzaamheid, wanhoop, verlies van waardigheid, uitzichtloosheid, verlies aan vermogen sociale contacten te onderhouden enz.

Opgegeven lijden	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Fysiek lijden	1846	60,6	1906	60,7	3752	60,6
Psychisch lijden	1201	39,4	1236	39,4	2437	39,4

Gebruikte techniek en middelen voor het uitvoeren van de euthanasie

- Vaak werd de eigenlijke levensbeëindiging voorafgegaan door het toedienen van een sedativum bestaande uit een IV of peroraal toegediend benzodiazepines zoals dit gebeurt bij een operatie.
- Per os (via de mond); I.V. = Intraveneus

Gebruikte techniek en middelen voor het uitvoeren van de euthanasie	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Thiobarbital I.V. (al dan niet met spierverslapper)	1885	97,8	1955	96,7	3840	97,2
Andere producten dan Thiobarbital+ spierverslapper	19	1	54	2,7	73	1,8
Enkel barbituraat per os	18	0,9	11	0,5	29	0,7
Andere	6	0,3	2	0,1	8	0,2

Beslissingen van de Commissie

Aanvaarding zonder meer betekent dat volgens alle aanwezige leden van de Commissie het registratiedocument volledig was ingevuld en dat aan alle voorwaarden was voldaan en de procedure correct werd gevolgd.

Opening van deel 1 voor precisering. De vraag voor bijkomende precisering betreft uitgebreidere en nauwkeuriger precisering van de diagnose, datum van het schriftelijk verzoek of de overlijdensdatum, precisering van de hoedanigheid en de besluiten van de verplicht te raadplegen artsen. Zolang op deze vragen geen bevredigend antwoord werd gegeven blijft het dossier in beraad. De opvolging van de dossiers waar nadere precisering aan de uitvoerende arts werd gevraagd eisen veel bijkomend werk van het secretariaat en aandacht van de Commissie

Opening van deel 1 voor opmerkingen betekent dat in het registratiedocument de anonimiteit was geschonden enz.

Overdracht aan Justitie wil zeggen dat de Commissie na grondig onderzoek en na de betrokken arts gehoord te hebben van mening is dat niet aan de voorwaarden van de wet is voldaan en de procedure niet werd gevolgd. De overdracht gebeurt slechts na stemming en met tweederde meerderheid van de aanwezige commissieleden.

Beslissingen van de Commissie	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Aanvaarding zonder meer	1446	75	1528	75,6	2974	75,3
Opening van deel I voor preciseringen	390	20,2	344	17	734	18,6
Opening van deel I voor opmerking(en)	92	4,8	149	7,4	241	6,1
Overdracht aan Justitie	0	0	1	0	1	0,03

Beschrijving en evaluatie van de toepassing van de wet

Opmerkingen

- Na de beschrijving van de werking van de Commissie, de analyse van de beslissingen genomen door de Commissie, het aantal registratiedocumenten (verder in het rapport aangeduid als aangiftes) in 2014 en 2015 en de taal waarin de aangiftes gebeurden volgt het rapport de indeling van deel 2 van het registratiedocument bij de gedetailleerde statistische analyse van de informatie verstrekt door de meldende artsen in luik 2
- De classificering van de aandoeningen, zoals die door de arts in punt 3 van het registratiedocument is ingevuld, gebeurde voorheen niet volgens een internationaal erkend coderingssysteem. Daarom heeft de Commissie het initiatief genomen om de diagnoses van de voorbije 2 jaar te coderen volgens de ICD-10 codes, de "*International Statistical Classification of Diseases*" die bijgehouden wordt door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO).

Gezien de codering, zijn de weergegeven cijfers en percentage dus niet vergelijkbaar met de cijfers en percentage zoals vermeld in de voorgaande tweejaarlijkse verslagen. Dit is vooral duidelijk merkbaar bij de resultaten van de oncologische aandoeningen, de polypathologie en de psychiatrische aandoeningen die voorheen samen met de neurologische aandoeningen in één categorie neuropsychiatrie werden vermeld.

- Sinds de wetswijziging (februari 2014) ten einde euthanasie voor minderjarigen mogelijk te maken, heeft de Commissie eveneens een registratiedocument opgesteld om te voldoen aan de uitbreiding van de wet naar minderjarigen toe. In 2014 en 2015, heeft de Commissie geen enkel dossier m.b.t. euthanasie bij minderjarigen ontvangen.
- De Wet betreffende de euthanasie bepaalt dat, indien de patiënt niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, m.a.w. niet-terminaal is, de arts minstens één maand tijd moet laten verlopen tussen enerzijds de schriftelijke vaststelling van de vraag om euthanasie en anderzijds de uitvoering ervan. Voor de grafieken in dit verslag werd de wachttijd berekend op basis van de datum van het schriftelijk verzoek en de datum van de uitvoering van de euthanasie.
- De kernelementen van enkele dossiers worden hier ongewijzigd weergegeven. De beslissingen van de Commissie zijn echter gebaseerd op het geheel van de antwoorden van de arts in het registratieformulier en op de antwoorden van de arts op een eventueel bijkomende vragen.

(A) **Werking van de Commissie (wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, art. 6-13)**

De Commissie heeft als taak na te gaan of de euthanasie die werd toegepast door een arts, werd uitgevoerd volgens de voorwaarden en de procedure voorgeschreven door de wet.

Hiertoe onderzoekt zij de registratiedocumenten inzake euthanasie die de artsen dienen in te vullen telkens zij een euthanasie hebben uitgevoerd. Deze documenten moeten per aangetekend schrijven met ontvangstbewijs gestuurd worden naar het secretariaat van de Commissie. In geval van twijfel of onduidelijkheden kan de Commissie aan de meldende arts vragen sommige of alle elementen van het medisch dossier met betrekking tot de uitgevoerde euthanasie te bezorgen. Zonodig wordt de betrokken arts uitgenodigd om het medisch dossier te komen toelichten tijdens een bijeenkomst van de commissie.

De Commissie spreekt zich binnen een termijn van twee maanden uit. Is de Commissie van oordeel bij beslissing genomen door een tweederde meerderheid dat in deze wet bepaalde voorwaarden niet zijn nageleefd dan maakt zij het dossier over aan de Procureur des Konings van de plaats van overlijden van de patiënt.

De Commissie bestaat uit zestien werkende en zestien plaatsvervangende leden. Deze leden worden bij een koninklijk besluit aangesteld na overleg in de Ministerraad, op basis van een lijst die is voorgesteld door de Kamer van Volksvertegenwoordigers. Voor de laatste staats hervorming was de Senaat belast met deze opdracht. Acht leden zijn dokter in de geneeskunde, van wie er minstens vier hoogleraar zijn aan een Belgische universiteit. Vier leden zijn 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.

Deze leden zijn benoemd voor een hernieuwbare periode van vier jaar. De Commissie wordt voorgezeten door een Franstalige voorzitter en een Nederlandstalige voorzitter, verkozen door de leden van de Commissie van elke respectieve taalgroep. (zie bijlage 2: KB benoeming leden)

De Commissie publiceert tweejaarlijks een rapport aan de wetgevende kamers.

In 2014-2015 vergadert de Commissie maandelijks, met uitzondering van de maand november 2015 en dit naar aanleiding van de aanslag in Parijs en de daaropvolgende lock-out van Brussel.

Zowel effectieve leden als plaatsvervangende leden namen deel aan de debatten. Alle leden ontvingen voorafgaandelijk de registratiedocumenten (per post of digitaal) en werden uitgenodigd voor de vergaderingen.

Er wordt van de commissieleden en het secretariaat verwacht dat ze in eer en geweten de dossiers grondig voorbereiden en dat ze voor zichzelf een selectie maken van de dossiers die volgens hen bijzondere aandacht vragen. Deze dossiers worden dan uitgebreid besproken tijdens de zitting. Elk aanwezig commissielid heeft het recht om opmerkingen te maken.

De kwaliteit van de registratiedocumenten is duidelijk nog verbeterd in vergelijking met het vorige rapport. Ook de efficiëntie en de voorbereiding van de vergaderingen zijn veel verbeterd. Dit laat toe het stijgend aantal de documenten te analyseren zonder bijkomende vergaderingen.

Het percentage registratiedocumenten waarvoor deel I diende te worden geopend, bedroeg 25% in 2014 en 25 % in 2015, het dubbele dus van de 2 voorgaande jaren.

Dit verduidelijkt de bereidheid van de Commissie om zoveel mogelijk informatie te verkrijgen o.a. om statistische redenen. Zo werd bijvoorbeeld systematisch de datum van het schriftelijk verzoek opgevraagd, zelfs als het om een overlijden binnen afzienbare termijn gaat.

Om hieraan te verhelpen werd de informatiebrochure bestemd voor de artsen, waarin bepaalde punten van de wet die blijkbaar niet altijd goed worden begrepen zijn gepreciseerd, systematisch bij de brieven aan de artsen gevoegd wanneer deel I van het registratiedocument diende te worden geopend.

Het creëren van een elektronisch inschrijvingsformulier zou zorgen voor een daling van de fouten en dus een gunstige invloed hebben op werk van de Commissie en het secretariaat.

(B) De beslissingen van de Commissie

75 % van de aangiften waren van meet af aan correct ingevuld en voldeden aan de wettelijke voorwaarden en werden dan ook onmiddellijk aanvaard. In 25 % 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.

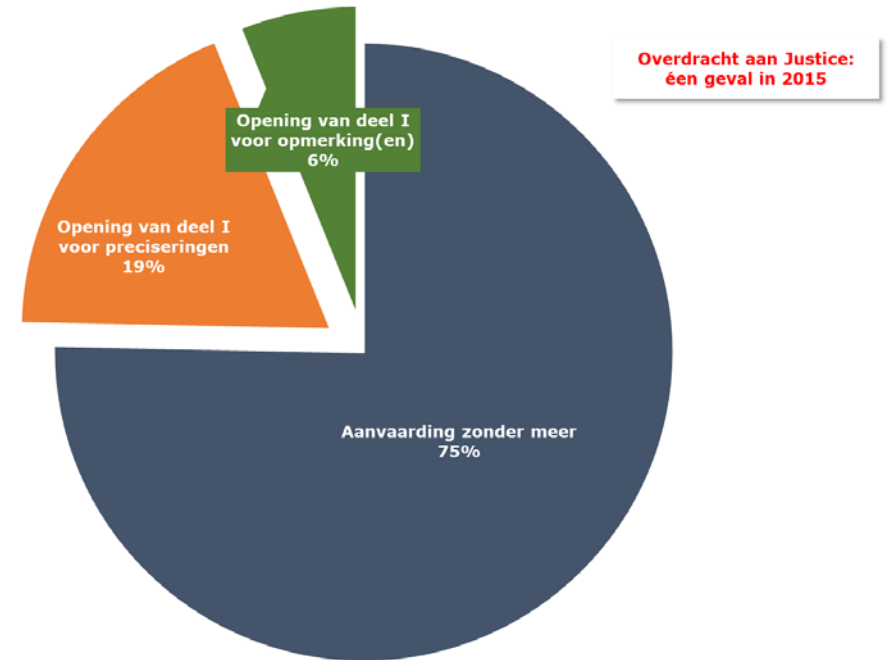
In 6% van de aangiften werd deel I enkel geopend omdat de Commissie de arts, voornamelijk ter informatie en pedagogie, wilde wijzen op een aantal onvolmaaktheden in zijn antwoorden of op interpretatiefouten met betrekking tot de gevolgde procedures. In deze gevallen voldeed de aangifte echter nog steeds aan de wettelijke voorwaarden en diende de arts niet te antwoorden.

In 19% 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 kleine 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 andere procedurevereiste niet correct gevolgd werd, werd de aangifte door de Commissie toch goedgekeurd na zich elke keer te hebben verzekerd van de correct naleving van de essentiële grondvoorwaarden van de wet (een wilsbekwame patiënt, een medisch uitzichtloze toestand, ondraaglijk aanhoudend en niet te lenigen lijden en het gevolg van een ernstige en ongeneeslijke ziekte.)

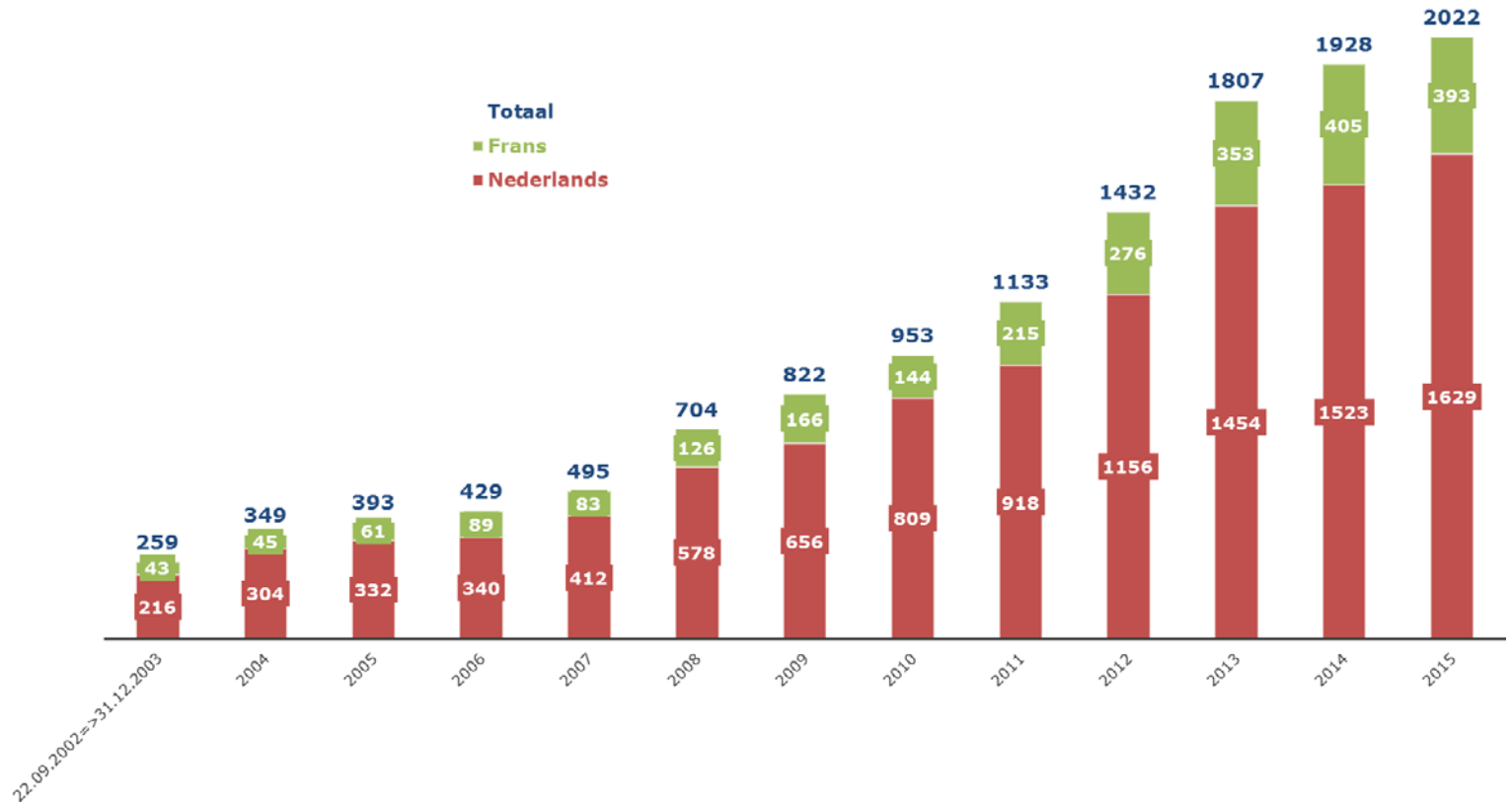
De Commissie heeft haar informatiebrochure voor de artsen systematisch bij de brieven aan de artsen gevoegd.

Eén enkel aangifte bevatte elementen waardoor kon worden getwijfeld aan de naleving van de grondvoorwaarden van de wet. Dit dossier werd aan het gerecht overgemaakt.



(C) Aantal aangiften

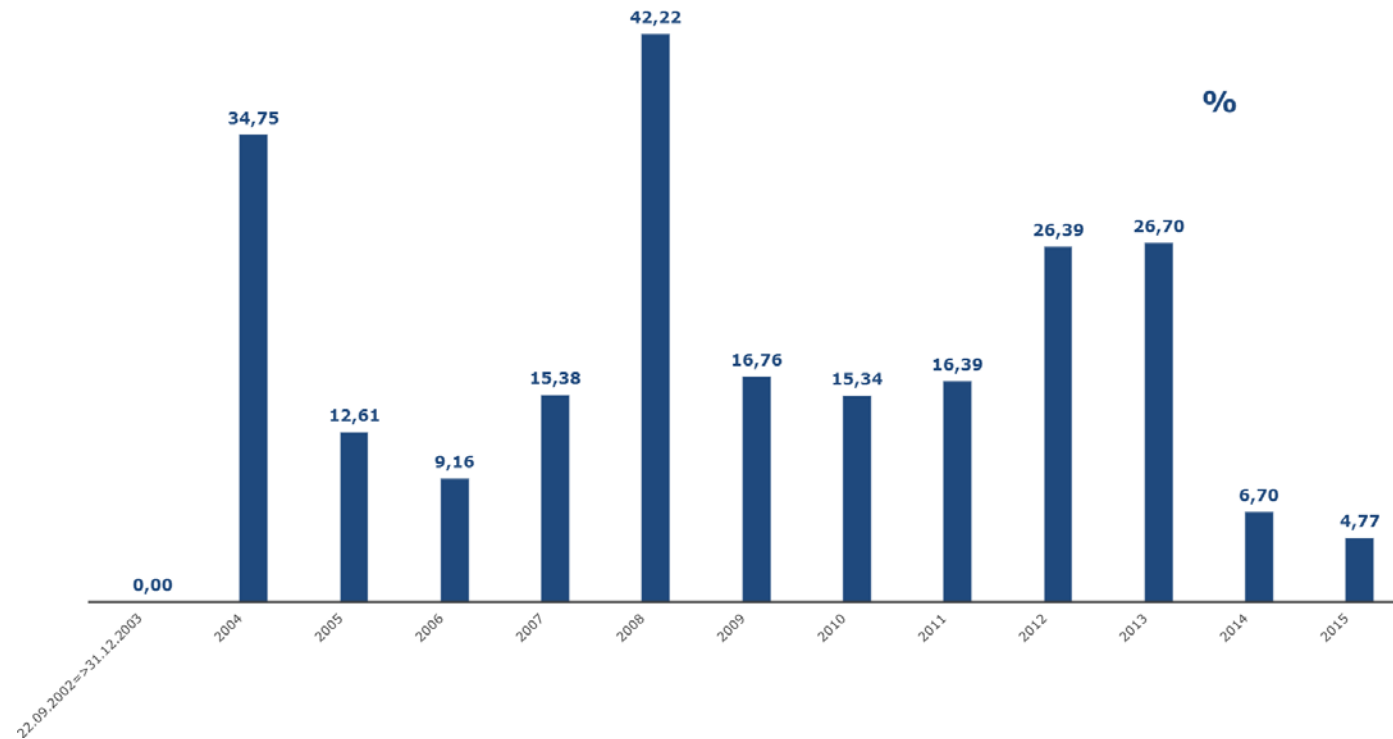
Aantal registraties en verdeling volgens taal



Tijdens de 24 maanden waarop dit verslag betrekking heeft, heeft de Commissie 3950 registratiedocumenten ontvangen, wat overeenkomt met een jaarlijks gemiddelde van 1975 of een maandelijks gemiddelde van 165 aangiften en een toename van 21,8% ten opzichte van de periode 2012 – 2013.

Sedert 2014 begint deze stijging af te vlakken. (zie grafiek 2: Het jaarlijks procentueel stijgingsverschil t.o.v. het vorig jaar – Periode 2002 – 2015).

Het jaarlijks procentueel stijgingsverschil t.o.v. het vorig jaar
Periode 2002 - 2015

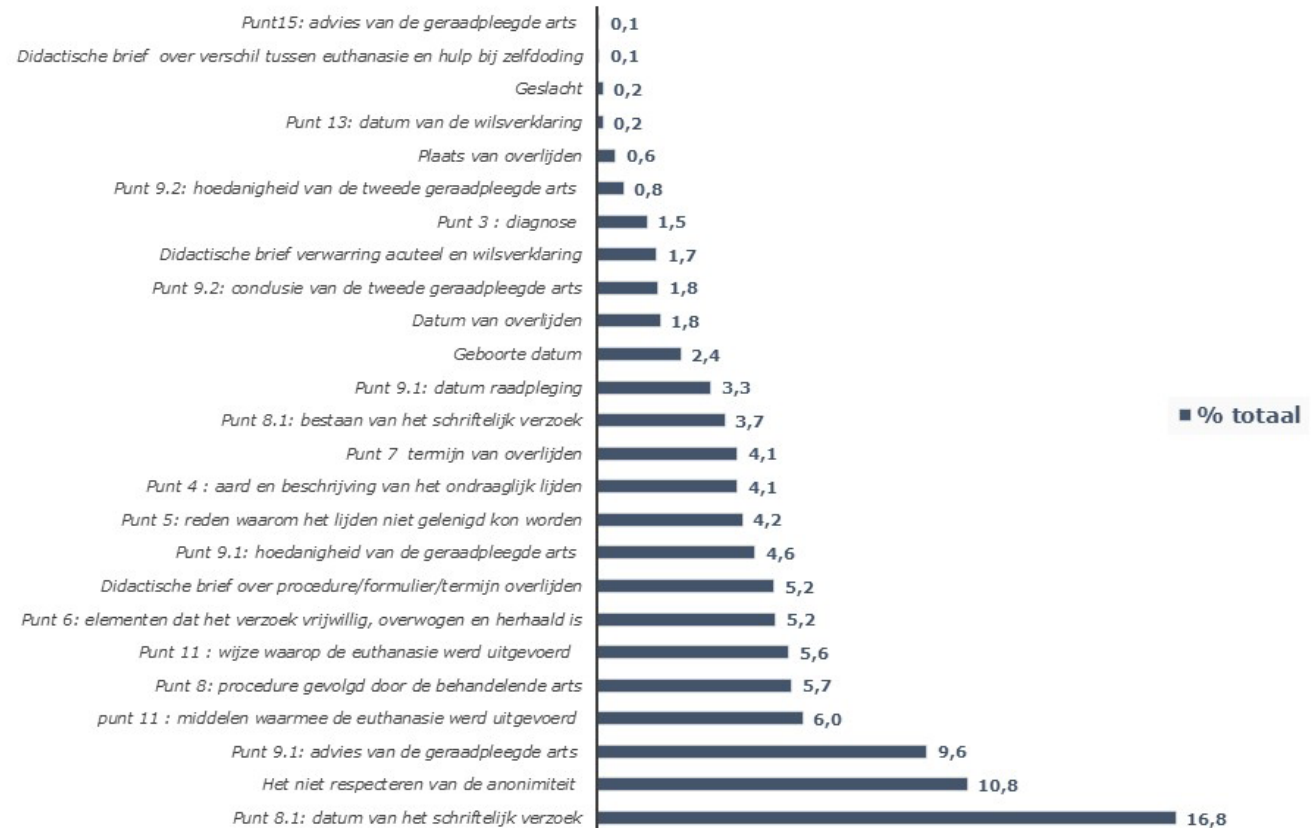


In Nederland

Het enige vergelijkspunt waarover we beschikken is Nederland. Uit onderstaande tabel blijkt dat in Nederland dubbel zoveel euthanasies geregistreerd werden dan in België ¹. Deze cijfers zijn de meldingen aan de Toetsingscommissies wat vergelijkbaar is met de meldingen aan de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie

Jaar	Nederland	België
2010	3 136	953
2011	3 695	1 133
2012	4 188	1 432
2013	4 428	1 807
2014	5 306	1 928
2015	5 570	2 022

Redenen van openen van deel I

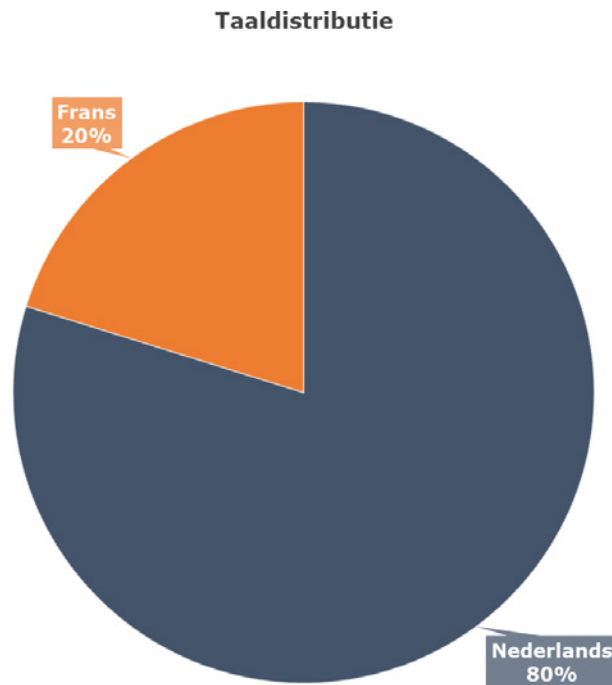


Het aantal aangegeven euthanasiegevallen ten opzichte van het aantal werkelijk uitgeoefende euthanasies

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.

(D) Taal waarin de registratiedocumenten zijn opgesteld



Zoals reeds vermeld in de vorige tweejaarlijkse verslagen, stelt de Commissie opnieuw de wanverhouding vast tussen het aantal aangiften in het Nederlands en in het Frans (respectievelijk 3152 en 798) en dit rekening houdend met het aantal inwoners in Vlaanderen en Wallonië. Er werd geen rekening houdend met het Brussels Hoofdstedelijk gewest,

De redenen die deze wanverhouding kunnen verklaren blijven hypothetisch. Enkel een transversale studie kan meer duidelijkheid brengen omtrent deze wanverhouding.

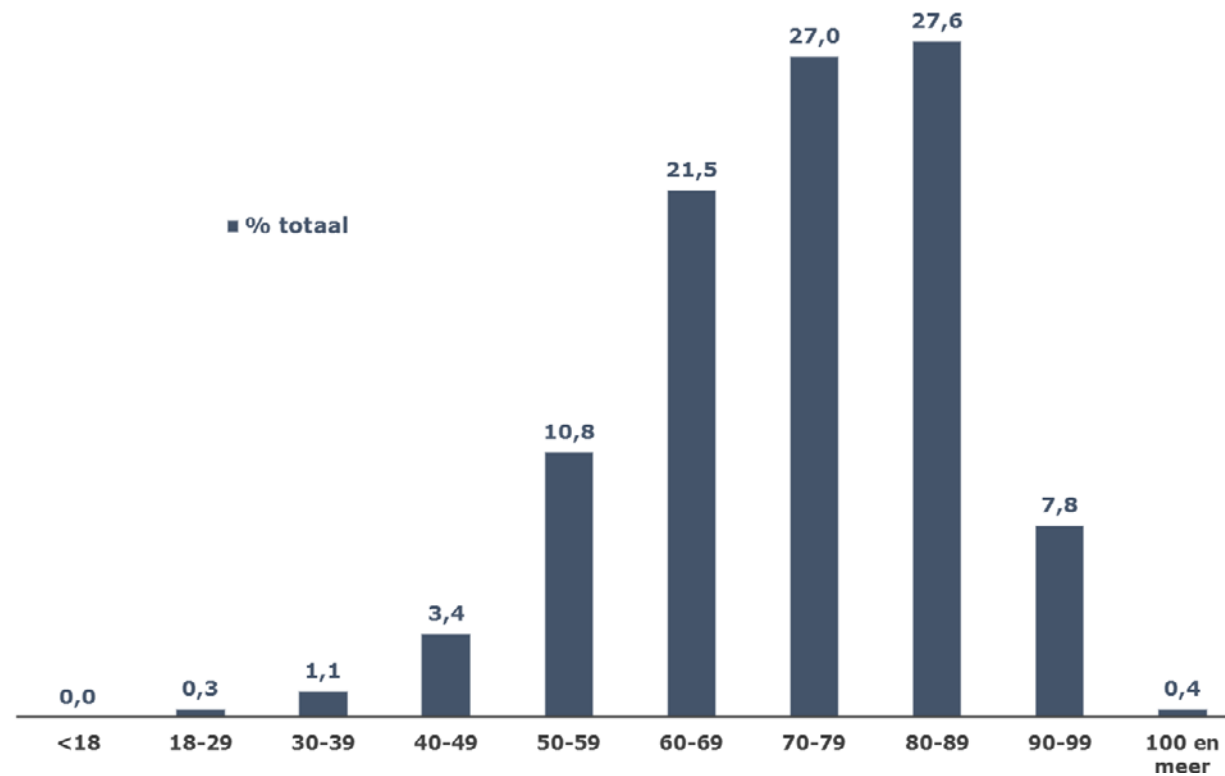
Om op de vraag te kunnen antwoorden of er in ons land een verschil bestaat tussen de twee taalgroepen op gebied van de redenen waarom een euthanasieverzoek wordt ingewilligd, zijn de resultaten opgesplitst tussen Nederlandstalige en Franstalige registratiedocumenten.

Aandoeningen per taal, alle patiënten	NL	FR	% NL	% FR
Nieuwvormingen (kanker)	2137	538	67,8	67,4
Polypathologie	329	56	10,4	7,0
Ziekten van het zenuwstelsel	193	80	6,1	10
Ziekten van hart en vaatstelsel	161	45	5,1	5,6
Psychische stoornissen en gedragsstoornissen	113	11	3,6	1,4
Ziekten van het ademhalingsstelsel	99	25	3,1	3,1
Ziekten van het bot-spierstelsel en bindweefsel	29	9	0,9	1,1
Letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	22	13	0,7	1,6
Ziekten van het spijsverteringsstelsel	16	4	0,5	0,5
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratorium uitslagen niet elders geassocieerd	14	1	0,4	0,1
Ziekten van het urogenitaal stelsel	10	7	0,3	0,9
Bepaalde infectieziekten en parasitaire ziekten.	9	5	0,3	0,6
Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen	7	0	0,2	0
Aandoeningen van het oog en adnexe	6	2	0,2	0,3
Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoom afwijkingen	3	1	0,1	0,1
Ziekten van huid en subcutis	3	1	0,1	0,1
Ziekten van bloed, bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen die het immuun systeem beïnvloeden	1	0	0	0

Deze analyse laat niet toe significante verschillen tussen de Nederlandstaligen en Franstalige aangiftes aan te duiden.

Tussen de beide taalgroepen zijn er geen opvallende verschillen waar te nemen in de aard van de aandoeningen die aanleiding geven tot euthanasie. De belangrijkste reden van ingewilligde euthanasieverzoeken betreft in beide taalgroepen oncologische patiënten. Vermeldenswaardig is het verschil voor polypathologie (10,4 % NL / 7% FR) en ziekten van het zenuwstelsel (6,1 %NL / 10% FR).

(E) De leeftijd van de patiënten



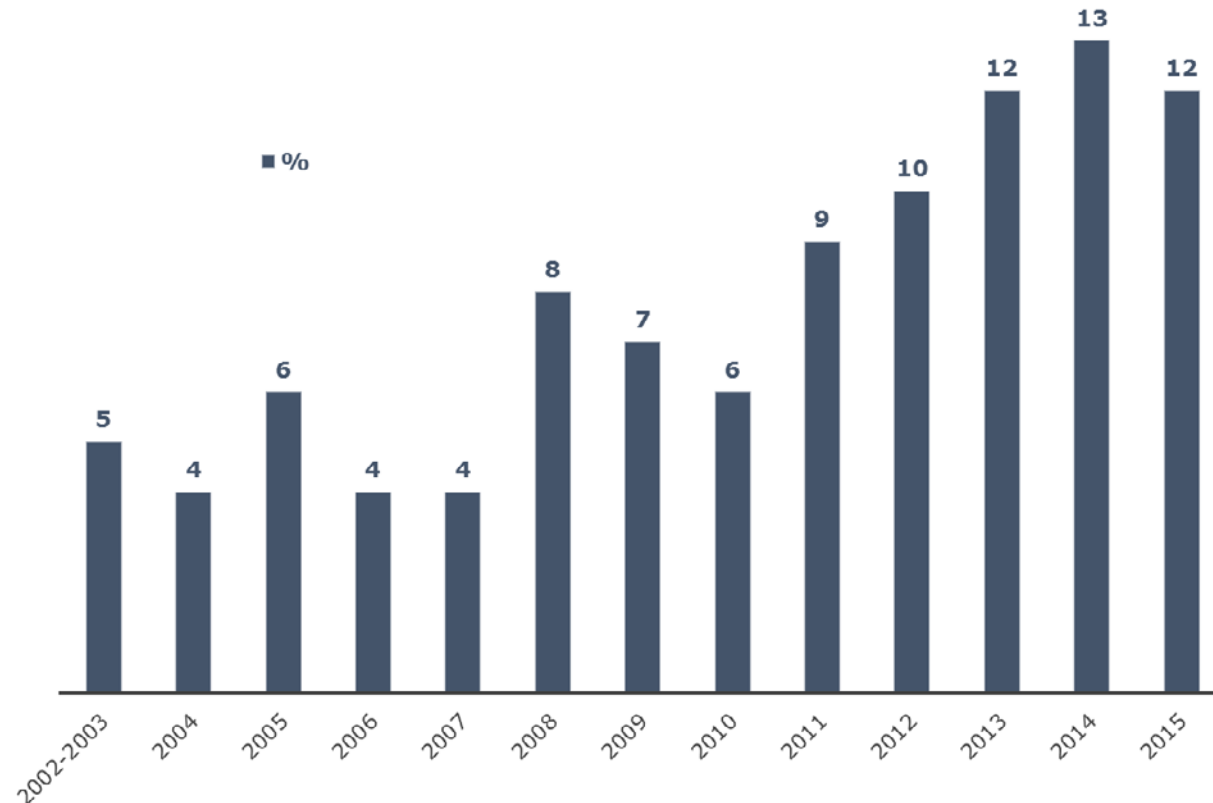
In 63% van de gevallen werd de euthanasie uitgevoerd bij patiënten tussen de 40 en 79 jaar, bij 36% van de gevallen was de patiënt ouder dan 79 jaar.

(F) Aantal overlijdens op basis van euthanasie ten opzichte van totaal aantal overlijdens

Het aantal overlijdens op basis van euthanasie tijdens de periode waarop dit verslag betrekking heeft, komt overeen met een gemiddelde van ongeveer 1,8% van alle overlijdens in ons land (1,8% in 2014 en in 2015²).

(G) De plaats waar de euthanasie werd uitgevoerd

Evolutie van de euthanasie uitgevoerd in een woon en/of verzorgingscentrum sinds 2002



Zoals reeds aangegeven in de vorige verslagen van de Commissie, werd de euthanasie in veel gevallen (56%) thuis of in woon en/of verzorgingscentra uitgevoerd. Dit beantwoordt aan de veelvuldig uitgedrukte wens om zijn leven thuis te beëindigen.

Het aantal patiënten waarbij de euthanasie werd uitgevoerd in een woon en/of verzorgingscentrum neemt toe.

(H) De aandoeningen die aan de basis lagen van euthanasie

ICD-10-CM werd in de ziekenhuizen in ons land verplicht ingevoerd vanaf 1 januari 2015. De overlijdensattesten worden op dezelfde wijze gecodeerd. De ICD-10-CM is een gesloten classificatiesysteem dat één en slechts één plaats voorziet om elke aandoening te classificeren.

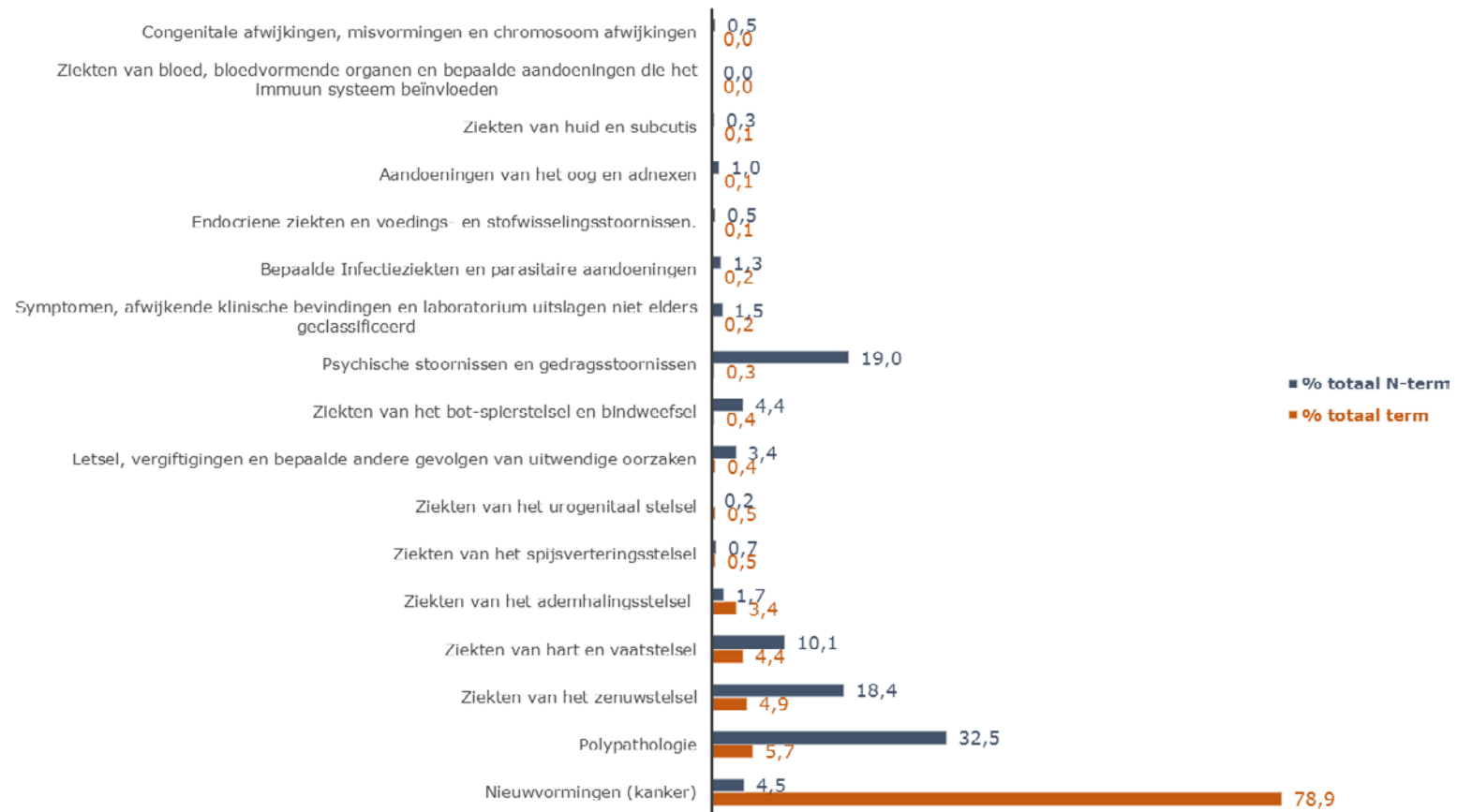
De aandoeningen worden in eerste instantie gegroepeerd per categorie, daarna per subgroepen en uiteindelijk per diagnose
Enkele vb.

- De diagnose ALS: (amyotrofe lateraal sclerose) valt onder de subgroep "Systeematrofieën die primair het centraal zenuwstelsel aantasten en aanverwante aandoeningen" en maakt deel uit van de categorie "Ziekten van het zenuwstelsel".
- De diagnose ziekte van Alzheimer valt onder de subgroep "Organische, inclusief symptomatische, psychische stoornissen" en maakt deel uit van de categorie van "Psychische stoornissen en gedragsstoornissen" (zgn. psychiatrische aandoeningen). N.B.: ook andere oorzaken van dementie zoals vasculaire dementie, dementie a.g.v. hersenbeschadiging etc. vallen onder de subgroep "Organische, inclusief symptomatische, psychische stoornissen".
- De diagnose longkanker valt onder de subgroep "Maligne neoplasmata van ademhalingsstelsel en de intrathoracale organen" en maakt deel uit van de categorie "Nieuwvormingen".
- De diagnose depressie valt onder de subgroep "Stemmingsstoornissen" en maakt deel uit van de categorie "Psychische stoornissen en gedragsstoornissen". De subgroep "Stemmingsstoornissen" wordt verder opgedeeld in "Unipolaire en bipolaire stemmingsstoornissen". De depressie valt dan onder "Unipolaire stemmingsstoornissen".

Categorie van de aandoeningen: alle patiënten



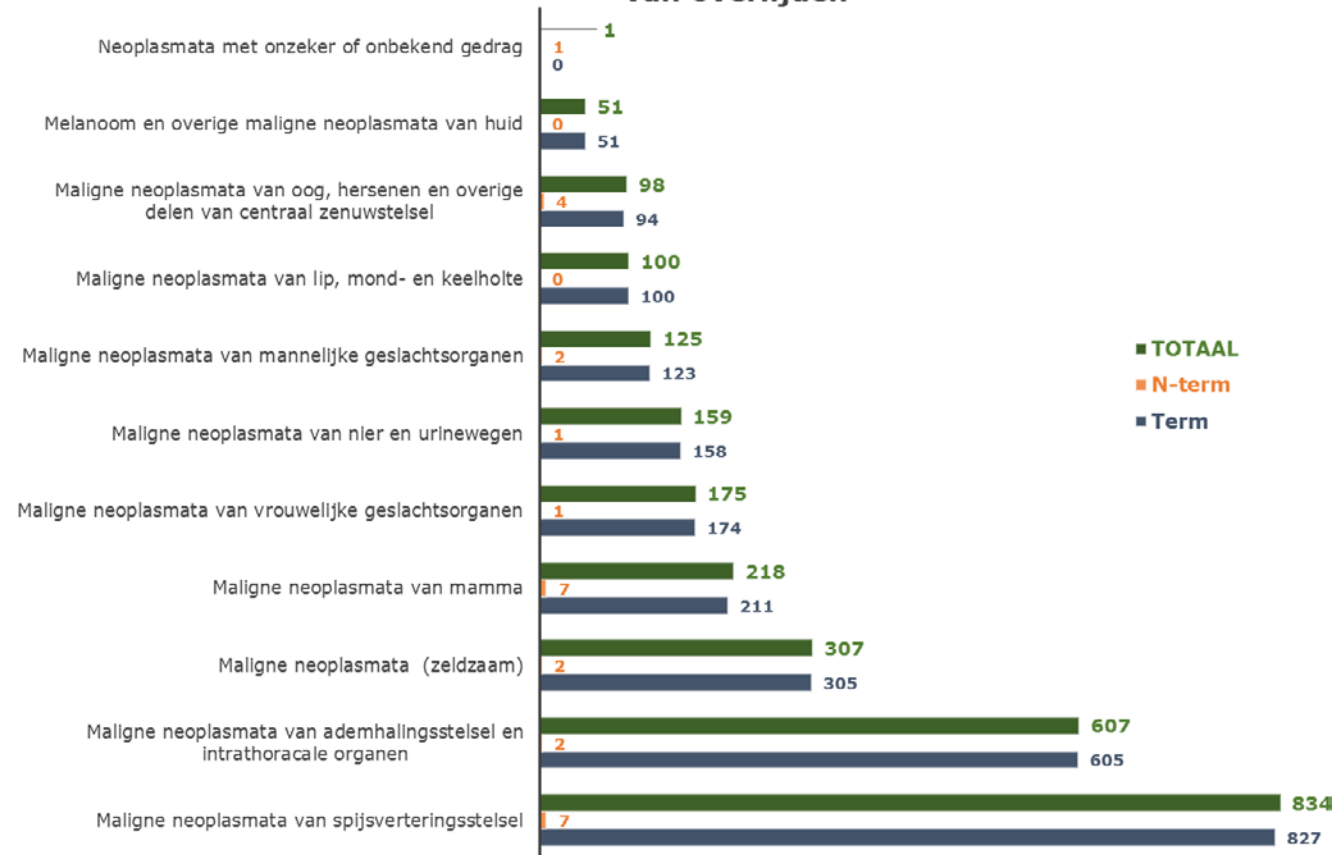
Categorie van de aandoeningen volgens de te verwachten termijn van overlijden



1. De patiënten met een oncologische aandoening (Nieuwvormingen)

Zoals te verwachten zijn oncologische aandoeningen de voornaamste medische reden waarom patiënten om euthanasie verzoeken nl. 2676 of 67,7%. Deze patiëntengroep omvat alle kwaadaardige aandoeningen: kwaadaardige vaste tumoren, leukemieën, myelomen, enz. Alle patiënten hadden meerdere behandelingen gekregen van curatieve en/of palliatieve aard zonder succes.

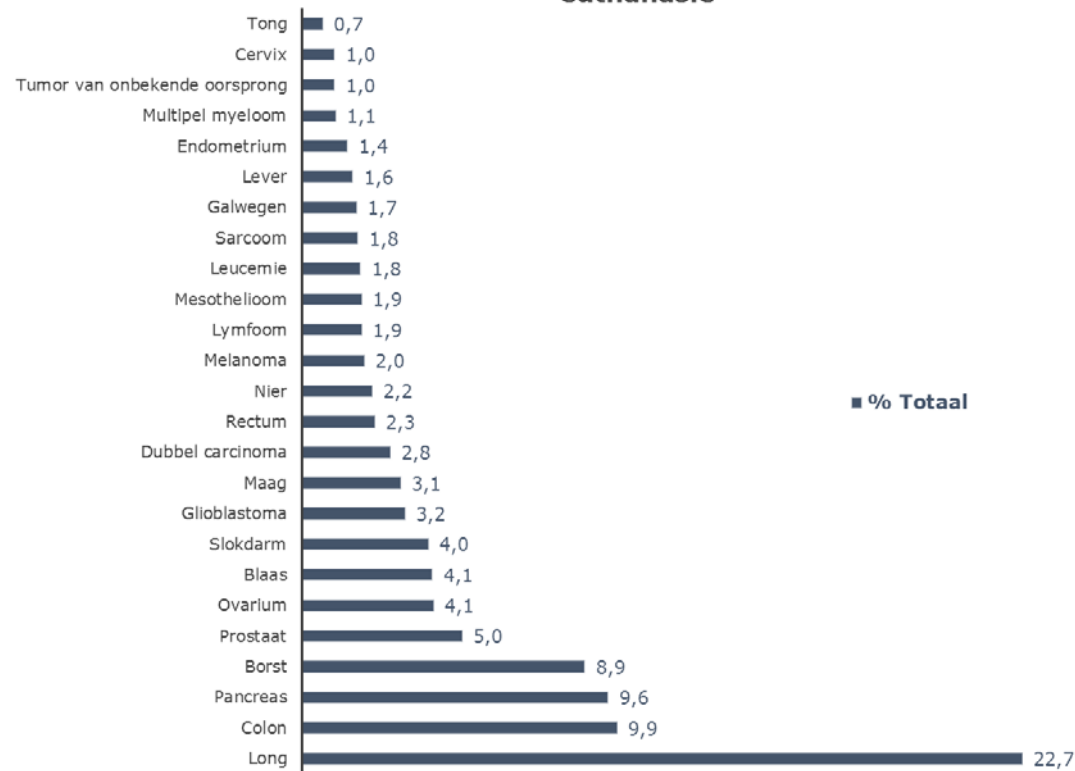
Nieuwvormingen volgens de subgroepen en de te verwachten termijn van overlijden



De oncologische patiënten hebben verschillende redenen om euthanasie te verzoeken. Ofwel omdat ze gemetastaseerd waren (colonkanker, maagkanker, longkanker, melanoom enz.) en hun behandelingsmogelijkheden onbestaande of zeer beperkt met slechts een geringe kans op slagen. Ofwel omwille van een uitgebreid recidief van hun kanker dat aanleiding gaf tot zeer ernstig fysiek lijden (hoofd- en halstumoren, hersentumoren enz.). Ofwel omdat ze in een onomkeerbare cachectische toestand verkeerden. Van de 2673 patiënten werden er slechts 27 patiënten als niet terminaal beschouwd door de meldende arts.

In praktisch alle gevallen geeft de arts aan dat het uitgesproken fysiek lijden aanleiding had gegeven tot ernstig psychisch lijden veelal van existentiële aard. Daarnaast wordt frequent aangegeven dat de palliatieve behandelingen niet in staat waren dit lijden op een voor de betrokkene aanvaardbare manier onder controle te brengen

Voornaamste kwaadardige aandoeningen die aan de basis lagen van een euthanasie



Zoals te verwachten uit het KCE document gepubliceerd in 2015 "Cancer Burden in Belgium – Trends, incidence, survival, prevalence, mortality, projections", zijn longkanker, colonkanker, borst en prostaatkanker de voornaamste oncologische aandoeningen die aanleiding geven tot een euthanasieverzoek. Daarnaast zien we dat minder voorkomende tumoren zoals ovariumcarcinomen, blaascarcinomen, slokdarmcarcinomen en glioblastomen ook frequent aanleiding gaven tot euthanasie.

Voorbeelden

- In dit voorbeeld gaat het om een patiënte met een slokdarmtumor die én gemetastaseerd was én een uitgebreid locoregionaal recidief vertoonde. Dit alles ging gepaard met ondraaglijke pijn en slikproblemen die niet meer voor behandeling vatbaar waren.

3. Precieze diagnose
<i>Néoplasie œsophagienne avec métastases cervico-thoraciques</i>
4. Aard en beschrijving van het aanhoudend en ondraaglijk lijden:
<ul style="list-style-type: none"><i>Douleurs cervicales sévère avec insomnie secondaire.</i><i>Troubles de la déglutition avec fausses routes, crises de toux</i><i>Souffrance psychique intolérable pour le patient.</i>
5. Redenen waarom dit lijden niet kon worden gelenigd:
<ul style="list-style-type: none"><i>Effet mitigé des antalgiques sur la douleur.</i><i>Impossibilité de s'alimenter normalement.</i><i>Anxiété permanente, troubles du sommeil très sévères.</i>
6. Elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk
<ul style="list-style-type: none"><i>Déclaration anticipée relative à l'euthanasie, signée par le patient en date du 1/5/2013.</i><i>Demands réitérées écrites formulées et signées par le patient sain d'esprit après avoir pris connaissance du diagnostic et du pronostic.</i><i>Refus des soins palliatifs.</i>

- Het volgend voorbeeld betreft een patiënte met een baarmoederhalskanker uitgezaaid naar de longen.

4. Aard en beschrijving van het aanhoudend en ondraaglijk lijden:
<i>Lymfangitis carcinomatosis met onhoudbare dyspneu en verstikkingsgevoel.</i>
5. Redenen waarom dit lijden niet kon worden gelenigd:
<i>Geen therapeutische opties betreffende de lymfangitis carcinomatosis. "Best supportive care" onvoldoende effectief om verstikkingsgevoel en dyspneu te verlichten</i>

- Het hiernavolgend voorbeeld betreft een patiënt waarbij het zeer ernstig en onbehandelbaar terminaal lijden secundair een zeer ernstig existentieel lijden had veroorzaakt.

3. Precieze diagnose
<i>Gemetastaseerd coloncarcinoma uitbehandeld met chemotherapie. Massieve levermetastasering met galwegbloeding. Onuitstaanbaar existentieel lijden: heeft moeite met aftakeling.</i>
4. Aard en beschrijving van het aanhoudend en ondraaglijk lijden:
<i>Existentieel lijden omwille van aftakeling en gebrek aan uitzicht op verbetering, wel integendeel</i>
5. Redenen waarom dit lijden niet kon worden gelenigd:
<i>Ziekte was uitbehandeld. Deterioratie en aftakeling stonden verder toe te slaan.</i>

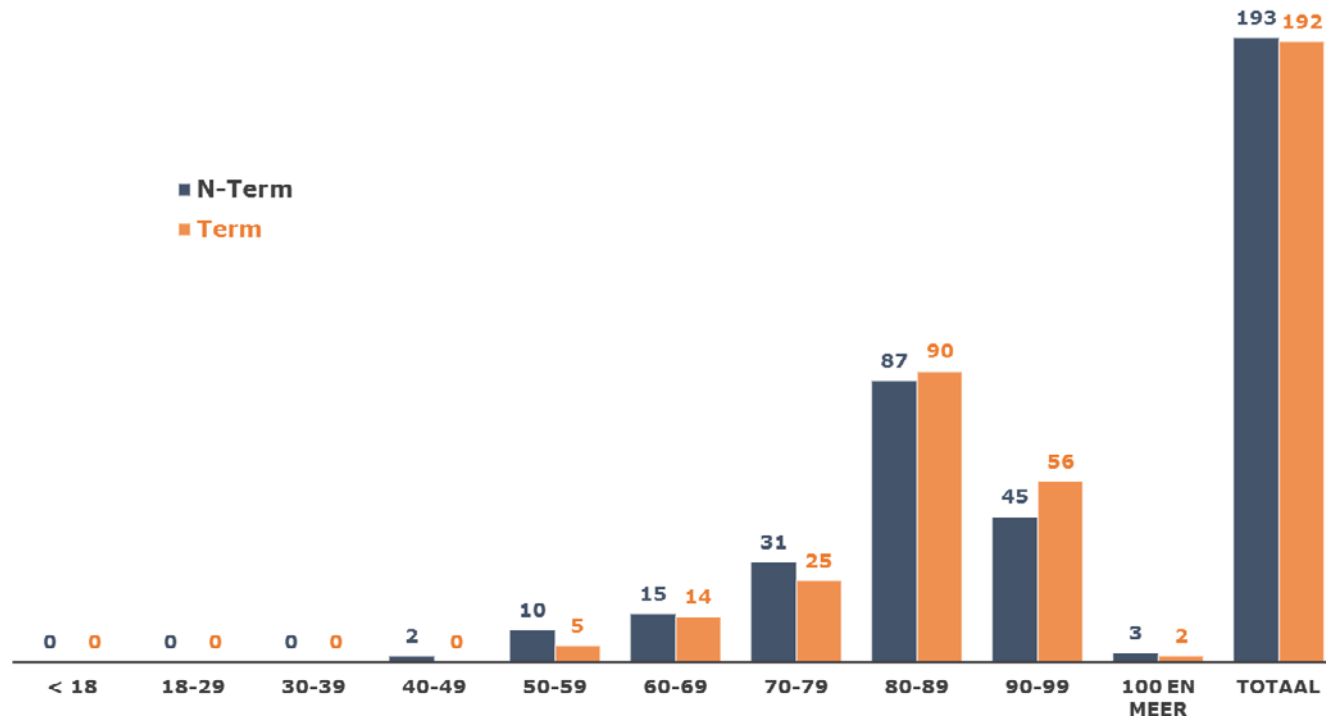
2. Patiënten met polypathologie

De tweede meest voorkomende reden tot een euthanasieverzoek is polypathologie nl. 385 patiënten of 9,7% van het totaal aantal geregistreerde euthanasies. Bij deze patiënten was de ernst van de pathologische toestand en het lijden niet het gevolg van één enkele ziekte maar wel van de combinatie van verschillende ernstige en ongeneeslijke ziekten. Het aantal gevallen ligt duidelijk hoger dan in de periode 2012-2013 (nl. 166 patiënten of 5% van het totaal aantal uitgevoerde euthanasie). Het merendeel van deze patiënten is 70 jaar of ouder.

Een belangrijke reden van het verschil met de periode van 2012 – 2013 is de introductie van de ICD-10 codering. Een casus werd als polypathologie gecodeerd als in punt 3 van het registratiedocument:

- De meldende arts expliciet vermeldt dat het gaat om een polypathologie of
- de meldende arts in punt 3 van het registratiedocument verschillende diagnoses vermeldt en in punt 4, 5 en 6 duidelijk blijkt dat het lijden het gevolg is van de combinatie van de verschillende ziekten zoals:
 - *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 sequelen van een hersentrombose (CVA) verergeren de zorgafhankelijkheid en het sociaal isolement van de betrokkenen.
 - *gehoorstoornissen* tot complete doofheid die hem verhindert 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 voor velen aangevoeld wordt als een aantasting in hun waardigheid.
 - beginnende dementie die de bejaarde 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 was en aanleiding gaf tot continue bedlegerigheid.

Polypathologie volgens de leeftijd en de te verwachten termijn van overlijden



De combinatie van een aantal van deze aandoeningen en het feit dat er geen verbetering meer mogelijk is veroorzaken permanente handicaps die maken dat het lijden ondraaglijk, aanhoudend en niet te lenigen is. Hierdoor komen ze terecht in een uitzichtloze situatie die hen tot wanhoop drijft.

In de helft van de gevallen van een euthanasieverzoek op basis van een polypathologie beschouwd de meldende arts de patiënt als terminaal.

Het gaat in geval van polypathologie niet uitsluitend om bejaarde patiënten. Reeds in de leeftijdsgroep van 40 tot 49 jaar waren er twee patiënten die op basis van hun polypathologie een euthanasieverzoek zagen ingewilligd. De leeftijdsgroep van 40 tot 69 jaar maakt 12% van de totale groep uit. Het spreekt vanzelf dat hoe bejaarder een persoon wordt hoe meer kans hij heeft om een polypathologie te ontwikkelen die in toenemende mate een ondraaglijk aanhoudend en niet te lenigen lijden kan veroorzaken. Dit betekent helemaal niet dat de commissie hoge leeftijd als een ziekte beschouwt. Hoge leeftijd en levensmoeheid rechtvaardigen geen euthanasie in afwezigheid van een ernstige en ongeneeslijke aandoening.

Voorbeelden

- Het betreft een 79-jarige patiënt bij wie de talrijke ongeneeslijke ziekten aanleiding gegeven hadden tot een voor hem gebrekkige levenskwaliteit. De ganse procedure heeft meer dan een jaar in beslag genomen vooraleer een definitief besluit genomen werd over de ontvankelijkheid van het euthanasieverzoek en men tot de uitvoering is overgegaan. Dit toont o.a. aan dat artsen bij een euthanasieverzoek niet onmiddellijk een schriftelijk verzoek eisen.

3. Precieze diagnose
<i>Uitgebreide locoregionale invasie van multipele superficieel spreidende basocellulaire carcinomata met metastasering naar de longen. Uitgebreide evolverende radiodermatitis ulcus. Bijkomende diagnostiek: evolutieve morbus Parkinson, blindheid, doofheid, ziekte van Ménière.</i>
4. Aard en beschrijving van het aanhoudend en ondraaglijk lijden:
<i>Patiënt bevindt zich in een toestand van mentale en fysieke uitputting. Patiënt beschouwd zijn levenskwaliteit nog als zeer laag omwille van de multipele progressief evolverende aandoeningen waaraan hij lijdt (o.a. blind, doof, toenemende symptomen van zijn morbus van Parkinson met veelvuldig vallen, huidcarcinoom, radiodermatitis ulcus rug, Ménière ziekte, intolerantie voor ziektebestrijdende medicatie,) Hierdoor wordt hij voor zijn alledaags leven steeds meer afhankelijk van derden en hiermede kan hij zich niet verzoenen.</i>
5. Redenen waarom dit lijden niet kon worden gelenigd:
<i>Psychisch en fysiek lijden dat niet meer kan gelenigd worden op een wijze die nog aanvaardbaar is voor de patiënt. Patiënt beseft ten volle de onomkeerbaarheid van zijn medische toestand en tevens de onvermijdelijke ziekteprogressie in de nabije toekomst.</i>
6. Elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk
<i>Patiënt heeft reeds ongeveer 3 jaar geleden aangegeven dat hij niet wil afzien. Sinds ongeveer 1 jaar geleden is de concrete vraag naar euthanasie door de patiënt gesteld. Er werden sindsdien meermaals gesprekken gevoerd met de patiënt over mogelijke alternatieven. Naarmate zijn verzoek tot euthanasie nadrukkelijker werd zijn er gesprekken geweest met zijn enige zoon, schoondochter en nog enkele andere familieleden. Tijdens zijn laatste ziekenhuisopname werd zijn verzoek nog eens uitgebreid geëvalueerd door de ziekenhuispsychologe en de dienst patiëntenbegeleiding. Patiënt is echter zeer nadrukkelijk achter zijn keuze blijven staan.</i>
7. Kon aangenomen worden dat de patiënt(e) binnen afzienbare termijn zou overlijden?
<i>Neen</i>

- Dit dossier van een 91-jarige patiënte is een illustratie van het feit dat bejaarde patiënten ondraaglijk, aanhoudend en niet te lenigen kunnen lijden door de combinatie van een aantal zgn. ouderdomskwalen waardoor de levenskwaliteit zeer ernstig wordt aangetast. Bovendien is de medische toestand als uitzichtloos te beschouwen omdat er geen curatieve behandelingen meer mogelijk zijn. Patiënte werd door de uitvoerende arts als niet terminaal beschouwd. Daarom werd het advies gevraagd van een LEIFarts – huisarts en een psychiater. De adviezen benadrukten dat het verzoek van de patiënte aan de voorwaarden van de wet betreffende euthanasie voldeed.

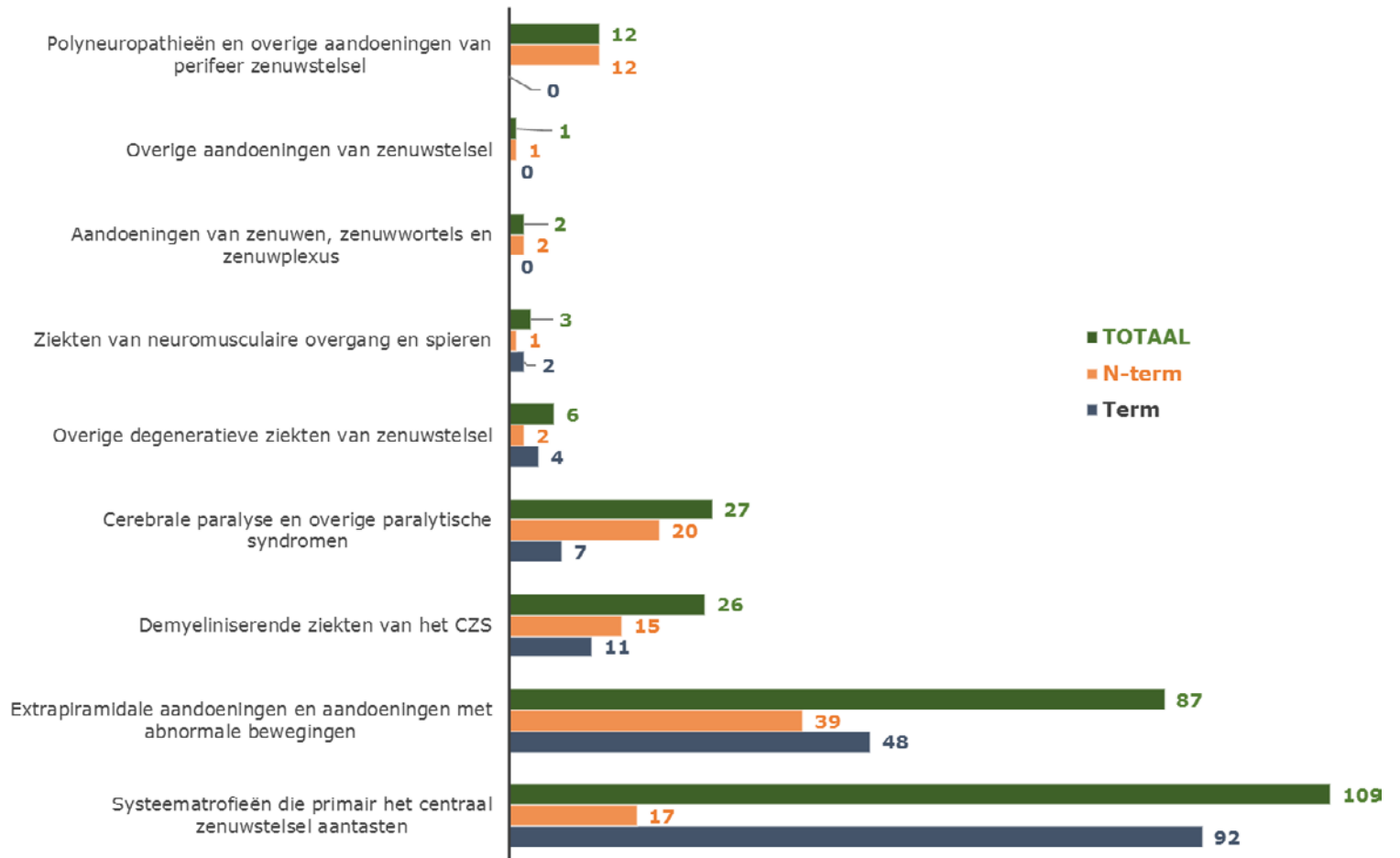
3. Precieze diagnose
<ul style="list-style-type: none"> – <i>Uitgebreide polyartrose gepaard gaande met veel pijn. Zou nieuwe heupen en knieën moeten krijgen. Gezien haar leeftijd en haar cardiale toestand komt ze hiervoor niet meer in aanmerking. Immobiel</i> – <i>Ernstige gezicht- en gehoorstoornissen die snel progressief zijn.</i> – <i>Beginnende mentale aftakeling gepaard gaande met desoriëntatie, angstreacties en paniek. Opgetreden na syncopes als gevolg van haar totale AV blok. Heeft daardoor sequelen en geheugenstoornissen, vooral voor het onmiddellijke geheugen</i> – <i>Patiënte is zeker wilsbekwaam.</i> – <i>Cardiovasculair: Total AV blok.</i> – <i>Toenemende incontinentie urinair.</i> – <i>Stoelgangproblemen: regelmatig obstructie op basis van fecalomen</i>
4. Aard en beschrijving van het aanhoudend en ondraaglijk lijden:
<p><i>Het feit dat ze continue pijn heeft ondanks behandeling en continu controle nodig heeft van derden en dat haar situatie niet beter zal worden maakt dat ze haar situatie uitzichtloos vindt. Ze heeft geen normaal leven meer, zeker niet in vergelijking met vroeger. Kan zelfs niet eten in het restaurant van de instelling. Is ook fel vermagerd wegens gebrek aan eetlust. Haar leven is vol stress en paniek. Het feit niet meer autonoom te zijn maakt dat ze van mening is dat ze geen toekomst meer heeft. Ze is al haar levenskwaliteit kwijt. Zo wil ze niet verder leven.</i></p>
5. Redenen waarom dit lijden niet kon worden gelenigd:
<p><i>Ze zou nieuwe knieën en heupen moeten hebben. Haar cardiale toestand en haar leeftijd maakt dat ze inoperabel is. Ze moet dus verder leven met pijn. Het feit dat haar geheugen soms weg valt veroorzaakt zoveel paniek en stress. Ook hiervoor bestaat geen oplossing. Ze moet om verder te kunnen leven volledig steunen op haar echtgenoot. Al haar medicatie en andere verzorging ten spijt is ze al haar levenskwaliteit kwijt. Dit uitzichtloos leven en wachten op haar dood wil ze niet.</i></p>

3. Patiënten met een ziekte van het zenuwstelsel

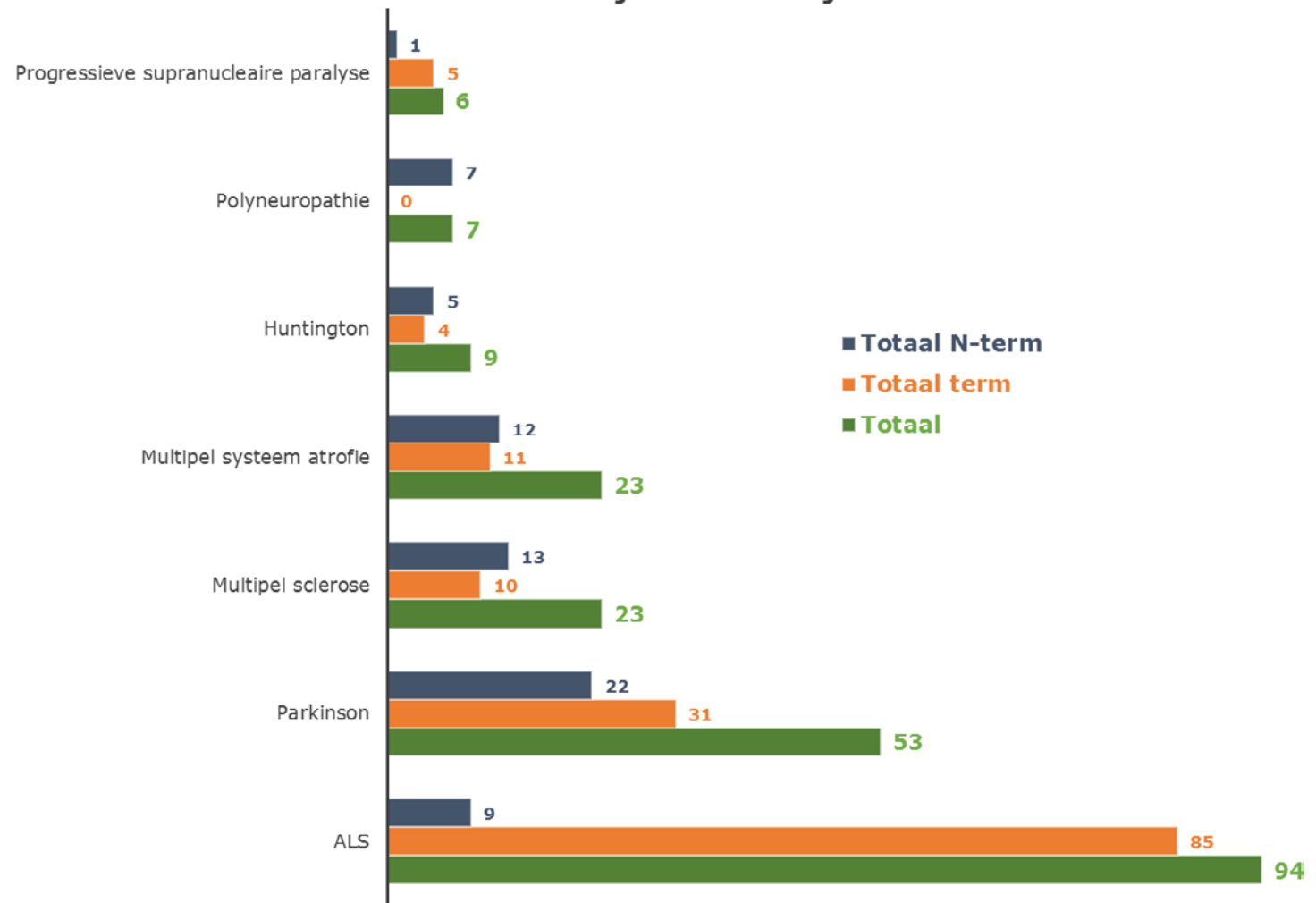
274 of 6,9% van de patiënten die euthanasie ondergingen leden aan een ziekte van het zenuwstelsel.

De meest frequente aandoeningen waren ALS, Parkinson en multipel sclerose. Meer dan de helft van deze patiënten werden als terminaal beschouwd.

Ziekten van het zenuwstelsel volgens de subgroepen en de te verwachten termijn van overlijden



Voornaamste ziekte van het zenuwstelsel volgens de te verwachten termijn van overlijden



1. Tot de subgroep van de demyliniserende ziekten van het centraal zenuwstelsel behoort multiple sclerose.
2. Tot de subgroep van de extrapiramidale bewegingsstoornissen behoren de ziekten zoals Parkinson, multipel systeem atrofie en de progressieve supranucleaire paralyse. De beide laatste aandoeningen zijn ook gekend als Parkinson plus.
3. Tot de subgroep van de hersenverlamming en andere paraplegische syndromen behoren o.a. allerlei aandoeningen die gepaard gaan met de verlamming van de ledematen.
4. Tot de subgroep van de systemische atrofie van het centraal zenuwstelsel behoort de ziekte van Huntington en ALS.

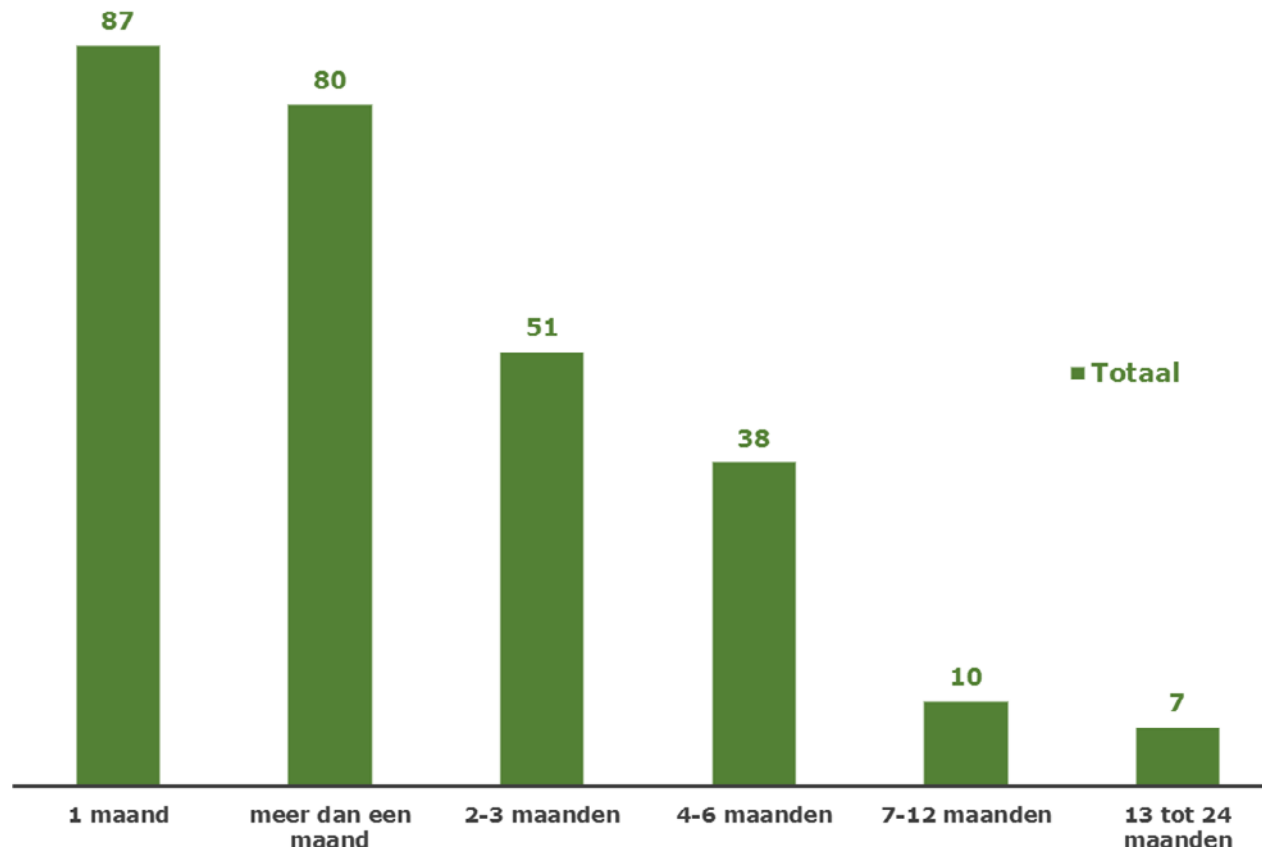
Voorbeeld

- Amyotrofe Lateraal Sclerose (ALS) is een zeer ernstige, ongeneeslijke ziekte van het zenuwstelsel waarvan het belangrijkste kenmerk bestaat uit het afsterven van de motorische zenuwcellen in het ruggenmerg, de hersenstam en de hersenschors en die uiteindelijk tot de dood leidt door verlamming van de ademhalingspijpen en zo tot de verstikkingsdood. Sommigen patiënten (9) laten hun euthanasie uitvoeren voor de terminale fase anderen (85) wachten tot de ziekte in zijn eindfase is. Gezien de patiënt terminaal was het advies van slechts één arts noodzakelijk. Deze arts bevestigde o.a. dat het overlijden te voorzien was binnen afzienbare termijn.

3. Precieze diagnose
<i>Sclérose latérale amyotrophique rapidement évolutive.</i>
4. Aard en beschrijving van het aanhoudend en ondraaglijk lijden:
<i>Troubles de déglutition (même sur salive), impossibilité de boire ou de manger sans risquer de s'étouffer, dysarthrie impossibilité de s'exprimer verbalement.</i>
5. Redenen waarom dit lijden niet kon worden gelynigd:
<i>Pas de perspective thérapeutique. Refus d'une alimentation artificielle. Risque d'étouffer sur prise alimentaire ou eau.</i>
6. Elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk
<i>Vue par 2 médecins (+ son médecin traitant), la psychologue. Demande répétée et déjà évoquée au début de la maladie avec famille. Pas de troubles cognitifs.</i>

Wachttijd voor neurologische aandoeningen

De wachttijd voor neurologische aandoeningen is zeer variabel en is bij heel wat patiënten waarvan het overlijden wordt verwacht binnen afzienbare termijn frequent meer dan 1 maand.

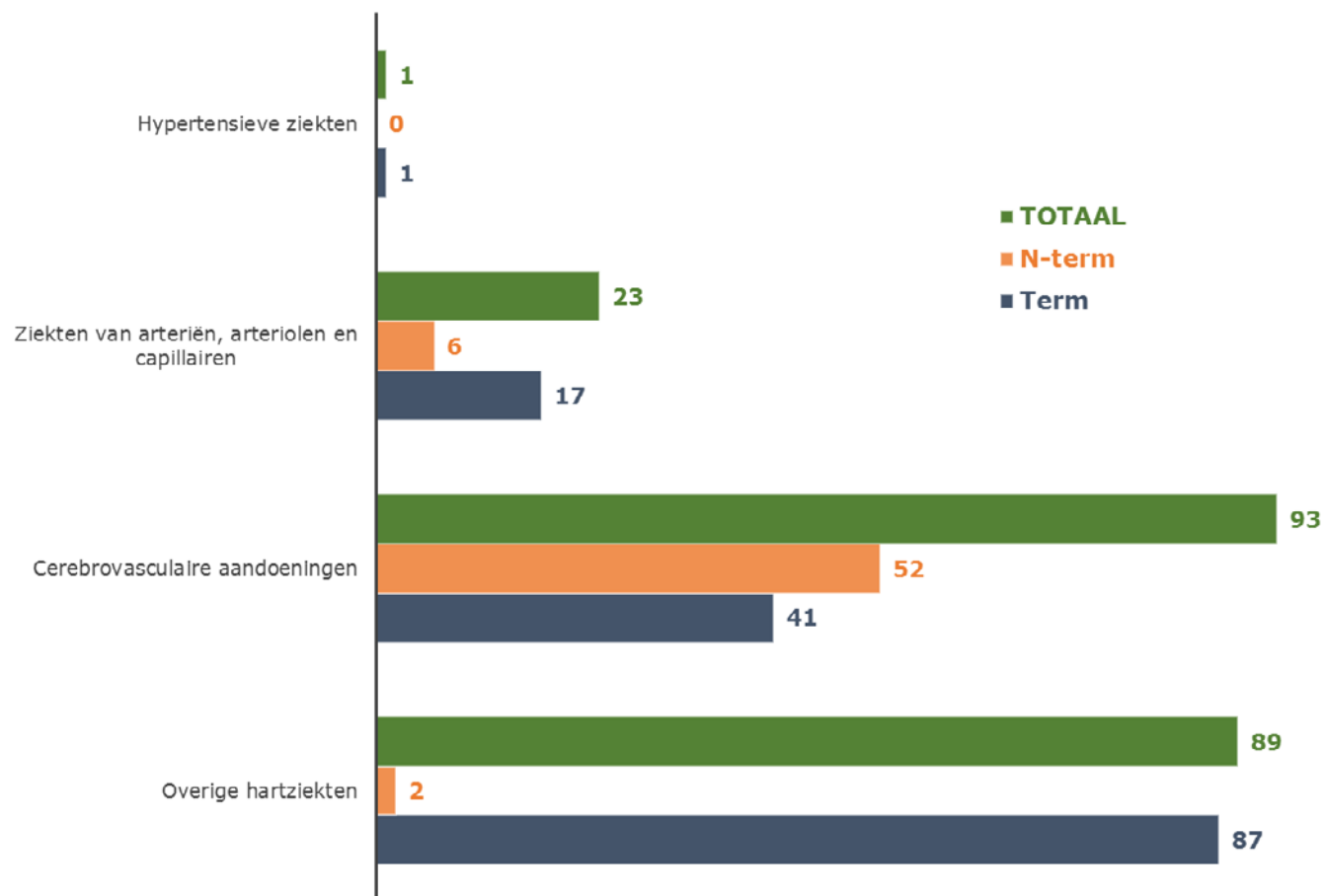


4. De patiënten met ziektes van het hart en vaatstelsel.

In 206 of 3,1% van euthanasie gevallen gaat het om ziektes van het hart- en vaatstelsel. Onder deze categorie vallen eveneens beroertes, (herseninfecties a.g.v. een trombose van de bloedvaten) hartfalen en hartkleplijden en perifeer vaatlijden zoals aneurysmata en arteriële insufficiëntie.

Het meest frequent zijn de beroertes of CVA's (85 patiënten), terminaal hartfalen (83 patiënten) en complicaties van zgn. perifeer vaatlijden (18 patiënten).

Ziekten van hart en vaatstelsel volgens de subgroepen en de te verwachten termijn van overlijden



- Onder de subgroep "Overige hartziekten" vindt men hartfalen en hartstilstand succesvol gereanimeerd.
- Onder de subgroep "Cerebrovasculaire aandoeningen" vindt men CVA, spontane hersenbloedingen, trombose van de hersenarteries;
- Onder de subgroep "Ziekten van arteriën, arteriolen en capillairen" vindt men aorta aneurysma's, trombose van de arteria mesenterica met darminfarct en vaatlijden ter hoogte van de extremiteiten.

Voorbeeld

- Deze patiënt is een voorbeeld tot welke ernstige complicaties een hersentrombose of CVA aanleiding kan geven en hoe deze een ondraaglijk aanhoudend en niet te lenigen fysiek en psychisch lijden veroorzaken zodat verder leven in die omstandigheden voor de betrokkene als zinloos wordt ervaren.

3. Precieze diagnose
<i>24/12/2013: ischemisch CVA (infarct linker arteria cerebri media) met als sequelen: fatische stoornissen, uitdrukking- en begripsoeijlijkheden en continue invaliderende holocraniële hoofdpijn.</i>
4. Aard en beschrijving van het aanhoudend en ondraaglijk lijden:
<i>Irreversibele fatische- en begripstoornissen. Continue zeer hevige hoofdpijnen en "geraas" in het hoofd</i>
5. Redenen waarom dit lijden niet kon worden gelenigd:
<i>Logopedische revalidatie had beperkt resultaat maar was onvoldoende om vlot aan conversaties te kunnen deelnemen. De hoofdpijn blijkt resistent aan alle beproefde medicaties en combinaties hiervan (analgetica, antidepressiva, corticoïden, morfine, neuropathische medicatie.</i>
6. Elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk
<i>Al tijdens de ziekenhuisopname gaf patiënt aan zo niet verder te willen leven (suicidepoging ondernomen). In de weken na het CVA, toen bleek dat er geen verdere recuperatie optrad, bracht hij vrijwel dagelijks zijn wens om te mogen sterven naar voor, bij elk bezoek van de huisarts herhaald.</i>
7. Kon aangenomen worden dat de patiënt(e) binnen afzienbare termijn zou overlijden?
<i>Neen</i>

- Deze patiënt is een voorbeeld van een zeer ernstig gecompliceerd terminaal en irreversibel hartlijden.

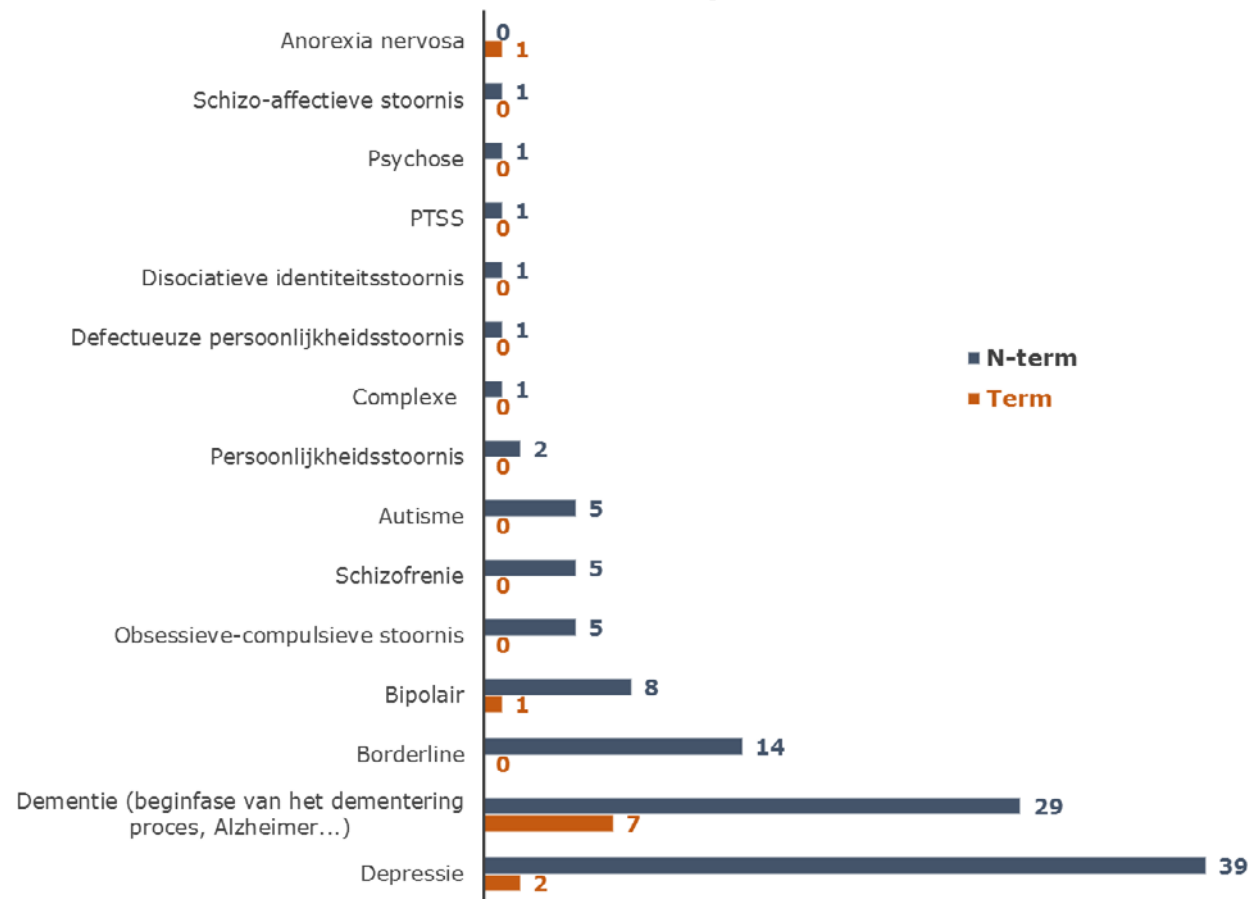
3. Precieze diagnose
<i>Terminale hartdecompensatie na multipele coronaire ingrepen met CVA na laatste coronaire bypass operatie. Meerdere opnames met longoedeem – nierinsufficiëntie. Toenemende angor pectoris waarvoor antistolling waarop patiënt recent meerdere gastro-intestinale bloedingen deed.</i>
4. Aard en beschrijving van het aanhoudend en ondraaglijk lijden:
<i>Irreversibele fatische- en begripstoornissen. Snelle deterioratie cardiorespiratoire toestand met dyspneu en orthopnoe. Volledig bedlegerig en permanent zuurstofdependent.</i>
5. Redenen waarom dit lijden niet kon worden gelenigd:
<i>Geen therapeutische mogelijkheden meer wegens terminale decompensatie. Wenst bewust en waardig afscheid van zijn familie te nemen.</i>
6. Elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk
<i>Tot voor twee maanden nog behoorlijk en niet zuurstofdependent. Sindsdien snelle achteruitgang en voorbije twee weken herhaaldelijk de vraag gesteld aan zijn artsen en familieleden.</i>
7. Kon aangenomen worden dat de patiënt(e) binnen afzienbare termijn zou overlijden?
<i>Ja</i>

5. De patiënten met psychische stoornissen en gedragsstoornissen (psychiatrische aandoeningen)

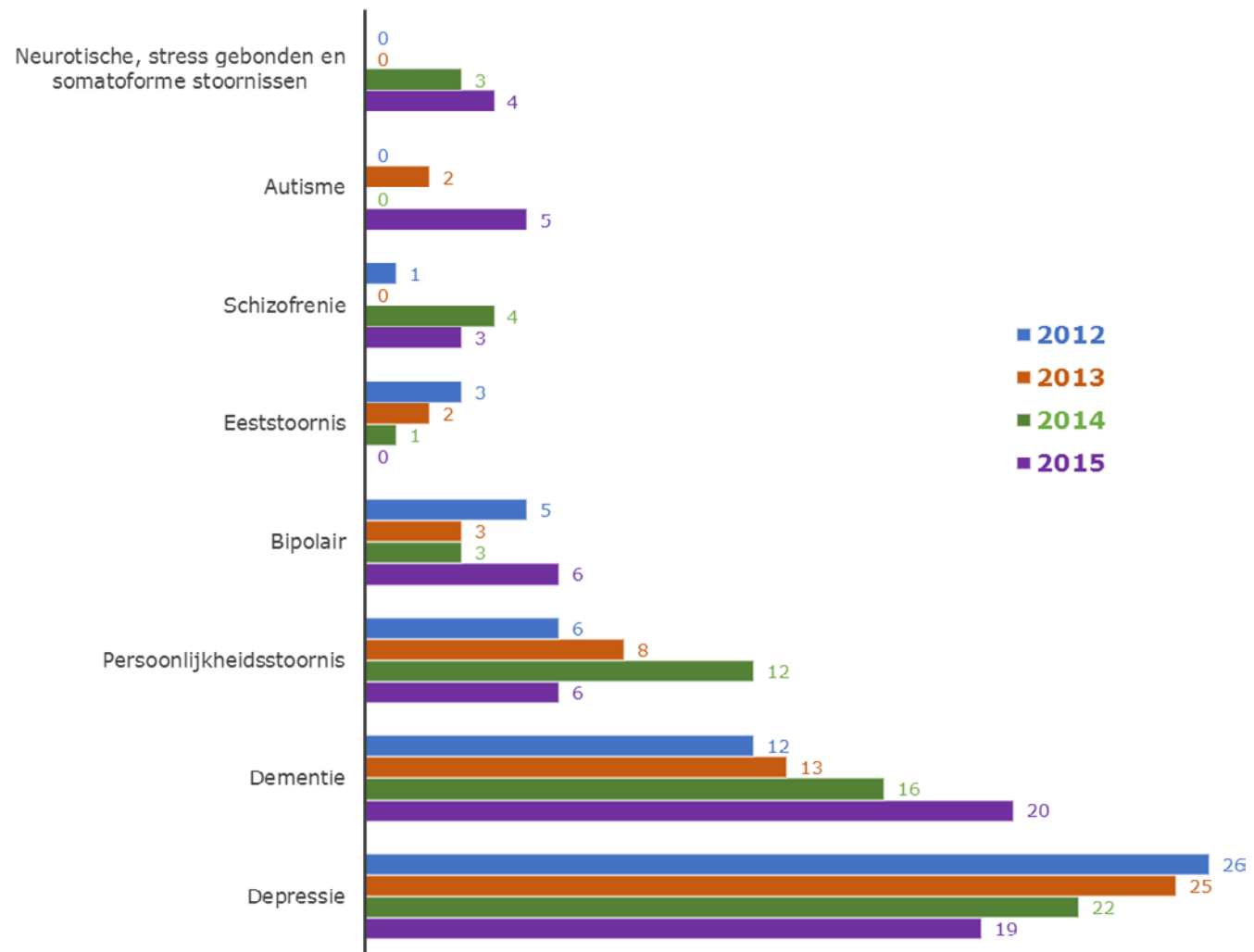
De groep van patiënten met psychische stoornissen en gedragsstoornissen of psychiatrische aandoeningen (dementie, onomkeerbare psychoses en wanen, stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, autisme etc.) is zeer beperkt en bedraagt 124 casussen op 3950 euthanasies of 3,1% van het aantal euthanasie gevallen in de voorbije twee jaar.

In de periode 2012 – 2016 trad geen stijging op in het aantal gevallen. In de hiernavolgende grafiek wordt de frequentie van de verschillende psychiatrische aandoeningen voor de periode 2012 – 2016 voorgesteld. Meest opvallend is de stijging van het aantal euthanasies bij patiënten lijdend aan dementie.

Psychische stoornissen en gedragsstoornissen volgens de te verwachten termijn van overlijden



Voornaamste psychische stoornissen en gedragstoornissen. Periode 2012 - 2015



Voorbeeld

- Dit dossier werd weerhouden door de Commissie als voorbeeld van ondraaglijk, aanhoudend en niet te lenigen psychisch lijden bij een 26-jarige patiënte die leed aan een zeer ernstige en ongeneeslijke psychische stoornis.

Aan 2 psychiaters werd een advies gevraagd. Beide zagen patiënte meerdere malen op raadpleging vooraleer zij een gunstig advies formuleerden. De Belgische wet vereist het advies van minstens 1 psychiater terwijl de Nederlandse Wet dit niet vereist.

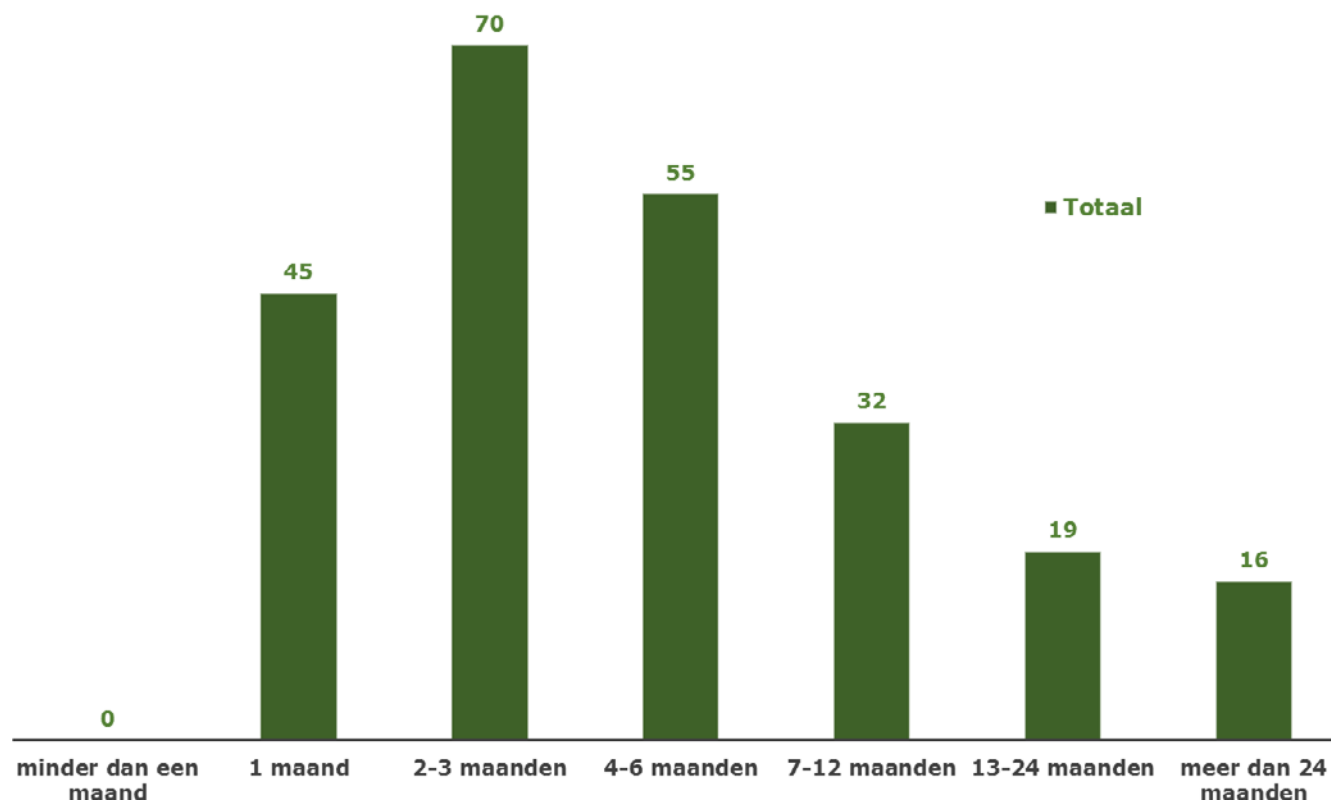
3. Precieze diagnose
<ul style="list-style-type: none">– <i>Psychiatrisch: dwangneurose of obsessieve-compulsieve stoornis en zware depressies gecompliceerd door een Body Dysmorphic Disorder, borderline persoonlijkheid met symptomen van zware zelfdeprecieatie, dwangverschijnselen met o.a. Dwangmatige gedachten en dwangmatige handelingen.</i>– <i>Somatisch: hematologische aandoening: erfelijke trombofilie en auto-immuun problemen (APC factor 5 Leiden). Bij onderzoek kwam er zeer ernstige genetische aandoening aan het licht nl. Antifosfolipiden syndroom zeer ernstig 18 jaar. Hersentrombose</i>
4. Aard en beschrijving van het aanhoudend en ondraaglijk lijden:
<i>De ziekte heeft een grote impact op haar normaal functioneren. Heeft geen vrienden meer. Heeft haar school niet afgemaakt. Heel haar bestaan wordt hierdoor geterroriseerd. Heeft continu slechte gedachten over haar lichaamsbeleving. Ze geraakt deze gedachten niet kwijt. En deze gedachten verpesten gans haar leven op elk vlak en daarom wil ze er niet meer zijn. Leeft door haar ziekte in een zelfopgelegde eenzaamheid. Ze is al haar waardigheid verloren.</i>
5. Redenen waarom dit lijden niet kon worden gelenigd:
<i>Het gebrek aan behandelingsresultaat in diverse ook universitaire instellingen en haar nu al 10 jaar lang toenemend psychisch lijden maakt haar toestand uitzichtloosheid. Ze is daarom ook chronische suïcidaal. Individuele psychotherapie: is bij verschillende psychologen en psychiaters geweest. Helemaal geen hulp. Meerdere malen Residentiële behandelingen in universitaire en niet-universitaire psychiatrische diensten Medicatie: heel veel verschillende soorten zonder resultaat. Heeft weinig last van neveneffecten gehad. Zelfmoordpoging. Was geen impulsieve beslissing. Patiënte heeft een groot ziekte inzicht.</i>
6. Elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk
<i>Het verzoek is vrijwillig en weloverwogen. Het is herhaaldelijk gesteld en er is geen externe druk. Patiënte beseft de onherroepelijkheid van een eventuele uitvoering.</i>

Wachttijd

Aangezien de patiënt met psychische en gedragsstoornissen in de regel niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, dient de termijn van minstens één maand gerespecteerd te worden. Deze wachttijd begint te lopen vanaf de schriftelijke vaststelling van het verzoek om euthanasie. De studie van de concrete dossiers verduidelijkt dat in de praktijk meestal verscheidene maanden soms jaren wordt gewacht tussen enerzijds de (eerste) schriftelijke vaststelling van de vraag om euthanasie en anderzijds de uitvoering ervan.

Hieronder vindt men een grafisch overzicht van de in de praktijk in acht genomen wachttijden.

Wachttijd bij patiënten met een psychische stoornissen en gedragsstoornissen



In enkele uitzonderlijke gevallen verwachtte de arts dat de patiënt binnen afzienbare tijd zou overlijden. Ter illustratie twee voorbeelden.

- Een hoogbejaarde (90 jaar) zorgafhankelijke vrouw die omwille van een progressief dementieproces euthanasie vraagt sinds jaren. Het eerste schriftelijk verzoek dateert van 2007 en werd hernieuwd in 2013. Intussen was ze cachectisch geworden en verkeerde ze in een terminale levenssituatie.
- Het tweede voorbeeld betreft een patiënte met anorexia nervosa wat gepaard ging met ernstige somatische klachten die een onomkeerbare cachexie hadden veroorzaakt. Haar schriftelijke verzoek was meer dan 6 maand oud.

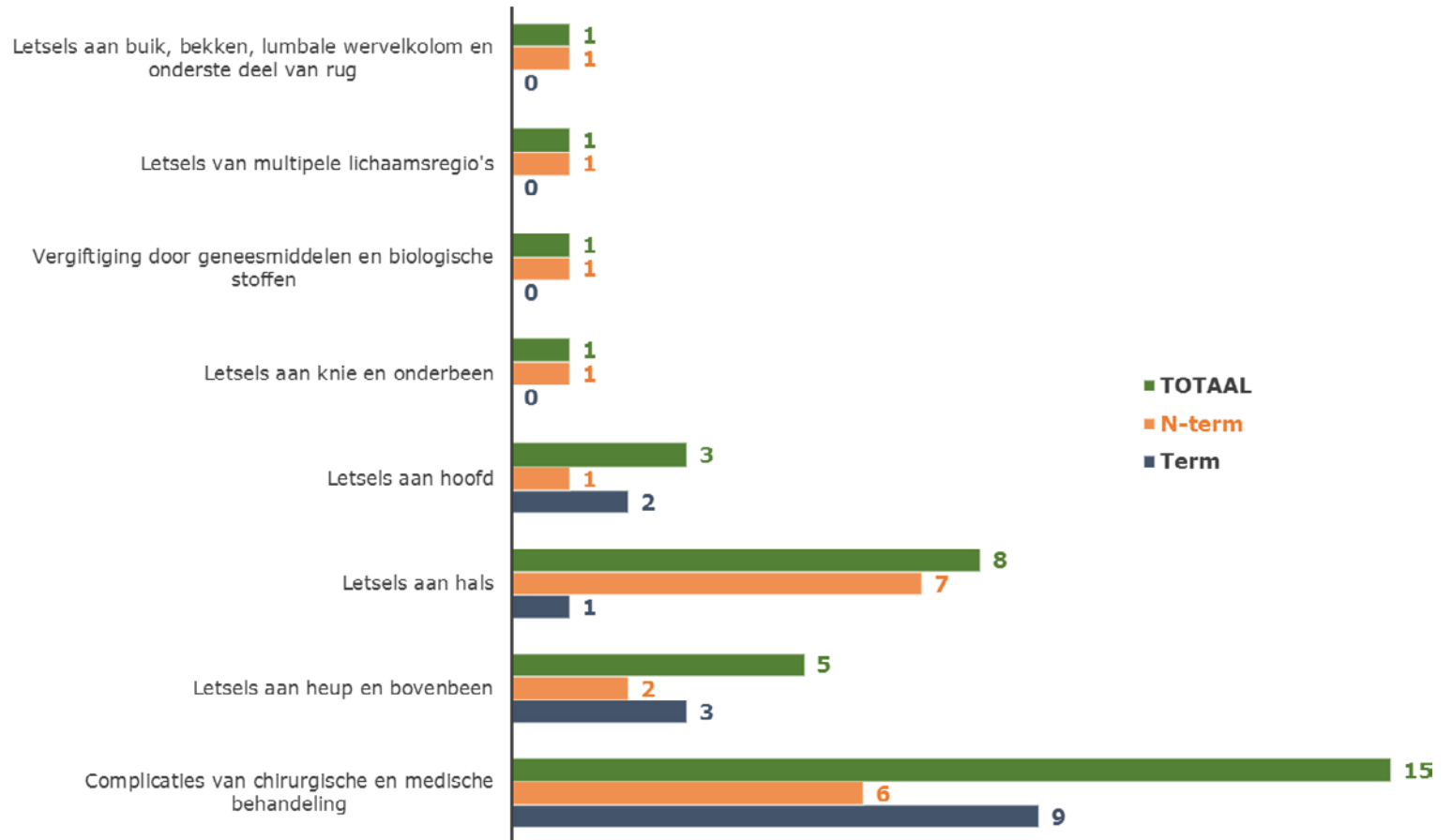
De analyse van de concrete dossiers en de grafiek hierboven wijzen duidelijk uit dat de wachttijd bij geen enkele patiënt korter was dan één maand, ook niet bij de patiënten waarvan de arts vermeldt dat het overlijden binnen afzienbare tijd zal plaatsgrijpen.

Bij het merendeel van de psychiatrische patiënten is de wachttijd langer dan 2 maanden tot meer dan 24 maanden. Onder de patiënten bij wie de wachttijd 1 maand was zijn heel wat dementerende patiënten of psychiatrische patiënten die eveneens ernstig fysiek lijden vertoonden zoals i.g.v. anorexia nervosa.

6. Patiënten met een letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken

Door het gebruik van de ICD-10-CIM codes om de diagnoses te coderen kon deze groep van patiënten geïdentificeerd worden. In totaal gaat het om 34 patiënten waarvan de belangrijkste groep complicaties van medische zorg betreft.

Letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken volgens de subgroepen en de te verwachten termijn van overlijden



De groep complicatie na medische zorg bestaat vooral uit complicaties na chirurgie, zij het complexe heelkundige ingrepen die gepaard gaan met een belangrijke morbiditeit en mortaliteit;

Aard van de medische zorg	Aantal
Complicaties na transplantatiechirurgie	4
Complicaties na hartchirurgie	3
Complicaties na orthopedische chirurgie	3
Complicatie na oncologische chirurgie	2
Complicaties na medische behandeling	3
Totaal	15

Voorbeeld

- Een patiënt die als gevolg van complicaties na complexe chirurgie terecht kwam in een onomkeerbare terminale toestand.

3. Precieze diagnose
<i>Greffe pulmonaire, nécrose bronchique avec sténoses multiétagées, aspergillose invasive, zona siège</i>
4. Aard en beschrijving van het aanhoudend en ondraaglijk lijden:
<i>Persistance de l'insuffisance respiratoire sévère, immunosuppression entraînant des infections sévères à répétitions.</i>
5. Redenen waarom dit lijden niet kon worden gelenigd:
<i>Aucune perspective thérapeutique au niveau endobronchique. Insuffisance respiratoire irréversible.</i>
6. Elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk
<i>Entretiens fréquents, demande répétée à plusieurs reprises. Perte qualité vie, plus aucune autonomie</i>
7. Kon aangenomen worden dat de patiënt(e) binnen afzienbare termijn zou overlijden?
<i>Oui</i>

7. Weigering van behandeling

In sommige gevallen was er sprake van een weigering van behandeling: hierover werd een discussie gevoerd in de Commissie. Men kwam tot een consensus: de patiënt behoudt de mogelijkheid tot euthanasie op voorwaarde dat de weigering van behandeling betrekking heeft op een niet-curatieve behandeling van de aandoening of op een behandeling die ernstige bijwerkingen heeft.

Het weigeren van een behandeling is immers wettelijk toegestaan bij de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. Als het een palliatieve behandeling betreft heeft de patiënt ook het recht deze te weigeren namelijk als deze behandeling bijvoorbeeld als ondraaglijk wordt ervaren door de patiënt, hetzij voor de patiënt niet aanvaardbare bijwerkingen heeft.

(I) Euthanasie op grond van voorafgaande wilsverklaring



67 keer werd euthanasie uitgevoerd bij patiënten die niet meer bij bewustzijn waren, op basis van een wilsverklaring. Zoals reeds vermeld in de vorige verslagen blijft dit aantal beperkt maar het toont aan hoe belangrijk de wilsverklaringen zijn in situaties waarbij de patiënt onomkeerbaar buiten bewustzijn is.

Zoals reeds vermeld in de verslagen 2012-2013 en 2010-2011 betreuren verschillende leden van de Commissie het feit dat het ingewikkeld is om een wilsverklaring op te stellen en dat ook de procedures voor het registreren en hernieuwen ervan omslachtig zijn, wat het gebruik ervan beperkt.

Voorbeeld

- Het voorbeeld betreft een 50 jarige patiënt die in een onomkeerbaar coma verkeerde na een zeer ernstig schedeltrauma.

3. Diagnostiek
<ul style="list-style-type: none">- <i>Traumatisme crâniën.</i>- <i>Coma d'emblée</i>- <i>Lésion axonale diffuse, IRM cérébrale, extension bi hémisphère + mésencéphale.</i>- <i>Pronostic neurologique catastrophique.</i>
9. Onafhankelijke artsen waarvan de raadpleging verplicht is (identiteit niet vermelden)
9.1 een andere arts (art.3, §2, 3°) <ul style="list-style-type: none">- Hoedanigheid: <i>neurologue</i>- Advies van de geraadpleegde arts (volgens zijn geschreven verslag) wat betreft de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening en het aanhoudend ondraaglijk en niet te lenigen lijden: <i>coma irréversible suite à des lésions axonales diffuses.</i>

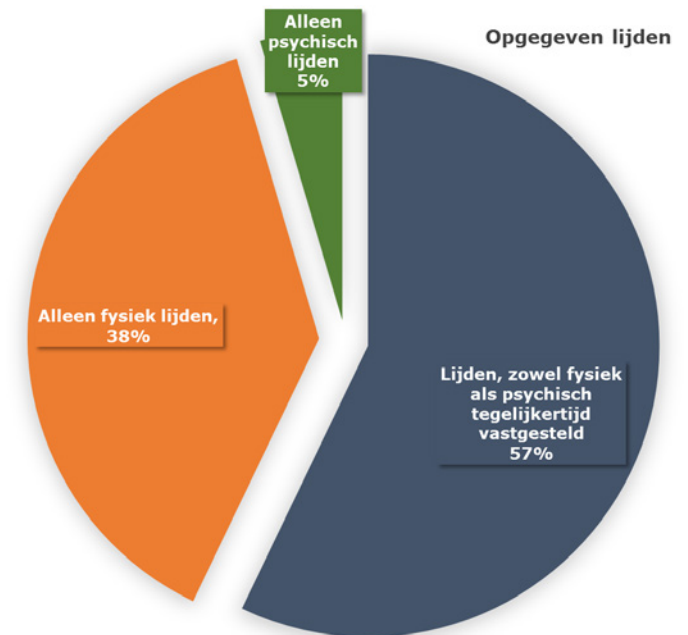
(J) De aard van het lijden

De vaakst voorkomende soorten van lijden, die steeds omschreven werden als ondraaglijk, aanhoudend en niet te lenigen, worden opgesomd in de statistische tabellen van deel 1.

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 dat door de uitvoerende arts als een bijkomend element in het ondraaglijk, aanhoudend en niet te lenigen karakter van het lijden wordt beschouwd. Hoe dan ook het lijden zoals vermeld in de registratiedocumenten gaat steeds uit van één of meerdere ernstige en ongeneeslijke 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 pijnbehandeling of zelfs palliatieve zorg te weigeren, bv. wanneer deze behandeling bijwerkingen of toepassingswijzen zou inhouden die hij als ondraaglijk beschouwt. Niettemin is de Commissie van oordeel dat in dergelijke gevallen de arts en de patiënt uitgebreid overleg dienen te plegen.



(K) Te verwachten termijn van overlijden

De Commissie is van oordeel dat de patiënt "niet binnen afzienbare termijn" zal overlijden wanneer verwacht wordt dat de patiënt niet binnen de komende maanden zal overlijden. In de praktijk betekent dit dat enkel bij niet-evolutieve of erg langzaam evoluerende aandoeningen de specifieke procedure moet worden gevolgd (twee consultants van wie één psychiater of één specialist in de aandoening in kwestie; een maand wachttijd na de datum van het schriftelijk verzoek).

Wanneer verwacht wordt dat de patiënt binnen de komende dagen, weken of maanden zal overlijden, kan men spreken van een overlijden "binnen afzienbare termijn". Uit de besprekingen binnen de Commissie omtrent de inschatting van de datum van overlijden 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.

Wanneer, op basis van een wilsverklaring inzake euthanasie, een levensbeëindiging werd uitgevoerd bij een patiënt die in een onomkeerbare bewusteloze toestand was en niets vermeld werd over de te verwachten termijn van overlijden, is men er bij het opmaken van deze statistiek er van uitgegaan dat de patiënt op korte termijn zou zijn overleden.

Bepalen of het overlijden van de patiënt binnen afzienbare termijn zal plaatsgrijpen of niet is niet altijd eenvoudig. Er dient te worden aan herinnerd dat de beoordeling van de te verwachten termijn voor overlijden verduidelijkt werd in de informatiebrochure voor de artsen die bij dit verslag is gevoegd.

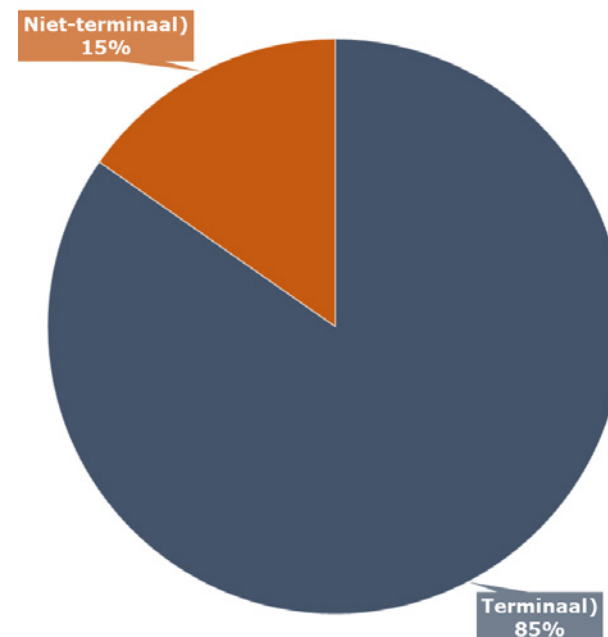
In 85% van de gevallen werd euthanasie uitgevoerd bij patiënten die binnen afzienbare termijn zouden overlijden. De overgrote meerderheid had een uitgezaaide of zwaar verminkende kanker. Deze gegevens stemmen overeen met de bevindingen van de vorige verslagen van de Commissie.

In 15% van de gevallen werd euthanasie uitgevoerd bij patiënten die niet binnen afzienbare termijn zouden overlijden (594 gevallen). Veelal ging het om patiënten die leden aan een ziekte van het zenuwstelsel, ziekte van het bot- spierweefsel en bindweefsel, psychische stoornissen en gedragsstoornissen of polypathologieën. Er werd slechts 27 maal euthanasie uitgevoerd bij kankerpatiënten die volgens de verwachtingen niet binnen afzienbare termijn zouden overlijden. In de vorige verslagen zijn gelijkaardige bevindingen gerapporteerd.

Er bestaan duidelijke voorbeelden. Zo zal een sterk vermagerde, bedlegerige uitgezaaide kankerpatiënt zonder meer als terminaal worden beschouwd. Daarentegen zal een psychiatrische patiënt die niet aan een somatische aandoening lijdt als niet-terminaal worden beschouwd. Tussen deze twee uiterste voorbeelden zijn er heel wat patiënten waarvan niemand met zekerheid de levensverwachting kan bepalen. Het is aan de uitvoerende arts om de klinische toestand van de patiënt te evalueren en te bepalen of het overlijden van de patiënt binnen afzienbare termijn zal plaatsgrijpen of niet. Deze vaststelling heeft zijn impact op de procedure.

- In geval van een overlijden binnen afzienbare termijn is één onafhankelijk advies van een arts, onafgezien van zijn specialisme, voldoende en is er geen wachttijd.
- In geval van een overlijden niet binnen afzienbare termijn is naast het eerste onafhankelijk advies een tweede onafhankelijk advies hetzij van een psychiater of van een specialist in de aandoening noodzakelijk en moet een wachttijd van minstens één maand tussen het verzoek en de uitvoering worden gerespecteerd.

Te verwachten termijn voor overlijden



Categorie van de aandoeningen bij niet-terminale patiënten

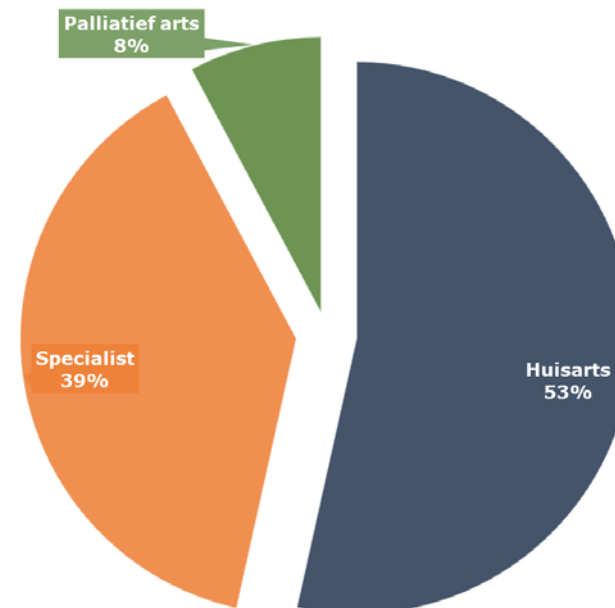


(L) De geraadpleegde artsen

1. Eerste verplicht geraadpleegde artsen

In geval van een patiënt die binnen afzienbare tijd zal overlijden is één advies van een onafhankelijk arts voldoende en dit kan gegeven worden door elke arts ongeacht of hij huisarts of specialist is.

Hoedanigheid van de eerste verplicht te raadplegen arts

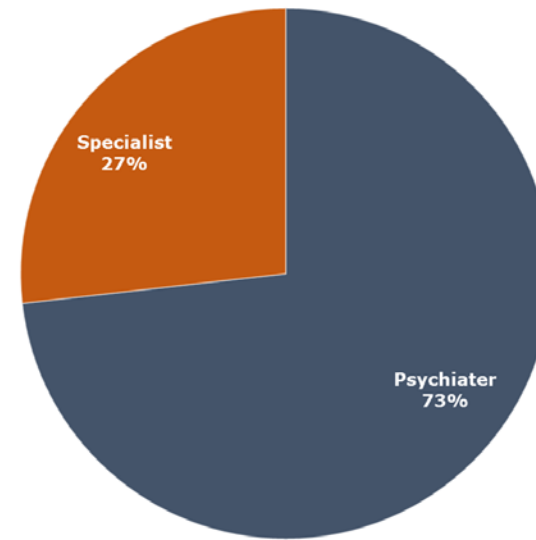


2. 2^{de} verplicht geraadpleegde arts (i.g.v. overlijdens niet binnen afzienbare termijn).

Indien de patiënt niet binnen afzienbare tijd zal overlijden dan is een 2^{de} advies noodzakelijk van een specialist in de aandoening of van een psychiater. Zoals verder in het verslag zal worden aangegeven werd door de commissie aangenomen dat in gevallen waar het gaat om een onderzoek van een euthanasieverzoek bij een patiënt met polypathologie de tweede arts eveneens een huisarts mag zijn. De commissie beschouwt de huisarts in geval van polypathologie als een specialist in deze materie.

Wanneer de patiënt volgens de verwachtingen niet binnen afzienbare termijn zou zijn overleden, was de tweede verplichte consulent in 73% van de gevallen een psychiater en was dit in 27% van de gevallen een specialist inzake de betreffende aandoening.

Hoedanigheid van de tweede verplicht te raadplegen arts (i.g.v. overlijden niet te verwachten binnen afzienbare termijn)



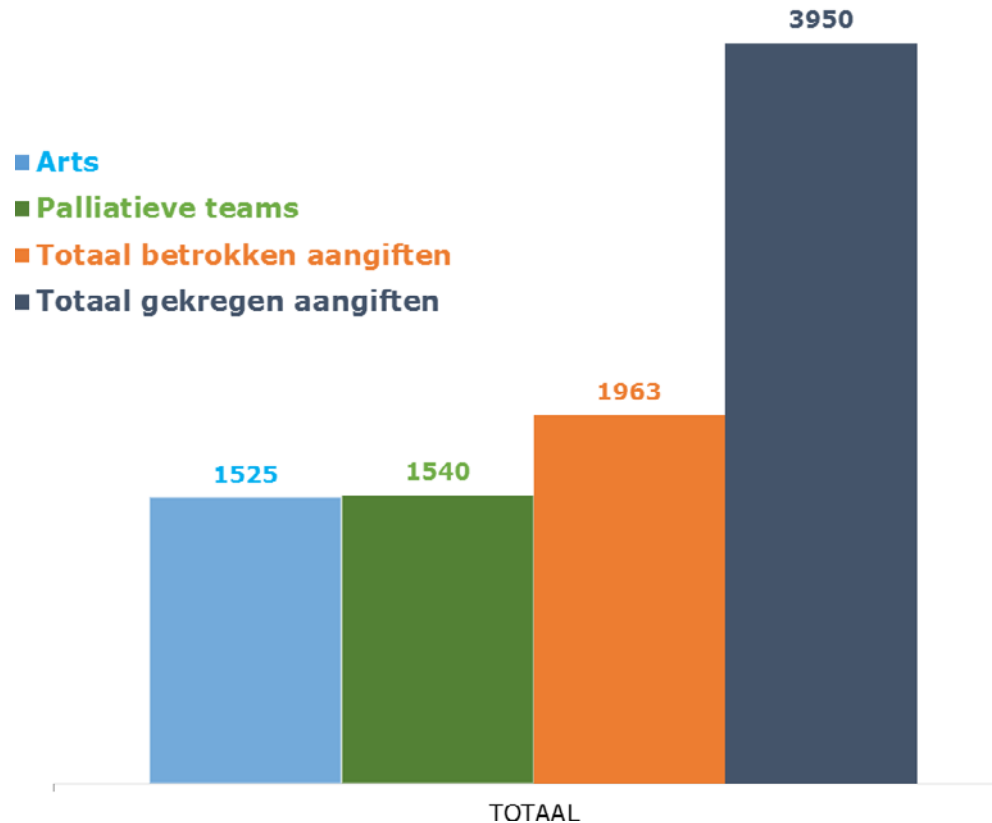
(M) Het advies van de geraadpleegde arts

Zoals vermeld werd in de vorige verslagen van de Commissie, vond de Commissie het advies van deze arts(en), zoals het op de aangifte was verwoord, soms niet duidelijk genoeg was en diende deel 1 van het document te worden geopend zodat men de meldende arts om verduidelijking kon vragen teneinde zich ervan te vergewissen dat deze taak overeenkomstig de wet vervuld was (5,3% van het totaal aantal aangiften, en 10 % van de redenen van open van deel I).

De wijze waarop de Commissie het begrip "onafhankelijkheid" van de geraadpleegde arts interpreteert, wordt in herinnering gebracht in de informatiebrochure voor de artsen, evenals de opdracht van de geraadpleegde arts waaraan in punt 9 van het aangiftedocument wordt herinnerd.

(N) Wettelijk niet verplichte consultaties

Artsen en palliatieve teams geraadpleegd buiten de wettelijke verplichtingen (1963 betrokken op 3950 aangiften)



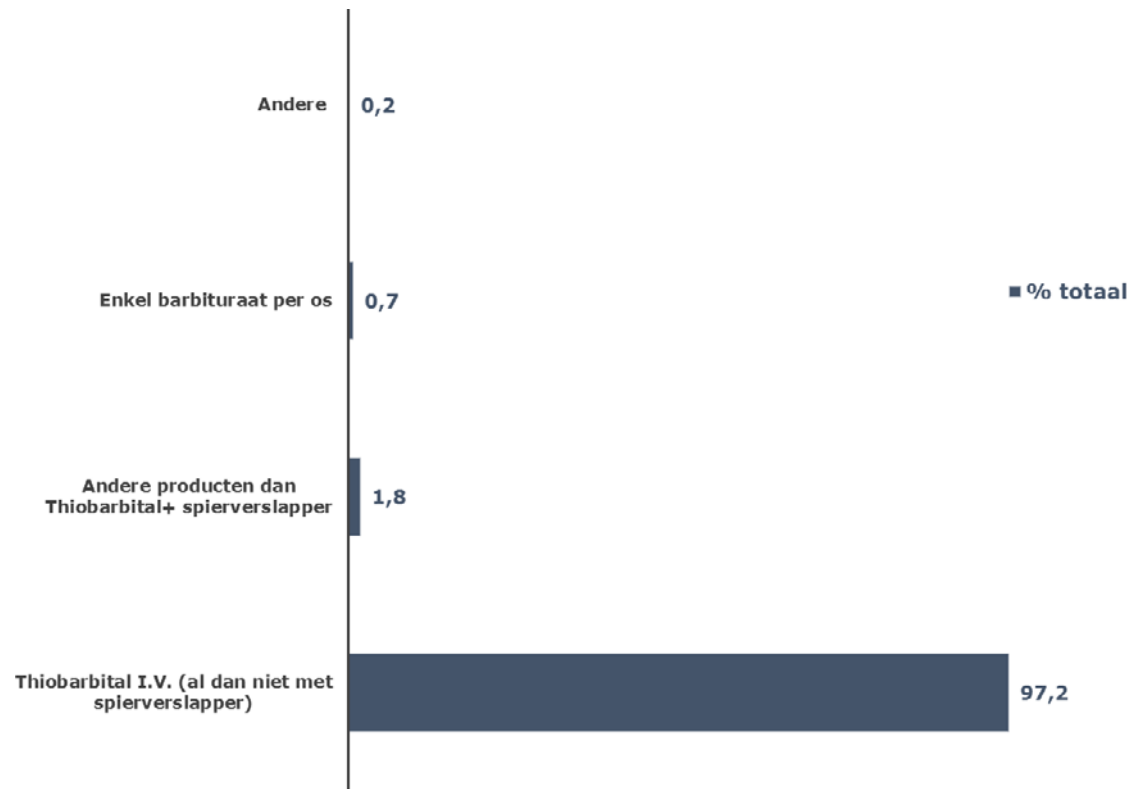
Heel wat artsen consulteren bij het onderzoek van een euthanasievraag nog andere artsen alhoewel dit niet verplicht is.

Zoals vermeld in het vorige verslag, stelt de Commissie vast dat de artsen naast de wettelijk verplichte consultaties vaak ook nog andere specialisten hebben geraadpleegd (in 49% van de gekregen aangiften).

Voor de Commissie wijst dit op de nauwkeurigheid en de ernst van de artsen die de aangiften hebben ingediend en de euthanasie hebben uitgevoerd.

Zoals vermeld in het vorige verslag zijn sommige leden nochtans van mening dat erover gewaakt moet worden dat bijkomende medische raadplegingen er niet toe leiden dat in de praktijk voorwaarden tot stand komen die wettelijk niet vereist zijn, zulks ten koste van het respect voor de wil van de patiënt.

(O) De wijze waarop de euthanasie uitgevoerd werd en de gebruikte middelen



Dit verslag bevestigt de gegevens gepubliceerd in de vorige verslagen. In 99% van de sterfgevallen werd de patiënt eerst buiten bewustzijn gebracht via algemene anesthesie, meestal door een intraveneuze inspuiting of door infuus van 1 tot 3 gr Thiobarbital. Eerder zelden, werd gebruik gemaakt van andere algemene directe intraveneuze verdovingen of via perfusie. Door het toedienen van Thiobarbital gebeurt het overlijden spontaan in enkele minuten. Indien dit niet het geval is, wordt er vervolgens een injectie i.v van een spierverlammend product gegeven. De vermelding van een kalm en snel overlijden door het stoppen van de ademhaling in enkele minuten, verkregen door deze techniek, wordt vaak door de arts in de aangifte vermeld. Bij 29 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, en dus niet door intraveneuze inspuiting van Thiopental of gelijkaardige middelen. 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 toegepast.

Deze interpretatie stemt overeen met het advies van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren, de dato 22 maart 2003³.

Er moet worden onderstreept dat de gebruikte technieken in bijna alle gevallen effectief deze zijn die in de medische literatuur⁴ worden beschreven als geschikt om een snelle dood zonder lijden te bewerkstelligen.

Enkele euthanasiegevallen (geklasseerd onder de rubriek "andere") werden uitgevoerd door middel van een combinatie van verschillende producten zoals benzodiazepines en opioïden. Met deze geneesheren werd contact opgenomen om hen er op te wijzen hier beter geen gebruik van te maken.

(P) Bijkomende opmerkingen van sommige artsen in rubriek 12

Dit is een facultatieve rubriek. Artsen kunnen daar zowel hun positieve als negatieve ervaringen kwijt over de uitvoering. Men onderscheidt grosso modo twee soorten commentaren. De overgrote meerderheid drukt de dankbaarheid uit die ze van de familie hebben ondervonden, de sereniteit waarmee de uitvoering is gebeurd of beschrijven bepaalde omstandigheden die door de uitvoerende arts als positief werden ervaren. Heel zeldzaam zijn het commentaren van problemen en moeilijkheden die artsen hebben ondervonden zowel in het kader van de uitvoering als vanwege de familie. Al deze informatie, afkomstig van beide taalgroepen in ons land, beschrijven niet alleen de emotionele maar evengoed de diep menselijke omstandigheden waarmee de euthanasies worden uitgevoerd.

3 Advies van 22/03/2003 betreffende palliatieve zorg, euthanasie en andere medische beslissingen omtrent het levenseinde. Tijdschrift Vol. XI juni 2003

4 Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, <http://www.knmg.nl/Dossiers-9/Dossiers-thematrefwoord/Levenseinde/Euthanasie-1.htm>

Voorbeelden

12. Bijkomende inlichtingen die de arts wenst te verstrekken

- *Sereen en dankbaar overleden in aanwezigheid van haar twee dochters en een nicht.*
- *Mevrouw is rustig ingeslapen in de armen van haar zoon, omringd door partner en andere familie.*
- *La patiente été rapidement endormie et a arrêté de respirer. Entouré de sa famille, amis, l'équipe médicale, sur un fond musical de son village.*
- *Le patient était serein et ravi de faire son départ. Il a souhaité que tous ses proches soit présent lors de l'euthanasie. Il est resté très digne et serein, comme à son habitude et il s'est endormi paisiblement. La famille à été ravie de notre intervention.*
- *Cette demande est très lourde pour le médecin qui l'a pratiquée ainsi que pour l'entourage même si cela se passe comme ici dans une grande sérénité.*
- *Patiënt is na sereen afscheid van moeder en zus en vrienden van moeder en zus en thuisbegeleidster, vastbesloten en sereen ingeslapen.*

Patiënten hebben soms geen familie meer of naasten die aanwezig kunnen of willen zijn bij de uitvoering. Zorgverleners nemen heel dikwijls deze taak op zich om te voorkomen dat patiënten alleen zouden sterven. Dit feit onderstreept nogmaals het zeer humane karakter van heel wat uitvoeringen.

12. Bijkomende inlichtingen die de arts wenst te verstrekken

- *De euthanasie werd uitgevoerd in aanwezigheid van de 2 thuisverpleegkundigen en de 3 familiale helpsters van patiënt. Erg sereen verlopen. De uitvoerder is Leifarts.*
- *Sereen verloop in aanwezigheid van de arts, sociaal assistent en familiehelp*

Het begeleidingsproces van de familie rond het aanvaarden van een euthanasieverzoek en de uitvoering vraagt tijd.

12. Bijkomende inlichtingen die de arts wenst te verstrekken

- *Het ganse proces van het overwegen tot euthanasie en gesprekken daarrond zijn ongeveer één jaar geleden begonnen. Laatste zes maanden is de familie van patiënt gegroeid in het proces en hebben ze de wil van patiënte aanvaard en kunnen waarderen.*

Soms slaagt men er niet in de familie het verzoek van hun naaste de doen accepteren of minstens te respecteren. Een arts kan dan geconfronteerd worden met een verregaande agressie van familieleden of vrienden die de sereniteit van de uitvoering zowel bij de patiënt als bij de arts in het gedrang kunnen brengen.

12. Bijkomende inlichtingen die de arts wenst te verstrekken

- *De dochter was absoluut niet akkoord met de euthanasie. Zij noemt het moord. Ze kreeg maandelijks een som geld van de vader. De vader heeft mij op het einde verboden haar te informeren over de geplande euthanasie. Zij is het toch via het OCMW (thuiszorg) te weten gekomen. Ze heeft toen haar vader opgebeld en die heeft haar gezegd als ze heibel zou komen maken om de euthanasie te dwarsbomen dat hij de politie zou bellen om haar te laten verdwijnen! Het zou dus zeker mogelijk zijn dat zij een klacht gaat formuleren....)*

Antwoorden op vragen gesteld door derden aan de Commissie over de wet betreffende euthanasie

(A) Vragen om uitleg over de wet betreffende euthanasie

De Commissie wordt meer en meer gecontacteerd door derden zoals binnenlandse en buitenlandse media, advocaten en artsen die vragen om uitleg. De vraagstelling is dikwijls het gevolg van een onvoldoende kennis van de wet. Bovendien is het begrip 'euthanasie' niet strikt gedefinieerd in landen zonder een euthanasiewet en omvat vaak ook "levensbeëindiging zonder verzoek van de betrokkene".

1. De media

De aandacht van de binnenlandse media staat veelal in functie van de actualiteit van de dag. Zo is de voorbije maanden heel wat te doen geweest omtrent euthanasie bij psychiatrische patiënten. In de uitgezonden interviews of in de geschreven pers wordt duiding gegeven over de werking van de euthanasiewet in ons land, soms ten goede en soms ten kwade. Juist omdat euthanasie een uitzonderlijke handeling is, is maatschappelijke controle om misbruiken te voorkomen belangrijk. Hierin hebben de media hun rol te spelen.

De aandacht van de buitenlandse media staat veelal in functie van wetgevend werk in verband met euthanasie in het desbetreffende land. Men wil zich een beeld vormen van de toepassing van de euthanasiewet in ons land en in Nederland. Met deze reportages proberen de makers ervan het wetgevend werk in hun eigen land te beïnvloeden. Dit kan zowel in de positieve als negatieve zin zijn.

2. Advocaten

De Commissie wordt regelmatig geconfronteerd met vragen van advocaten in verband met een specifiek dossier. Men wil weten of de Commissie dit dossier heeft goedgekeurd of verwezen naar het parket. De vragen van advocaten staan veelal in verband met juridische procedures aangespannen door de familie tegen de uitvoerende arts omdat deze niet akkoord gaat met de uitgevoerde euthanasie.

- Het is duidelijk dat de desbetreffende juristen de wet betreffende euthanasie onvoldoende kennen. Indien dit zo was dan zouden ze weten dat hun vraag onzinnig is omdat de commissie alleen deel 2, het anoniem gedeelte van het registratiedocument, ter inzage krijgt. Dit gedeelte bevat alle medische gegevens die nodig zijn om de na te gaan of de uitvoerende arts de euthanasie heeft uitgevoerd onder de voorwaarden en volgens de procedure bepaald in de wet en medisch zorgvuldig heeft gehandeld. De Commissie heeft normaliter geen inzage in deel 1.
- Deel 1 wordt alleen na een beslissing van de Commissie geopend teneinde de meldende arts om bijkomende informatie te vragen, dan wel te wijzen op één of andere onnauwkeurigheid.(cfr. deel 2 de werking van de Commissie) Bovendien zijn de leden van de Commissie tot geheimhouding verplicht. De wet betreffende euthanasie vermeldt in art 12 van hoofdstuk 5 over De Federale Controle- en Evaluatiecommissie dat: "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." Dit betekent dat de Commissie op dergelijke vragen niet kan antwoorden.
- Anderzijds wordt elke vraag van wie dan ook besproken in de schoot van de Commissie. Het is de commissie die beslist hoe geantwoord zal worden op een vraag en door wie. Dergelijke vragen worden veelal door de juristen die lid zijn van de Commissie beantwoord.

3. Artsen

Soms vragen artsen advies in verband met een lopend onderzoek van een euthanasieverzoek.

- Het is duidelijk dat de Commissie geen adviezen kan geven over de beoordeling van een nog niet uitgevoerde euthanasie. Hiermede zou de mogelijkheid om naderhand een oordeel te vellen over deze casus de commissie uit de hand worden genomen. Deze artsen worden verwezen naar andere artsen die meer ervaring hebben in de beoordeling van een euthanasieverzoek zoals artsen die een bijkomende opleiding hebben gekregen in levenseindezorg. Het is aan de betrokken arts om in zijn omgeving een dergelijke arts te zoeken.
- Ook deze vragen worden besproken in de schoot van de Commissie. Opnieuw is het de Commissie die beslist hoe geantwoord zal worden op een vraag en door wie. Dergelijke vragen worden veelal door de artsen die lid zijn van de Commissie beantwoord.

(B) Euthanasie en psychiatrische patiënten

De afgelopen twee jaar ontstond er een polemiek over euthanasie bij psychiatrische patiënten in de maatschappij. Wanneer de media de leden van de Commissie hierover interpelleren, kunnen deze, gebonden door het beroepsgeheim, slechts wijzen op de beginselen van de wet. Dit zonder de mogelijkheid om bezwaar te maken tegen de specifieke elementen in gemediatiseerde casussen die zelden correct gedocumenteerd zijn.

We moeten er aan herinneren dat het voor elk dossier van uitermate belang is dat er wordt voldaan aan de voorwaarden van de wet : gaat het om een verzoek van een patiënt dat vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk en de patiënt moet zich in een medisch uitzichtloze toestand van ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet kan gelenigd worden bevinden dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening. De wetgever heeft afgezien van het opstellen van een exhaustieve lijst van ernstige en ongeneeslijk medische aandoeningen.

1. Euthanasie en psychisch lijden t.g.v. een psychiatrische aandoening

Sommigen hebben betoogd dat het noodzakelijk was om het toepassingsgebied van de wet betreffende psychisch lijden uit te sluiten. Het is niet aan de Commissie om te beslissen over dit debat en over een eventuele uitbreiding of beperking van euthanasie wet.

Toch kan de Commissie hierop antwoorden dat, door middel van onderzoek van deze casussen, de angst dat euthanasie bij psychiatrische patiënten te snel en te lichtzinnig wordt toegekend zoals sommigen beweren, ongegrond is. Dit onderzoek baseert zich op de laatste 4 jaar en de resultaten hiervan worden verduidelijkt in de grafiek. « Verdeling van de psychische stoornissen en gedragsstoornissen – Periode 2012 -2015 » waar het aantal patiënten per psychiatrische diagnose werden gerangschikt. Hieruit blijkt dat het aantal patiënten die omwille van onbehandelbare chronische recidiverende depressies euthanasie kregen een dalende tendens heeft. Daarentegen is er een lichtjes stijgende tendens betreffende het aantal euthanasies bij dementerende patiënten. In Nederland werd in 2014 bij 91 en in 2015 bij 105 dementerende patiënten euthanasie uitgevoerd.⁵

2. De bedenktijd en de wachttijd.

De Wet betreffende de euthanasie bepaalt dat, indien de patiënt niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, m.a.w. niet-terminaal is, de arts minstens één maand tijd moet laten verlopen tussen enerzijds de schriftelijke vaststelling van de vraag om euthanasie en anderzijds de uitvoering ervan.

In Nederland bestaat deze verplichting niet.

N.a.v. een geval van euthanasie bij een psychiatrisch patiënt werd er kritiek geuit op de zogenaamde «bedenktijd» van één maand. Deze termijn zou te kort zijn 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 uit van de foutieve veronderstelling dat de patiënt zijn wil vormt in de zogenaamde «bedenktijd» van één maand. In de werkelijkheid gebeurt het proces van de wilsvorming vooraf aan de schriftelijke vaststelling van de vraag om euthanasie. Eerst vormt de patiënt zijn innerlijke wil om vervolgens zijn vraag om euthanasie te veruiterlijken in een geschrift. Na de opschriftstelling dient vervolgens, supplementair, een wachttijd van minimaal één maand in acht te worden genomen. De term «wachttijd» duidt wellicht beter het begrip aan dan de term «bedenktijd».

Op te merken valt dat de wetgever het proces van de 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. 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. Dat de psychische ziekte m.a.w. geen hinderpaal zou 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 besluitvormingsproces 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 ultieme 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). De arts dient er zich tevens van te vergewissen of de vraag om euthanasie geen andere lading dekt: een vraag om aandacht, om erkenning, om een ander leven, een sociaal probleem, ...De arts zal de vraag van de patiënt dus moeten «decoderen» en vaststellen dat de patiënt werkelijk een einde wenst te maken aan het leven. Enkel door de evolutie van de patiënt nauwgezet op te volgen en met hem verscheidene gesprekken te voeren, kan de arts achterhalen wat de werkelijke bedoeling van de patiënt is.

Het euthanasieverzoek moet tenslotte eveneens «herhaald» en «duurzaam» zijn (art. 3, §1 en art. 3 § 2,2° Wet betreffende de euthanasie). Ook deze vereiste heeft als doel de werkelijke euthanasieverzoeken te onderscheiden van andere vragen om hulp. «Herhaald» houdt in dat de patiënt zijn verzoek - ofwel mondeling, ofwel schriftelijk- verschillende malen moet herhalen. «Duurzaam» anderzijds betekent dat het verzoek, ook tussen de herhalingen door, blijft bestaan. Daartoe voert de arts meerdere gesprekken met de patiënt die, rekening houdende met de gezondheidstoestand van de patiënt, over een redelijke termijn worden gespreid.

De Commissie controleert één en ander. De arts dient in het registratieformulier waarmee hij de euthanasie aangeeft bij de Commissie, de elementen aan te duiden «...ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is...»(rubriek 6 van het registratieformulier).

Her registratieformulier bevat geen expliciete vraag naar de duur van het proces van innerlijke wilsvorming. Toch vindt men in de gegevens die de arts vermeldt in de rubrieken 4,5 en 6 een aantal aanwijzingen. Tevens moet de arts verduidelijken welke elementen ter staving dienden dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk (rubriek 6 in het Registratiedocument).

Dit wordt geïllustreerd aan de hand van volgende voorbeelden afkomstig uit registratiedocumenten van 2014 en 2015. De gegevens zijn integraal weergegeven zoals ze door de uitvoerende arts op het registratiedocument werden ingevuld. De wachttijd anderzijds werd berekend op basis van de datum van het schriftelijk verzoek en de datum van de uitvoering van de euthanasie.

Voorbeelden

- Patiënt 1

3. Precieze diagnose
<i>Stemmingsstoornis (depressie).</i>
6. Elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk
<i>Vraagt het al maanden. Wil niet opnieuw suïcide plegen</i>

⇒ Wachttijd tussen het schriftelijk verzoek en de datum van de uitvoering van de euthanasie: 4 maanden

- Patiënt 2

3. Precieze diagnose
<i>Démence</i>
6. Elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk
<i>La demande d'euthanasie a été formulée à plusieurs reprises depuis l'annonce du diagnostic en septembre 2013 par le patient qui a maintenu ses capacités d'auto jugement intactes.</i>

⇒ Wachttijd tussen het schriftelijk verzoek en de datum van de uitvoering van de euthanasie: 5 maanden.

- Patiënt 3

3. Precieze diagnose
<i>Stemmingsstoornis (depressie)</i>
6. Elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk
Herhaalde vraag naar euthanasie tegenover arts, verpleging, kine, kinderen en familieleden. Dreiging met zelfmoord indien geen euthanasie. Dit alles gedurende vele maanden.

⇒ Wachttijd tussen het schriftelijk verzoek en de datum van de uitvoering van de euthanasie: 2 maanden.

- Patiënt 4

3. Precieze diagnose
<i>Dementie</i>
6. Elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk
<i>Sedert meer dan één jaar herhaalde vraag naar euthanasie</i>

⇒ Wachtijd tussen het schriftelijk verzoek en de datum van de uitvoering van de euthanasie: 1 maand.

- Patiënt 5

3. Precieze diagnose
<i>Borderline</i>
6. Elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk
Het verzoek was vrijwillig, weloverwogen en herhaaldelijk gesteld. Het is vrij van externe druk. Patiënte beseft zeer goed de onherroepelijkheid van een eventuele uitvoering. De ganse uitklaring heeft meer dan 9 maanden geduurd. Ze heeft haar verzoek meerdere malen herhaald en uiteindelijk in mei neergeschreven.

⇒ Wachtijd tussen het schriftelijk verzoek en de datum van de uitvoering van de euthanasie: 3 maanden.

- Patiënt 6

3. Precieze diagnose
<i>Dementie</i>
6. Elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk
<i>Tientallen consultatie waarbij hijzelf vroeg voor euthanasie</i>

⇒ Wachtijd tussen het schriftelijk verzoek en de datum van de uitvoering van de euthanasie: 1 maand.

- Patiënt 7

3. Precieze diagnose
<i>Borderline persoonlijkheidsstoornis</i>
6. Elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk
<i>Patiënt consulteerde herhaaldelijk en heeft geen twijfels. Zijn familie is ondersteunend in het proces aanwezig maar met veel verdriet</i>

⇒ Wachtijd tussen het schriftelijk verzoek en de datum van de uitvoering van de euthanasie: 1 maand.

- Patiënt 8

3. Precieze diagnose
<i>Schizofrenie</i>
6. Elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk
<i>Meerdere consultatie over langere termijn; 23/07/2013; 24/09/2013; 13/01/2014; 8/04/2014; 2/09/2014. Patiënt was telkens zonder twijfel, vastbesloten. Een congruente vraag.</i>

⇒ Wachtijd tussen het schriftelijk verzoek en de datum van de uitvoering van de euthanasie: 6 maanden.

De vorming van de werkelijke wil van de patiënt is dus een proces van lange adem, dat meerdere maanden, soms jaren vergt. Eens de patiënt innerlijk tot het besluit komt dat euthanasie voor hem is gewenst, stelt hij zijn vraag schriftelijk op. Vanaf dat ogenblik begint de wettelijke wachttijd van minimaal één maand te lopen. De analyse van de dossiers leert dat de wachttijd dikwijls de periode van één maand overschrijdt. In de praktijk wordt dikwijls verscheidene maanden gewacht tussen enerzijds het schriftelijk verzoek en anderzijds de uitvoering van de euthanasie.

(C) De commissie en de gevolgen van de anonimiteit

De wet legt op dat de Commissie bij de evaluatie van de dossiers de anonimiteit van de indiener moet respecteren. Het is eveneens wettelijk vastgelegd hoe en in welke omstandigheden deze anonimiteit kan worden opgegeven (artikel 8).

Deze anonimiteit maakt het de individuele commissieleden mogelijk om in de meerderheid van de dossiers een oordeel te vellen, en zich niet te laten beïnvloeden door de naam, faam of persoonlijke relatie met een collega die een dossier heeft ingediend.

In het geval een commissielid zelf een dossier heeft ingediend, wordt er een beroep gedaan op de deontologie van het betrokken commissielid om zich te onthouden van de discussie. In het gebeurlijk geval dat de anonimiteit moet worden opgegeven, is door de wet zelfs een wraking van dit commissielid geregeld (artikel 8).

Aanbevelingen van de Commissie inzake de uitvoering van de wet

(A) Met betrekking tot de nood aan het verstrekken van informatie aan burgers en zorgverleners.

Zoals reeds benadrukt in haar vorige verslagen is de Commissie 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. De overheid dient initiatieven dienaangaande te steunen. Daarnaast dienen medische faculteiten en hogescholen die instaan voor de opleiding van artsen en verpleegkundigen de opleiding in levenseindezorg verplicht op te nemen in het curriculum.

De informatiebrochure opgesteld door de Commissie voor het medische korps werd dit jaar opnieuw aangepast en 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 Euthanasie commissie www.euthanasiecommissie.be, rubriek publicatie, waar eveneens het registratiedocument te vinden is.

Zoals voorheen pleit de Commissie opnieuw voor een informatiebrochure bestemd voor het publiek. In deze brochure moet niet alleen aandacht zijn voor de toepassing van de wet betreffende euthanasie maar evengoed voor de toepassing van de patiëntenrechtenwet en de wet betreffende palliatieve zorg dit alles in het kader van levenseindezorg.

(B) Met betrekking tot eventuele wijzigingen aan de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie

De Commissie bevestigt haar vorige standpunten: zij is van mening dat de toepassing van de wet geen noemenswaardige problemen heeft opgeleverd of aanleiding heeft gegeven tot misbruiken waardoor wetgevende initiatieven vereist zouden zijn.

In het bijzonder dient de wachttijd van minimaal één maand bij de patiënten waarvan het overlijden niet binnen afzienbare tijd wordt verwacht, niet gewijzigd te worden.

Wat betreft de eventuele aanpassingen betreffende de hernieuwing van de voorafgaande wilsverklaring euthanasie betreuren de leden van de commissie dat er geen oplossing is geboden aan de complexiteit om een wilsverklaring op te stellen en dat ook de procedures voor het registreren en hernieuwen ervan omslachtig zijn.

(C) Met betrekking tot de werking van de federale controle en evaluatiecommissie.

Net zoals in Nederland is het aangewezen een elektronisch registratiedocument te implementeren. Dit zal de werklast van de commissieleden en het secretariaat aanzienlijk verminderen en de elektronische dataverwerking faciliteren, zeker met de toenemende trend van geregistreerde euthanasies. Een model van een digitaal registratiedocument werd door de commissie reeds opgesteld in 2013. Het project bleef echter zonder gevolg omwille van budgettaire redenen.

Samenvatting en besluit

1. In 2014 en 2015 bedroeg het aantal aangegeven euthanasiegevallen gemiddeld 165 per maand. Zoals tevoren, is de overgrote meerderheid van de aangiften opgesteld in het Nederlands. De procentuele toename van het jaarlijks aantal geregistreerde euthanasies lijkt af te vlakken. Toch neemt zowel het aantal Nederlandstalige als Franstalige aangiften in absoluut aantal toe.
2. De Commissie besteedde heel veel aandacht aan de aard en de ernst van de ongeneeslijke aandoeningen die aanleiding hebben gegeven tot een euthanasieverzoek en de inwilliging ervan. Het gebruik van de ICD-10 codes om de precieze diagnoses te coderen zal wetenschappelijke vergelijkingen in de toekomst toelaten. Deze classificatie heeft onder andere toegelaten nieuwe groepen van patiënten te indentificeren, nl. diegenen die euthanasie verzoeken omwille van ernstige complicaties van medische zorg.
3. Het ondraaglijk, aanhoudend en niet te lenigen lijden was vaak meervoudig en tast zowel het fysieke als psychische welzijn van de patiënt aan in die mate dat hij/zij een voor hem/haar onaanvaardbare levenskwaliteit ervaart.
4. De aandoeningen, die aan de basis lagen van een euthanasie waren in de overgrote meerderheid van de gevallen uitgezaaide of zwaar verminkende kankers. (67,7%), polypathologie (9,7%), ziekten van het zenuwstelsel (6,9%), ziekten van het hart- en vaatstelsel (5,2%), psychische stoornissen en gedragsstoornissen (3,1%) en ziekten van het ademhalingsstelsel (3,1%).
5. In 85% betrof het patiënten bij wie de arts van oordeel was dat het overlijden binnen afzienbare termijn werd voorzien.
6. In 63% van de gevallen werd de euthanasie uitgevoerd bij patiënten tussen de 40 en 79 jaar, bij 36% van de gevallen was de patiënt ouder dan 79 jaar.
7. In 44% van de gevallen werd de euthanasie bij de patiënt thuis uitgevoerd, in 13% van de gevallen in woonzorgcentra. Men stelt een gestage toename vast van het aantal euthanasiegevallen in woonzorgcentra.
8. In 67 gevallen werd euthanasie uitgevoerd op basis van een wilsverklaring bij patiënten die niet meer bij bewustzijn waren. Dit aantal blijft laag door het beperkte toepassingsgebied van deze verklaring, die enkel gebruikt mag worden voor patiënten die onomkeerbaar buiten bewustzijn zijn.
9. In 99.8% werd de euthanasie medisch correct uitgevoerd, bij 0,2% van de gevallen werd contact opgenomen met de betrokken geneesheren om uitleg te bekomen over de gebruikte techniek.
10. In de gevallen waarbij de arts bijkomende inlichtingen gaf (rubriek 12), werd dikwijls vermeld dat de patiënt rustig en na enkele minuten was overleden, vaak in het bijzijn van naaste familieleden.
11. Slechts één aangifte voldeed volgens de commissie niet aan de zorgvuldigheidsvoorwaarden van de wet. Dit dossier werd aan het parket voor verder onderzoek overgemaakt.
12. Buiten de wettelijk verplichte consultaties werden bijkomend vele artsen en palliatieve teams geraadpleegd.

Bijlagen

(A) 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 :

- [¹ 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;]¹
- het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is, en niet tot stand gekomen is als gevolg van enige externe druk;
- de [¹ meerderjarige of ontvoogde minderjarige]¹ 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;

[¹ - de minderjarige patiënt die oordeelsbekwaam 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;]¹

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.

[¹ 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°, bedoelde informatie, en vergewist hij zich ervan dat zij hun akkoord geven betreffende het verzoek van de minderjarige patiënt.]¹

§ 3. Indien de arts van oordeel is dat de [¹ meerderjarige of ontvoogde minderjarige]¹ 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. [¹ Het verzoek van de patiënt, alsook de instemming van de wettelijke vertegenwoordigers indien de patiënt minderjarig is, worden op schrift gesteld]¹. Het document wordt opgesteld, gedateerd en getekend door de patiënt zelf. Indien de patiënt daartoe niet in staat is, gebeurt het op

schrift stellen door een meerderjarige persoon die gekozen is door de patiënt en geen materieel belang mag hebben bij de dood van de patiënt.

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

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

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

§ 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.

(1) <W 2014-02-28/03, art. 2, 003; Inwerkingtreding : 22-03-2014>

Art. 3bis. <ingevoegd bij W 2005-11-10/68, art. 2; Inwerkingtreding : 23-12-2005> De apotheker die een euthanaticum aflevert, pleegt geen misdrijf wanneer hij handelt op basis van een voorschrift waarop de arts uitdrukkelijk vermeldt dat hij handelt in overeenstemming met deze wet.

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

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

HOOFDSTUK III. - De wilsverklaring.

Art. 4. § 1. Elke handelingsbekwame meerderjarige of ontvoogde minderjarige kan, voor het geval dat hij zijn wil niet meer kan uiten, schriftelijk in een wilsverklaring zijn wil te kennen geven dat een arts euthanasie toepast indien deze arts er zich van verzekerd heeft :

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

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

van de patiënt, de geraadpleegde arts en de leden van het verplegend team kunnen niet als vertrouwenspersoon optreden.

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

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

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

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, tengevolge 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 hoogleraar zijn aan een Belgische universiteit. Vier leden zijn 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 gewestelijke regering.

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 ^[1] **Kamer van volksvertegenwoordigers**^[1], 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.

(1) <W [2014-01-06/63](#), art. 21, 002; Inwerkingtreding : 25-05-

2004>

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(n)en).

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 evaluatietraak.

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

1° het geslacht, de geboortedatum en de geboorteplaats van de patiënt ^[1] en, met betrekking tot de minderjarige patiënt, of hij ontvoegd was^[1];

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.

(1) <W [2014-02-28/03](#), art. 3, 003; Inwerkingtreding : 22-03-2014>

Art. 8. De commissie onderzoekt het volledig ingevulde registratiedocument dat haar door de behandelende arts is overgezonden. Zij gaat op basis van het tweede deel van het registratiedocument na of de euthanasie is uitgevoerd onder de voorwaarden en volgens de procedure bepaald in deze wet. In geval van twijfel kan de commissie bij gewone meerderheid besluiten om

de anonimiteit op te heffen. Zij neemt dan kennis van het DEEL I van het registratiedocument. De commissie kan aan de behandelende arts elk element uit het medisch dossier dat betrekking heeft op de euthanasie opvragen.

De commissie spreekt zich binnen twee maanden uit.

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

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

Art. 9. Ten behoeve van de Wetgevende Kamers stelt de commissie de eerste keer binnen twee jaar na de inwerkingtreding van deze wet en nadien tweejaarlijks :

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

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

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

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

Art. 10. De Koning stelt een administratief kader ter beschikking van de commissie voor het uitvoeren van haar wettelijke opdrachten. De formatie en het taalkader van het administratief personeel worden bij koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, op voordracht van de minister bevoegd voor de Volksgezondheid en de minister bevoegd voor de Justitie.

Art. 11. De werkingskosten en de personeelskosten van de commissie, alsook de vergoeding van haar leden, komen voor de ene helft ten laste van de begroting van de minister bevoegd voor de Volksgezondheid en voor de andere helft ten laste van de begroting van de minister bevoegd voor de Justitie.

Art. 12. Eenieder die, in welke hoedanigheid ook, zijn medewerking verleent aan de toepassing van deze wet, is verplicht tot

geheimhouding van de gegevens die hem in de uitoefening van zijn opdracht worden toevertrouwd en die hiermee verband houden. Artikel 458 van het Strafwetboek is op hem van toepassing.

Art. 13. ^[1] 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 onthouden en/of dat er geen Regering is die het vertrouwen heeft van de Kamer van volksvertegenwoordigers.^[1]

(1) <W 2014-01-06/63, art. 22, 002; Inwerkingtreding : 25-05-2004>

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.

(A) Bijlage 2 – Leden van de Commissie

Werkende leden	Plaatsvervangende leden
Als dokter in de geneeskunde	
<ul style="list-style-type: none">Nederlandstalig: M. De Groot, E. M. Distelmans, W (Nederlandstalig voorzitter) M. Rubens R. M. Verslype, Ch.Franstalig : Englert, M. Maassen, P (décédé) Mw. Nouwynck, C. M. Thomas, J-M.	<ul style="list-style-type: none">Nederlandstalig: M. Vankrunskelsven P. M. Proot, L M. Mathys, R M. Declercq, FFranstalig: M. Damas, F M. Danois, Th M. Conesa, A Mw. Faymonville, M-E
Als professor in de rechten aan een Belgische universiteit of als advocaat :	
<ul style="list-style-type: none">Nederlandstalig : M. De Bondt, W.Franstalig : Mw. Gallus, N. Mw. Herremans, J. M. Lallemand, R.	<ul style="list-style-type: none">Nederlandstalig: M. Léarts, J.Franstalig: M. Leleu, Y-H. M. d'Ath, D. M. Genicot, G. (Franstalig voorzitter)
Als leden uit kringen die belast zijn met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten:	
<ul style="list-style-type: none">Nederlandstalig : Mw. De Jonghe, M. Mw. De Roeck, J. Mw. Dijkhoffz, W.Franstalig: M. Van Overstraeten, M.	<ul style="list-style-type: none">Nederlandstalig: Mw. De Maegd, M. Mw. Geuens, A. M. Destrooper, P.)Franstalig: Mw. Gilbert, CH.

FCEE

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie
Secretariaat van de Commissie.
Victor Hortaplein 40/10
1060 Brussel - België

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

www.euthanasiecommissie.be
www.gezondheid.belgie.be/gezondheid/euthanasie