

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie

Negende verslag aan de wetgevende kamers

2018 - 2019

© Dirk Ercken.jpg - 123rf.com



federale overheidsdienst
**VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

.be

Inhoudsopgave

Inleiding	1
Deel 1 - Euthanasie in cijfers (2018-2019)	2
Deel 2 - Beschrijving en evaluatie van de toepassing van de wet (2018-2019)	8
A. Werking van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie betreffende de euthanasie	8
a. De samenstelling van de Commissie.....	8
b. De opdracht van de Commissie	9
c. De concrete werking van de Commissie.....	9
B. Evaluatie van de euthanasiepraktijk	11
a. Het aantal aangiftes.....	12
b. De taal waarin de registratiedocumenten zijn opgesteld	13
c. De leeftijd van de patiënten	14
d. De plaats waar de euthanasie werd uitgevoerd	15
e. Euthanasie op basis van een voorafgaande wilsverklaring euthanasie	16
f. Te verwachten termijn voor overlijden	16
g. Het onderscheid tussen bedenktijd en wachttijd	17
h. De aandoeningen die aan de basis lagen van euthanasie	19
i. Het opgegeven lijden.....	20
j. De multidisciplinaire aanpak bij de uitklaring van een euthanasieverzoek	21
k. De wijze waarop de euthanasie werd uitgevoerd en de gebruikte middelen	24
l. De beslissingen van de Commissie	26
C. Specifieke evaluatie van geselecteerde patiëntencategorieën	31
a. Patiënten met een oncologische aandoening (nieuwvormingen /kanker)	31
b. Patiënten met polypathologie	36
c. Patiënten met psychische stoornissen en gedragsstoornissen: psychiatrische aandoeningen en cognitieve stoornissen	40
d. Patiënten woonachtig in het buitenland	44
e. Orgaandonatie na euthanasie.....	44
D. Aandachtspunten binnen de evaluatiecommissie.....	44
a. Discussies binnen de Commissie.....	44
b. Budget van de Commissie euthanasie	46
E. Besluit.....	47
Deel 3 -Aanbevelingen van de Commissie inzake de toepassing van de wet	49
A. Nationaal wetenschappelijk onderzoek m.b.t. het levenseinde.....	49
B. Met betrekking tot de nood aan informatie aan burgers en vorming van zorgverleners.....	49
C. Met betrekking tot eventuele wijzigingen aan de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie	50
D. Met betrekking tot de werking van de Commissie	50
Deel 4 - Bijlagen	52
Bijlage 1: 28 mei 2002. Wet betreffende de euthanasie.....	52
Bijlage 2: leden van de Commissie.....	58

Inleiding

Dit verslag heeft betrekking op de door de Commissie onderzochte registratiedocumenten die ingediend zijn in de periode tussen 1 januari 2018 en 31 december 2019.

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

1. Deel 1: statistieken gebaseerd op de inlichtingen die werden verzameld via Deel II van het registratiedocument dat door de meldende artsen werd ingevuld voor de periode van 2018 tot en met 2019.
2. Deel 2: een beschrijving van de toepassing van de Wet en de evolutie ervan.
3. Deel 3: aanbevelingen die kunnen resulteren in een wetgevend initiatief en/of in andere maatregelen met betrekking tot de uitvoering van de wet.
4. Deel 4: bijlagen met o.m. de Wet betreffende de Euthanasie en lijst van de leden van de Commissie.

Dit verslag is opgesteld:

- door commissie leden
 - W. De Bondt
 - M. De Jonghe
 - P. Destrooper
 - J. De Roeck
 - W. Distelmans
 - J. Herremans
 - L. Proot
 - C. Verslype
- en door het secretariaat van de Commissie
 - E. De Ville
 - C. Drappier

Dit verslag werd besproken en unaniem goedgekeurd in de plenaire vergaderingen van 30 juni 2020.

Deel

1

Euthanasie in cijfers (2018-2019)

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

Aantal uitgevoerde euthanasies op basis van taal

	2018	2019	TOTAAL
TOTAAL	2359	2656	5015
NL	1792 (76%)	2053 (77,3%)	3845 (76,7%)
FR	567 (24%)	603 (22,7%)	1170 (23,3%)

Genderverdeling van de patiënten

	2018	2019	TOTAAL
TOTAAL	2359	2656	5015
Vrouwen	1245 (52,8%)	1402 (52,8%)	2647 (52,8%)
Mannen	1114 (47,2%)	1254 (47,2%)	2368 (47,2%)

Leeftijdverdeling van de patiënten

	2018	2019	TOTAAL
TOTAAL	2359	2656	5015
Minder dan 18	/	1 (0%)	1 (0%)
18-29	14 (0,6%)	7 (0,3%)	21 (0,4%)
30-39	25 (1,1%)	31 (1,2%)	56 (1,1%)
40-49	64 (2,7%)	65 (2,4%)	129 (2,6%)
50-59	205 (8,7%)	220 (8,3%)	425 (8,5%)
60-69	468 (19,8%)	532 (20%)	1000 (19,9%)
70-79	616 (26,1%)	755 (28,4%)	1371 (27,3%)
80-89	706 (29,9%)	740 (27,9%)	1446 (28,8%)
90-99	251 (10,6%)	297 (11,2%)	548 (10,9%)
100 en meer	10 (0,4%)	8 (0,3%)	18 (0,4%)

Plaats van de uitvoering van de euthanasie

	2018	2019	TOTAAL
TOTAAL	2359	2656	5015
Thuis	1106 (46,9%)	1164 (43,8%)	2270 (45,3%)
Ziekenhuis	857 (36,3%)	1016 (38,3%)	1873 (37,3%)
Woonzorgcentra (WZC)	339 (14,4%)	423 (15,9%)	762 (15,2%)
Andere	57 (2,4%)	53 (2%)	110 (2,2%)

De aard van het verzoekschrift

	2018	2019	TOTAAL
TOTAAL	2359	2656	5015
Actueel verzoek	2337 (99%)	2629 (99%)	4966 (99%)
Voorafgaande wilsverklaring euthanasie	22 (1%)	27 (1%)	49 (1%)

Te verwachten termijn van overlijden

	2018	2019	TOTAAL
TOTAAL	2359	2656	5015
Binnen afzienbare termijn (Terminaal - Term.)	2014 (85,4%)	2207 (83,1%)	4221 (84,2%)
Niet binnen afzienbare termijn (Niet-terminaal - N-term.)	345 (14,6%)	449 (16,9%)	794 (15,8%)

Aandoeningen die aan de basis lagen van het euthanasieverzoek

	2018	2019	TOTAAL
De categorieën van de aandoeningen die aan de basis lagen van het euthanasieverzoek, ongeacht patiënt terminaal (Term) of niet-terminaal (N-Term) was.			
TOTAAL	2359	2656	5015
Nieuwvormingen (kankers)	1448 (61,4%)	1659 (62,5%)	3107 (62%)
Polypathologie	437 (18,5%)	461 (17,4%)	898 (17,9%)
Ziekten van zenuwstelsel	195 (8,3%)	230 (8,7%)	425 (8,5%)
Ziekten van hart- en vaatstelsel	91 (3,9%)	91 (3,4%)	182 (3,6%)
Ziekten van ademhalingsstelsel	57 (2,4%)	84 (3,2%)	141 (2,8%)
Psychiatrische aandoeningen*	34 (1,4%)	23 (0,8%)	57 (1,1%)
Ziekten van bot-spierstelsel en bindweefsel	24 (1%)	26 (1%)	50 (1%)
Cognitieve stoornissen (dementiële syndromen)	22 (0,9%)	26 (1%)	48 (1%)
Ziekten van spijsverteringsstelsel	13 (0,6%)	10 (0,4%)	23 (0,5%)
Ziekten van urogenitaal stelsel	7 (0,3%)	12 (0,5%)	19 (0,4%)
Letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	8 (0,3%)	11 (0,4%)	19 (0,4%)
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen niet elders geassocieerd	4 (0,2%)	6 (0,2%)	10 (0,2%)
Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen	3 (0,1%)	6 (0,2%)	9 (0,2%)
Aandoeningen van oog en adnexen	4 (0,2%)	3 (0,1%)	7 (0,1%)
Ziekten van oor en processus mastoideus	3 (0,1%)	4 (0,2%)	7 (0,1%)
Bepaalde infectieziekten en parasitaire aandoeningen	4 (0,2%)	2 (0,1%)	6 (0,1%)
Ziekten van bloed, bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen die het immuunsysteem beïnvloeden	4 (0,2%)	1 (0%)	5 (0,1%)
Ziekten van huid en subcutis	/	1 (0%)	1 (0%)
Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoomafwijkingen	1 (0%)	/	1 (0%)

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

	Term	N-Term 2018	Term 2019	N-Term 2019	TOTAAL Term	TOTAAL N-Term
De categorieën van de aandoeningen die aan de basis lagen van het euthanasieverzoek volgens de te verwachten termijn voor overlijden						
	2014	345	2207	448	4221	794
Nieuwvormingen (kankers)	1438 (61%)	10 (0,4%)	1641 (61,8%)	18 (0,7%)	3079 (61,4%)	28 (0,6%)
Polypathologie	284 (12%)	153 (6,5%)	249 (9,4%)	212 (8%)	533 (10,6%)	365 (7,3%)
Ziekten van zenuwstelsel	126 (5,3%)	69 (2,9%)	136 (5,1%)	94 (3,5%)	262 (5,2%)	163 (3,3%)
Ziekten van hart- en vaatstelsel	70 (3%)	21 (0,9%)	61 (2,3%)	30 (1,1%)	131 (2,6%)	51 (1%)
Ziekten van ademhalingsstelsel	54 (2,3%)	3 (0,1%)	77 (2,9%)	7 (0,3%)	131 (2,6%)	10 (0,2%)
Ziekten van spijsverteringsstelsel	11 (0,5%)	2 (0,1%)	8 (0,3%)	2 (0,1%)	19 (0,4%)	4 (0,1%)
Ziekten van urogenitaal stelsel	6 (0,3%)	1 (0%)	12 (0,5%)	/	18 (0,4%)	1 (0%)
Ziekten van bot-spierstelsel en bindweefsel	6 (0,3%)	18 (0,8%)	6 (0,2%)	20 (0,7%)	12 (0,2%)	38 (0,7%)
Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen	3 (0,1%)	/	6 (0,2%)	/	9 (0,2%)	/
Letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	4 (0,2%)	4 (0,2%)	4 (0,2%)	7 (0,3%)	8 (0,2%)	11 (0,2%)
Cognitieve stoornissen (dementiële syndromen)	5 (0,2%)	17 (0,7%)	/	26 (1%)	5 (0,1%)	43 (0,9%)
Bepaalde infectieziekten en parasitaire aandoeningen	3 (0,1%)	1 (0%)	2 (0,1%)	/	5 (0,1%)	1 (0%)
Ziekten van bloed, bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen die het immuunsysteem beïnvloeden	3 (0,1%)	1 (0%)	1 (0%)	/	4 (0,1%)	1 (0%)
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen niet elders geassocieerd	1 (0%)	3 (0,1%)	2 (0,1%)	4 (0,2%)	3 (0,1%)	7 (0,1%)
Psychiatrische aandoeningen	/	34 (1,4%)	1 (0%)	22 (0,8%)	1 (0%)	56 (1,1%)
Ziekten van huid en subcutis	/	/	1 (0%)	/	1 (0%)	/
Aandoeningen van oog en adnexen	/	4 (0,2%)	/	3 (0,1%)	/	7 (0,1%)
Ziekten van oor en processus mastoideus	/	3 (0,1%)	/	4 (0,2%)	/	7 (0,1%)
Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoomafwijkingen	/	1 (0%)	/	/	/	1 (0%)

Opgegeven lijden

	2018	2019	TOTAAL
TOTAAL	2359	2656	5015
Lijden, zowel fysiek als psychisch tegelijkertijd gerapporteerd	1858 (78,8%)	2200 (82,8%)	4058 (80,9%)
Alleen fysiek lijden gerapporteerd	418 (17,7%)	341 (12,8%)	759 (15,1%)
Alleen psychisch lijden (zowel bij psychiatrische als somatische aandoeningen)* gerapporteerd	83 (3,5%)	115 (4,3%)	198 (3,9%)

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

Hoedanigheid van de verplicht te raadplegen artsen

	2018	2019	TOTAAL
Hoedanigheid van de eerste verplicht te raadplegen arts			
TOTAAL	2359	2656	5015
Specialist	803 (34%)	906 (34,1%)	1709 (34,1%)
Huisarts	815 (34,5%)	841 (31,7%)	1656 (33,1%)
LEIF/EOL	580 (24,6%)	705 (26,5%)	1285 (25,5%)
Palliatief arts	161 (6,8%)	204 (7,7%)	365 (7,3%)
Hoedanigheid van de tweede verplicht te raadplegen arts i.g.v. een niet-terminale patiënt			
TOTAAL	345	448	793
Psychiater	192 (55,7%)	229 (51%)	420 (53%)
Specialist	153 (44,3%)	220 (49%)	373 (47%)

Gebruikte techniek en middelen

	2018	2019	TOTAAL
TOTAAL	2359	2656	5015
Thiopental + spierrelaxans intraveneus	1742 (73,8%)	1492 (56,2%)	3234 (64,5%)
Propofol+ spierrelaxans intraveneus	103 (4,4%)	733 (27,6%)	836 (16,7%)
Thiopental intraveneus	447 (18,9%)	352 (13,3%)	799 (15,9%)
Morfine en/of anxiolyticum + spierrelaxans intraveneus	57 (2,4%)	63 (2,4%)	120 (2,4%)
Andere	6 (0,3%)	8 (0,3%)	14 (0,3%)
Barbituraat per os (oraal)	4 (0,2%)	8 (0,3%)	12 (0,2%)

Beslissingen van de la Commissie

	2018	2019	TOTAAL
TOTAAL	2359	2656	5015
Aanvaarding zonder meer	1818 (77,1%)	1954 (73,6%)	3772 (75,2%)
Opening van deel I voor administratieve redenen	200 (8,5%)	261 (9,8%)	461 (9,2%)
Opening van deel I voor opmerking(en)	204 (8,6%)	215 (8,1%)	419 (8,4%)
Opening van deel I voor preciseringen over procedure of voorwaarden	137 (5,8%)	226 (8,5%)	363 (7,2%)
Verwijzing naar de procureur des Konings	0	0	0

Deel

2

Beschrijving en evaluatie van de toepassing van de wet (2018-2019)

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

De Wet betreffende Euthanasie stipuleert in Art.5 dat een arts die een euthanasie toegepast heeft een registratiedocument dient in te vullen. Dit registratiedocument moet binnen de vier werkdagen bezorgd worden aan de Federale Controle- en Evaluatiecommissie (verder Commissie genoemd).

Het registratiedocument bestaat uit 2 delen nl. deel I, een vertrouwelijk gedeelte dat de persoonlijke gegevens van de patiënt, de betrokken artsen, de apotheker en alle andere zorgverleners, familie en eventuele mantelzorgers bevat. Er kan alleen inzage van worden genomen na beslissing van de Commissie. Deel II is het anonieme gedeelte en bevat alle gegevens waarop de betrokken arts de euthanasie heeft gebaseerd.

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

a. De samenstelling van de Commissie

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

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

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

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

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

b. De opdracht van de Commissie

In overeenstemming met Art. 8 van de Wet betreffende Euthanasie van 28 mei 2002 behandelt de Commissie de toegestuurde registratiedocumenten. De Commissie gaat op basis van deel II (het anonieme gedeelte) na of de euthanasie conform de zorgvuldigheidsvoorwaarden en de procedures van de wet uitgevoerd werd. Indien hierover twijfel bestaat kan de Commissie, na stemming, met een gewone meerderheid, het vertrouwelijke dossier (deel I) openen. Op basis van de gegevens die teruggevonden worden in deel I, kan er – indien nodig - geopteerd worden om bijkomende informatie op te vragen bij de meldende arts. Eventueel kan de arts gehoord worden door de Commissie. Indien twee derde van de Commissie beslist dat de uitgevoerde euthanasie niet conform de wet gebeurde, wordt het dossier overgemaakt aan de procureur des Konings.

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

Dit verslag moet de volgende onderdelen bevatten:

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

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

c. De concrete werking van de Commissie

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

1. Voorafgaandelijke en individuele beoordeling

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

2. De maandelijkse Commissievergadering

Tijdens deze maandelijkse vergadering wordt er ingegaan op de registratiedocumenten die bijzondere aandacht vragen. Er zijn immers registratiedocumenten waarover alle commissieleden het eens zijn dat de wet correct werd toegepast en aldus zonder discussie goedgekeurd kunnen worden (75,2%).

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

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

Indien een commissielid, in een bepaald dossier betrokken is geweest dient hij zich te onthouden van deelname aan discussie en/of eventuele stemming over dit registratiedocument. Zoals bepaald Art. 8 van de wet als: “bij het opheffen van de anonimiteit blijkt dat er feiten of omstandigheden bestaan waardoor de onafhankelijkheid of de onpartijdigheid van het oordeel van een lid van de commissie in het gedrang komt, zal dit lid zich verschonen of kunnen gewraakt worden bij de behandeling van deze zaak in de Commissie.”

In 2018 - 2019 vergaderde de Commissie maandelijks, met uitzondering van de zomervakantie gedurende dewelke slechts éénmaal vergaderd werd.

B. Evaluatie van de euthanasiepraktijk

Opmerkingen

- In deel II maakt de Commissie een evaluatie op basis van de laatste twee jaar (2018-2019), evenwel zijn de grafieken gebaseerd op de afgelopen 4 jaar zodat men eventuele evoluties kan aantonen.
- Sinds 2014 gebeurt het classificeren van de aandoeningen die aan de basis liggen van een euthanasieverzoek volgens de wereldwijd en in ons land in de ziekenhuizen verplicht te gebruiken ICD-10 codes, de “International Statistical Classification of Diseases”.

Voorbeelden:

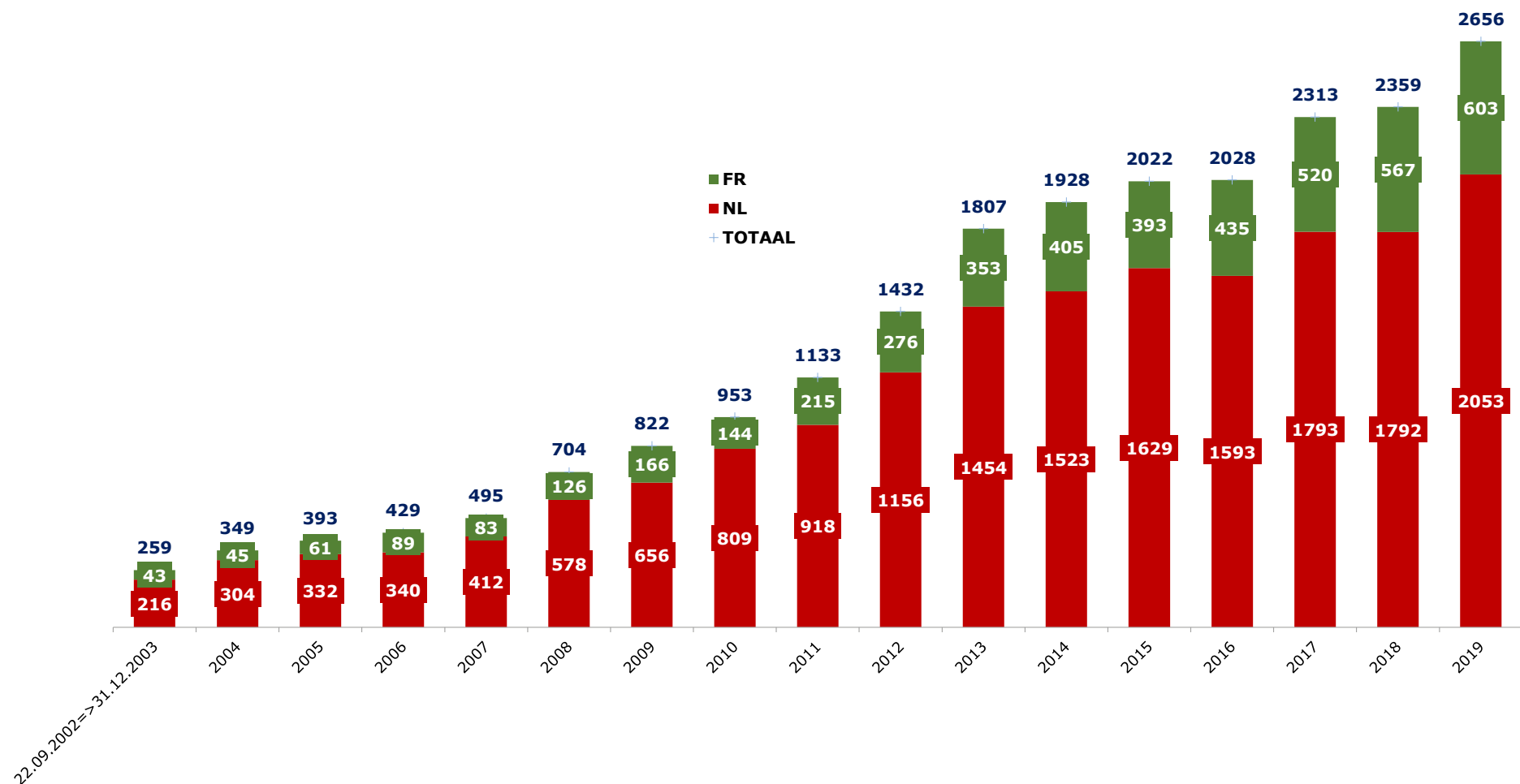
- De diagnose CVA (cerebrovasculaire accident) behoort tot de categorie *Ziekten van hart- en vaatstelsel* omdat de aandoening veroorzaakt is door een verstoring in de doorbloeding van de hersenen. Binnen de groep van ziekten van hart- en vaatstelsel valt het onder de subgroep *cerebrovasculaire ziekten*.
- Longfibrose is een aandoening die aanleiding geeft tot ademhalingsinsufficiëntie en behoort tot de categorie van de *Ziekten van ademhalingsstelsel*.
- Longfibrose valt onder de subgroep *overige respiratoire aandoeningen die hoofdzakelijk interstitium aantasten*.
- De diagnose longkanker maakt deel uit van de categorie *Nieuwvormingen (kankers)* en valt niet onder de categorie *Ziekten van het ademhalingsstelsel*. Binnen deze categorie valt longkanker onder de subgroep *maligne neoplasmata van ademhalingsstelsel en de intrathoracale organen*.
- Hartfalen, een aandoening waarbij de pompfunctie van het hart is verzwakt, behoort uiteraard tot de categorie van de *Ziekten van hart- en vaatstelsel* en valt verder onder de subcategorie *overige hartaandoeningen*.
- I.g.v. meerdere aandoeningen, dient men elke aandoening afzonderlijk te coderen. Gezien we ons moeten beperken tot één code per registratiedocument heeft de commissie beslist deze groep te klasseren onder polypathologie.
- *Psychische stoornissen en gedragsstoornissen* zijn nu onderverdeeld in *psychiatrische aandoeningen* (vb.: persoonlijkheidsstoornissen, posttraumatische stressstoornis, schizofrenie, autisme etc.) en *cognitieve stoornissen* (vb.: verschillende vormen van dementie zoals de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, lewy body dementie etc.). De cognitieve stoornissen horen thuis in de subgroep *organische, inclusief symptomatische, psychische stoornissen*.
- Om de evolutie van de gegevens in de loop van de jaren beter te kunnen volgen worden de grafieken weergegeven in absolute aantallen en niet in percentages.

a. Het aantal aangiftes

Over de jaren heen is er een toename van het aantal geregistreerde euthanasies. Na een schijnbare afvlakking in de periode 2017 tot en met 2018 trad in 2019 opnieuw een stijging op met meer dan 12,6 % t.o.v. 2018.

Het aandeel van het aantal sterfgevallen door euthanasie in 2019 bedroeg 2,5% van alle sterfgevallen in ons land (108.745 overlijdens, bron StatBel).

Grafiek (G) 1 - Aantal uitgevoerde euthanasies op basis van taal



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

b. De taal waarin de registratiedocumenten zijn opgesteld

De verhouding Nederlandstalige/Franstalige registratiedocumenten blijft belangrijk: 76,7% en 23,3% De totaal aantal geregistreerde euthanasies in het Nederlands steeg van 1792 in 2018 naar 2053 in 2019, het aantal Franstalige registratiedocumenten steeg naar 603 in 2019 tegenover 567 in 2018.

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

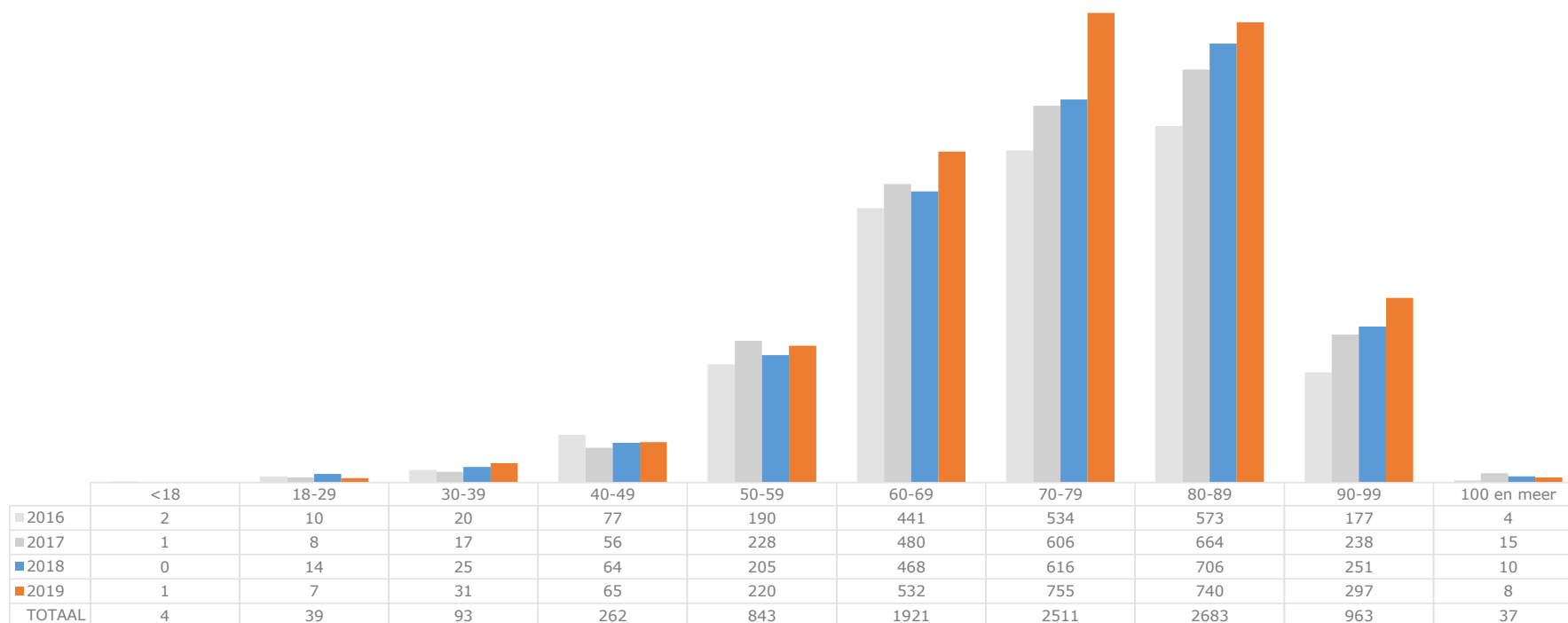
De Commissie beschikt niet over de nodige elementen noch middelen die toelaten deze onevenredigheid te verklaren. Wel stelt ze vast dat zowel bevolking als artsen op een verschillende wijze worden geïnformeerd. Zo werden aan Franstalige zijde de universitaire en postgraduaat opleidingen met betrekking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

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

c. De leeftijd van de patiënten

Euthanasie bij patiënten jonger dan 40 jaar is zeer beperkt. Het zijn vooral patiënten in de 6de, 7de en 8ste levensdecade die om euthanasie verzoeken. In 2019 steeg het aantal patiënten in de 7de levensdecade met 2%. Toch blijft de 8ste levensdecade groep de belangrijkste groep (wat ook overeenkomt met het significante aantal sterfgevallen in deze leeftijdscategorie (cijfers 2019, Bron StatBel).

G2 - De leeftijd van de patiënten (T= 9356)



Euthanasie bij minderjarige patiënten

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

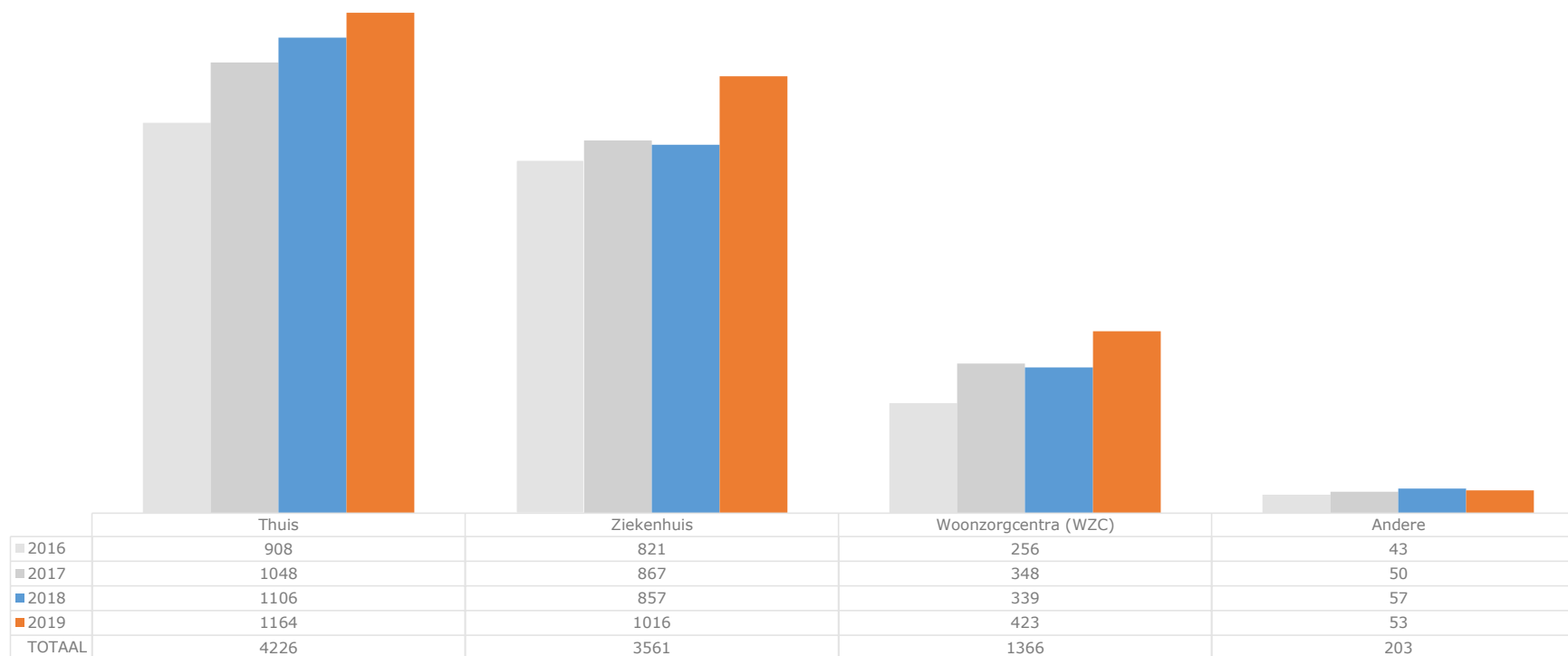
In de periode van 2018 - 2019, heeft de commissie slechts één registratiedocument van een euthanasie bij een minderjarige patiënt ontvangen.

d. De plaats waar de euthanasie werd uitgevoerd

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

Procentueel is in 2019 t.o.v. 2018 het aantal euthanasies uitgevoerd in ziekenhuizen gestegen met 2%, in woonzorgcentra met 1,5% en thuis gedaald met 3%.

G3 - De plaats waar de euthanasie werd uitgevoerd (T=9356)



e. Euthanasie op basis van een voorafgaande wilsverklaring euthanasie

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

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

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

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

Een voorbeeld van een voorafgaande wilsverklaring is beschikbaar op de website www.euthanasiecommissie.be, rubriek Formulieren.

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

In 2018 – 2019 heeft de Commissie 49 registratiedocumenten op basis van een voorafgaande wilsverklaring euthanasie ontvangen, dit komt neer op 1%. De meerderheid van de aandoeningen waaraan deze patiënten leden waren maligne tumoren en cerebrovasculaire aandoeningen (hersentrombosen en hersenbloedingen).

f. Te verwachten termijn voor overlijden

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

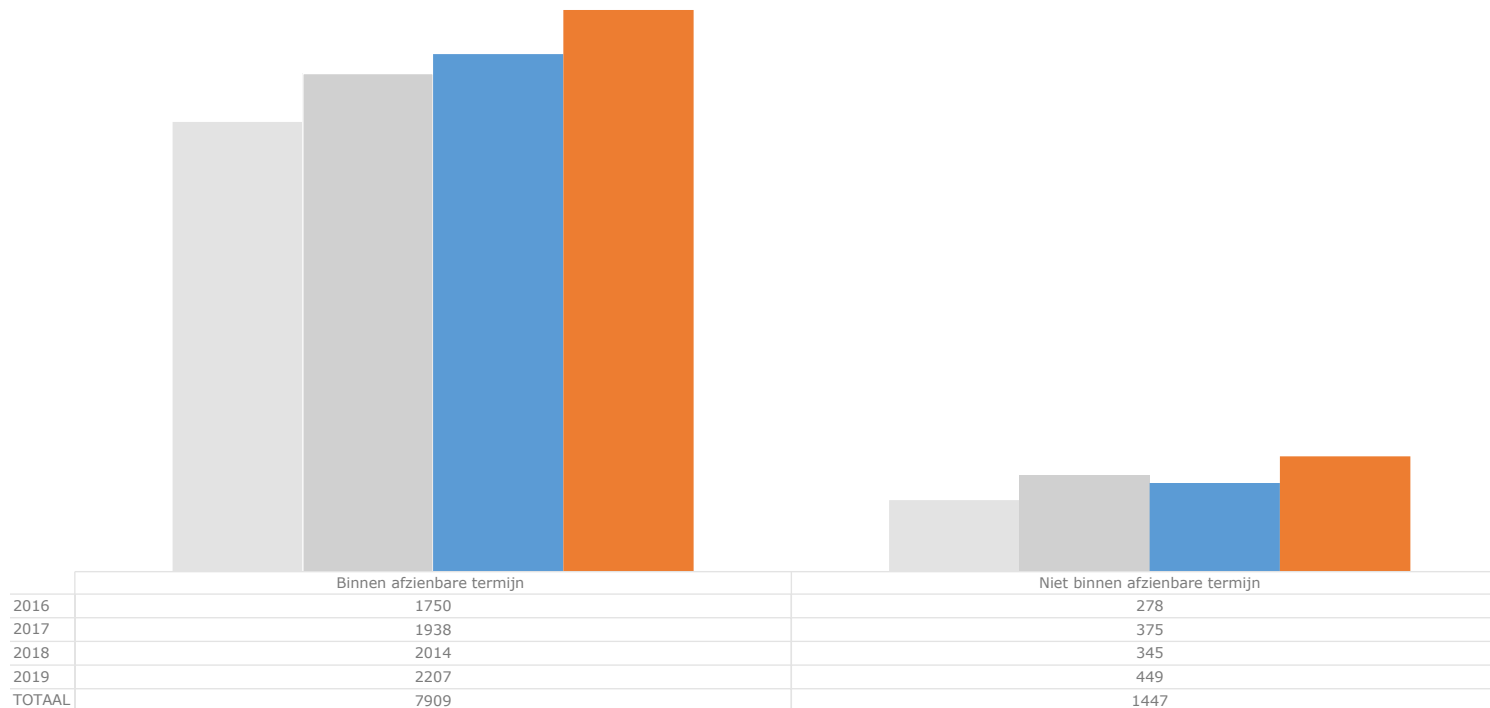
De Commissie is van oordeel dat de patiënt “niet binnen afzienbare termijn” zal overlijden wanneer verwacht wordt dat de patiënt niet binnen de komende weken of maanden zal overlijden. In de praktijk betekent dit dat enkel bij niet-evolutieve of erg langzaam evoluerende aandoeningen deze specifieke procedure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

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

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

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

G4 - Te verwachten termijn voor overlijden (T= 9356)



g. Het onderscheid tussen bedenktijd en wachttijd

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

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

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

Op te merken valt dat de wetgever het proces van wilsvorming - dit is dus de periode die voorafgaat aan de opschriftstelling - omringt met tal van grond-, vorm- en procedurevoorwaarden. De wet vereist vooreerst dat de patiënt een «overwogen» verzoek zou formuleren, dat ook een schriftelijke weerslag moet hebben. Uit de voorbereidende werken van de Wet betreffende de Euthanasie en uit de rechtsleer blijkt dat «overwogen» o.a. inhoudt dat de patiënt wilsbekwaam of wilsgeschikt is. Zo mag b.v. een eventuele psychische ziekte geen hinderpaal vormen om op basis van een rationele gedachtegang tot een besluit te komen. De arts zal dus in concreto moeten vaststellen of de patiënt effectief tot een wils- of besluitvorming in staat is en of een overwogen verzoek kan geformuleerd worden.

Daarnaast duidt de term «overwogen» verzoek ook op de werkelijkheid van het verzoek. De patiënt moet werkelijk, na een afweging van alle elementen, tot de beslissing komen dat euthanasie de enige oplossing is. In dit verband dient de arts een aantal informatieverplichtingen te vervullen. De arts moet de patiënt inlichten over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting, met de patiënt overleg plegen over zijn verzoek tot euthanasie en met hem de eventueel nog resterende therapeutische mogelijkheden, evenals die van palliatieve zorg en hun gevolgen, bespreken. De arts moet met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin de patiënt zich bevindt geen redelijke andere oplossing bestaat en dat het verzoek van de patiënt berust op volledige vrijwilligheid (Art. 3, §2, 1° Wet betreffende de euthanasie).

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

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

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

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

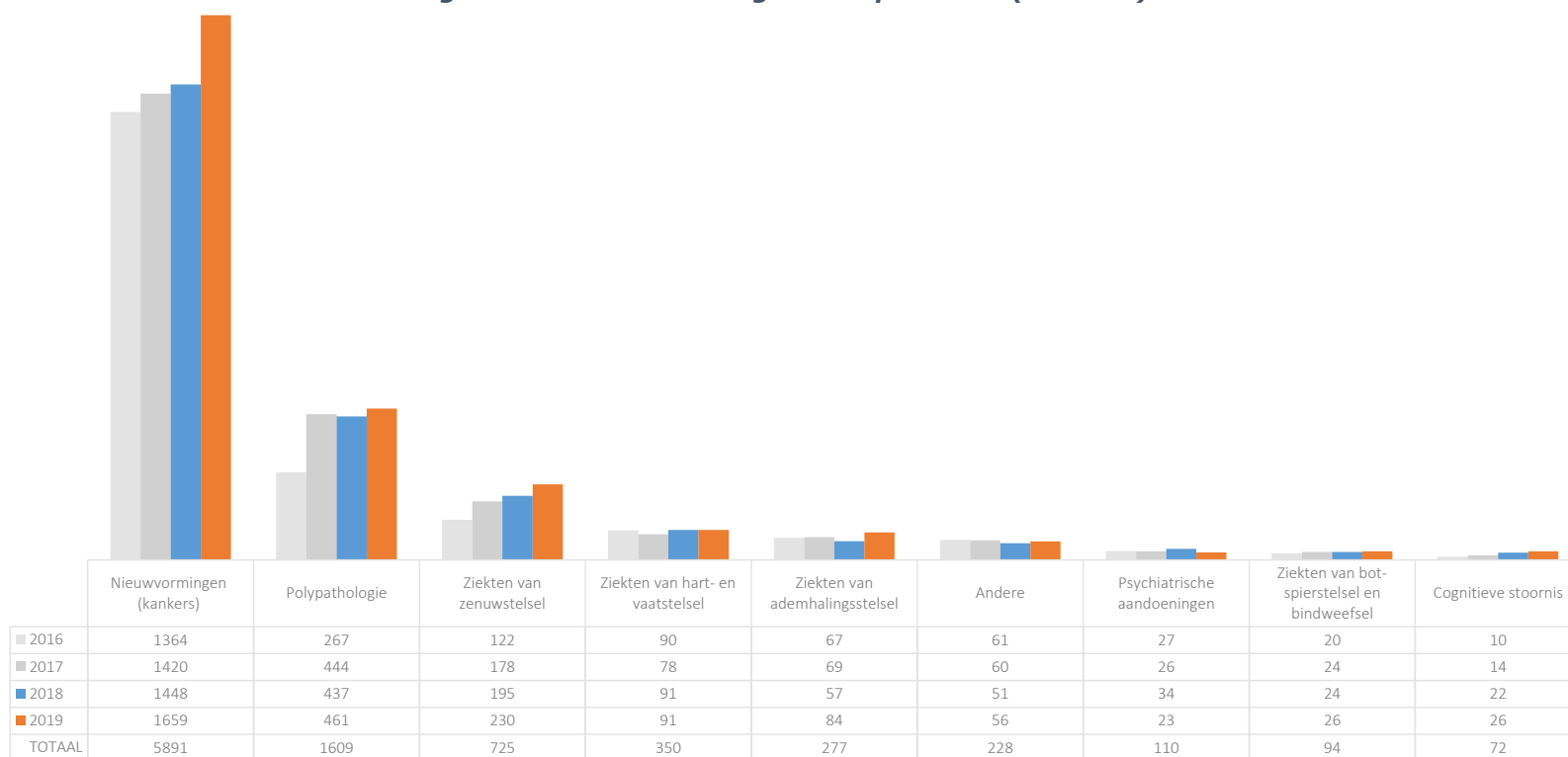
In deze gevallen werd systematisch een didactische brief verstuurd naar deze artsen om hen te herinneren aan de procedure die gevolgd dient te worden in geval van een overlijden “niet binnen afzienbare termijn”.

h. De aandoeningen die aan de basis lagen van euthanasie

In 2018 – 2019 waren de voornaamste categorieën die aan de basis lagen van de uitgevoerde euthanasies nieuwvormingen/kanker (62%), polypathologie (17,9%) en ziekten van het zenuwstelsel (8,5%), ziekten van het bloedsomloopstelsel (3,6%), ziekten van de luchtwegen (2,8%), psychiatrische aandoeningen (1,1%), ziekten van het botspierstelsel en bindweefsel (1%) en cognitieve stoornissen (1%). Alle andere categorieën vertegenwoordigen 2,1% van de aandoeningen.

Verzoeken om euthanasie op basis van psychische en gedragsstoornissen (psychiatrische en cognitieve stoornissen worden hier beide in opgenomen) bleven uitzonderlijk (2,1% van alle euthanasies). In al deze gevallen kon de Commissie vaststellen dat aan de wettelijke voorwaarden was voldaan (een wilsbekwame patiënt, een herhaald en weloverwogen verzoek bevestigd door een schriftelijk verzoek, een medisch uitzichtloze toestand, ondraaglijk aanhoudend en niet te lenigen lijden veroorzaakt door een ernstige en ongeneeslijke ziekte).

G5 - Categorie van de aandoeningen: alle patiënten (T= 9356)



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

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

i. Het opgegeven lijden

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

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

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

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

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

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

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

j. De multidisciplinaire aanpak bij de uitklaring van een euthanasieverzoek

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

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

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

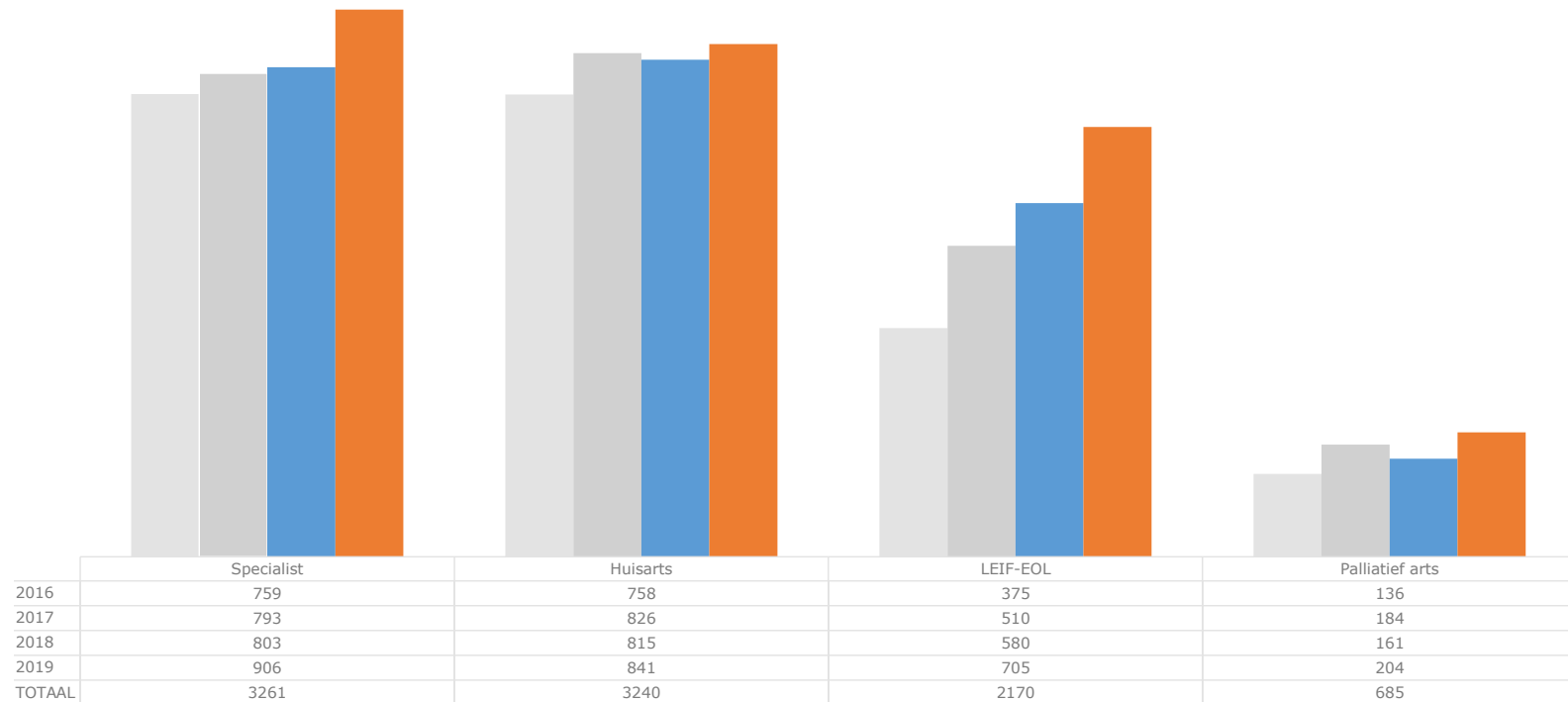
Opmerkingen

- Een palliatieve arts is een specialist of huisarts die een bijkomende opleiding gevolgd heeft in de palliatieve zorg.
- Ziekenhuisartsen en specialisten in opleiding worden als «specialisten» aangeduid.
- LEIF/EOL-artsen zijn huisartsen of specialisten die een bijkomende opleiding gevolgd hebben i.v.m. de problematiek van beslissingen aan het levenseinde en die al of niet deel uitmaken van het LEIF-EOL Consortium¹. Let wel: tot en met het 7^{de} rapport werden LEIF/EOL-artsen geclassificeerd als huisarts. Vanaf het 8^{ste} rapport zijn ze in een aparte categorie ingedeeld.
- In het geval van polypathologie heeft de Commissie huisartsen, op grond van hun ervaring, gelijkgesteld aan specialisten voor het verstrekken van advies als tweede arts bij een patiënt waarvan het overlijden niet binnen korte termijn zal optreden.

1. Eerste verplicht advies door een onafhankelijk geraadpleegde arts

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

G6 - Hoedanigheid van de eerste verplicht te raadplegen arts (T= 9356)

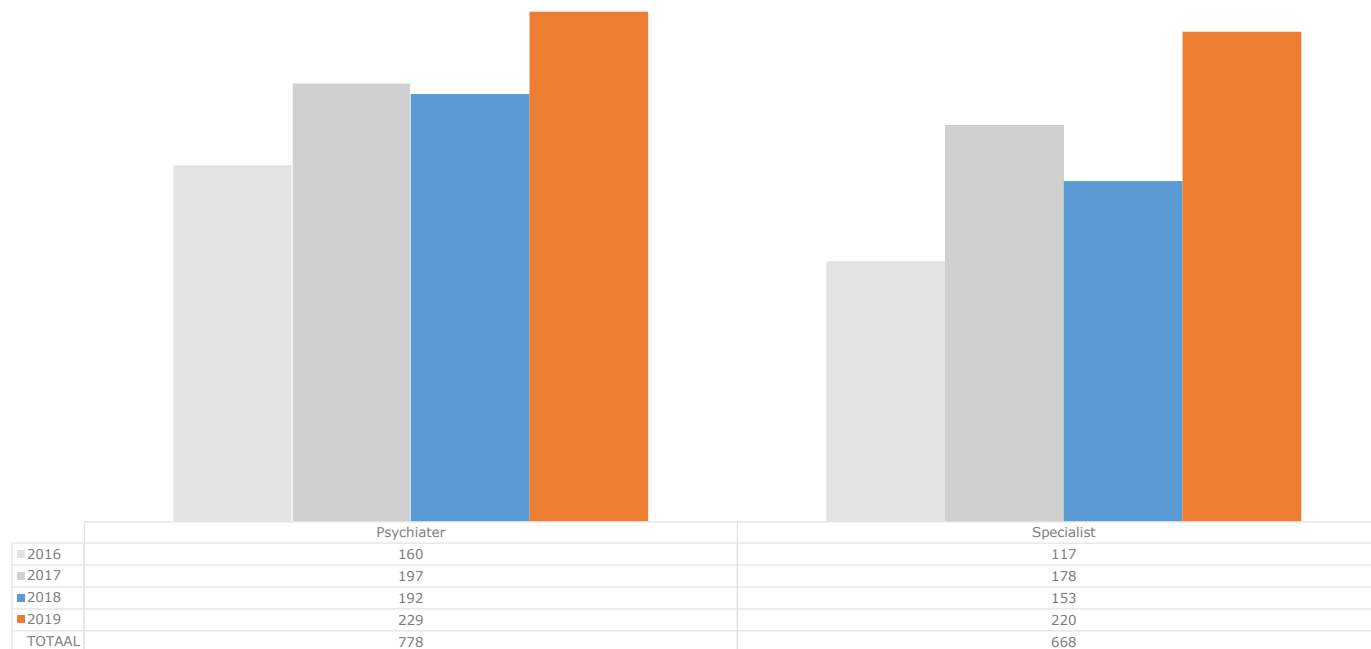


Naast de huisarts spelen specialisten, en zeldzamer, psychiaters een rol. In verschillende dossiers wordt vermeld dat de 1ste adviserende arts, een arts is met een bijkomende opleiding in levenseindezorg hetzij een LEIF-EOL-arts of palliatieve arts zonder te preciseren of het gaat om een huisarts of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

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

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

G7 - Hoedanigheid van de tweede verplicht geraadpleegde arts (i.g.v. overlijdens niet binnen afzienbare termijn) – (T=1447)

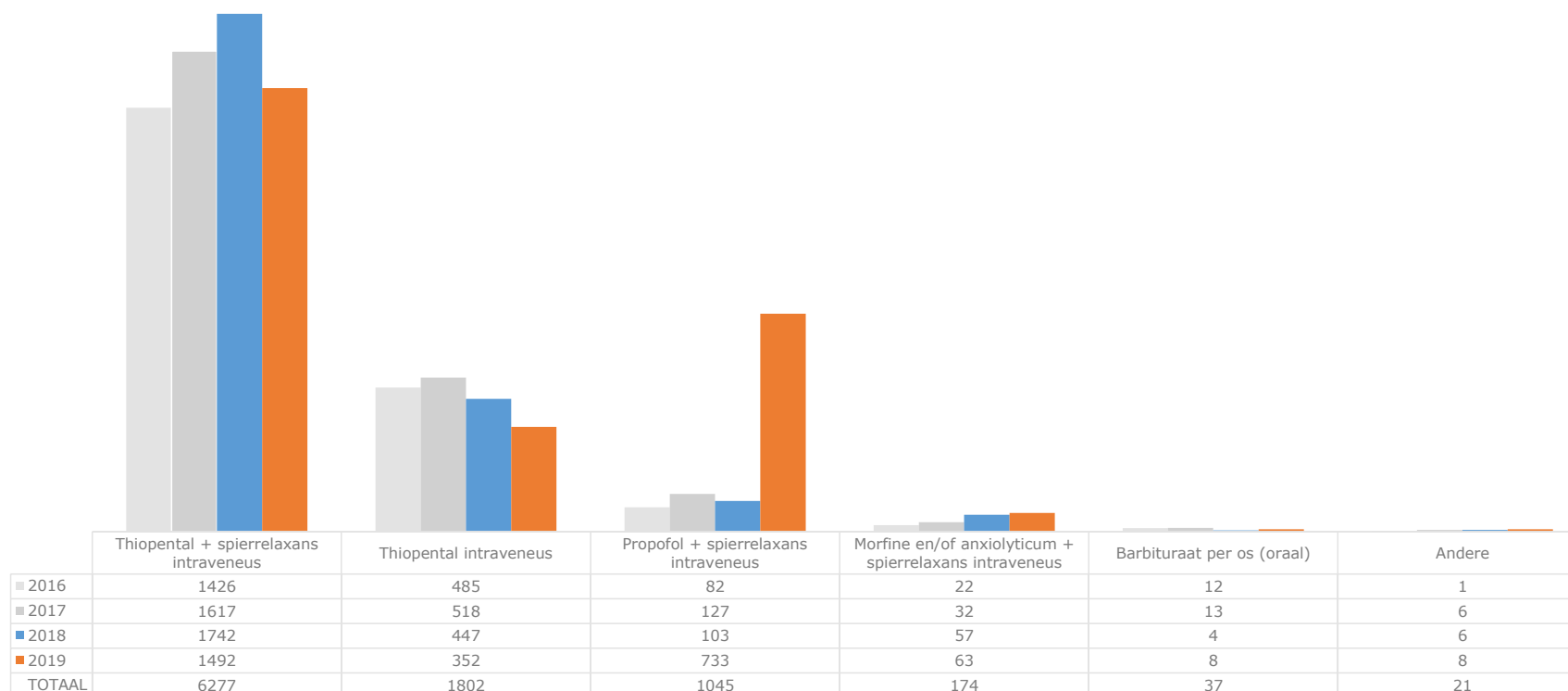


In de periode 2018 – 2019 werden 794 patiënten als niet-terminaal beschouwd. Toch werden bij heel wat meer patiënten twee adviezen vermeld in het registratiedocument. Dat betekent dat artsen zelfs bij een zgn. terminale patiënt soms een 2de advies vragen. Als 2de adviserende arts treden zowel psychiaters als specialisten in de aandoening op.

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

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

G8 - Gebruikte techniek en middelen voor het uitvoeren van de euthanasie (T = 9356)



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

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

Bij 12 gevallen (0,2% van de euthanasiegevallen) werd de patiënt buiten bewustzijn gebracht door per orale toediening van een letale dosis barbituraat die de patiënt zelf innam. In de meeste gevallen is de patiënt snel overleden zonder verdere tussenkomst, in een paar gevallen werd een spierverslapper ingespoten nadat de patiënt het bewustzijn had verloren maar het overlijden uitbleef. Dit noem “medische hulp bij zelfdoding”

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

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

Voor de algemene praktische uitvoering van euthanasie wordt door het FAGG verwezen naar de richtlijn die verstrekt wordt via LEIF, via de brochure die bestemd is voor de artsen, « L'euthanasie » opgesteld door het A.D.M.D. (Association pour le droit de mourir dans la dignité), via de Nederlandse KNMG/KNMP-richtlijn (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst/Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie) of via de richtlijn van de Algemene Pharmaceutische Bond (APB)).²

Onbeschikbaarheid van Thiopental

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

Omdat thiopental niet in België op de markt is, importeert men het al sinds 2011 via een speciale derogatie uit het buitenland. Het is reeds voorgekomen dat er via deze import een tijdelijke onbeschikbaarheid bestond. Midden 2019 was thiopental gedurende enkele maanden niet verkrijgbaar. Het probleem zou ontstaan zijn door een tekort aan grondstof bij de producent en kan opnieuw optreden in de toekomst.

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

2 Bronnen

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

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

APB. Euthanasie: praktische richtlijnen https://www.klav.be/klavinfor/files/Dossiers/Euthanasie/NL/2018_Euthanasie_DOCU_NL.pdf.

I. De beslissingen van de Commissie

Opmerkingen

- *Aanvaarding zonder meer* betekent dat volgens alle aanwezige leden van de Commissie het registratiedocument volledig was ingevuld, dat er aan alle voorwaarden was voldaan en dat de procedure correct werd gevolgd.
- *Opening van deel I omwille van administratieve redenen* betekent dat vb. datum en/of plaats van overlijden, de hoedanigheid van de geraadpleegde artsen en/of de gebruikte middelen voor de euthanasie niet werden vermeld in het registratiedocument maar dat aan alle voorwaarden was voldaan en de procedure correct werd gevolgd.
- *Opening van deel I voor precisering* over de naleving van de voorwaarden en over de gevolgde procedure. Deze preciseringen hebben betrekking op de diagnose, de vrijwillige, herhaalde en weloverwogen aard van het verzoek, de datum van het schriftelijk verzoek i.g.v. overlijden binnen een niet te verwachten termijn wordt voorzien of de conclusies van de verplicht te consulteren artsen.
- *Opening van deel I voor het formuleren van opmerkingen* betekent bv. dat de anonimiteit in deel II van het registratiedocument niet werd gerespecteerd.
- *Verwijzing naar de procureur des Konings* betekent dat de Commissie na grondige studie van het dossier, na de betrokken arts te hebben gehoord, van oordeel is dat niet aan de wettelijke voorwaarden is voldaan en dit na een stemming met een twee derde meerderheid.

In 2018 – 2019, waren 75,2% van de aangiften van meet af aan correct ingevuld en werden dan ook onmiddellijk aanvaard.

In 24,8 % van de dossiers besloot de Commissie om de anonimiteit op te heffen en deel I van de aangifte te openen om bijkomende informatie aan de meldende arts te vragen (per mail/brief).

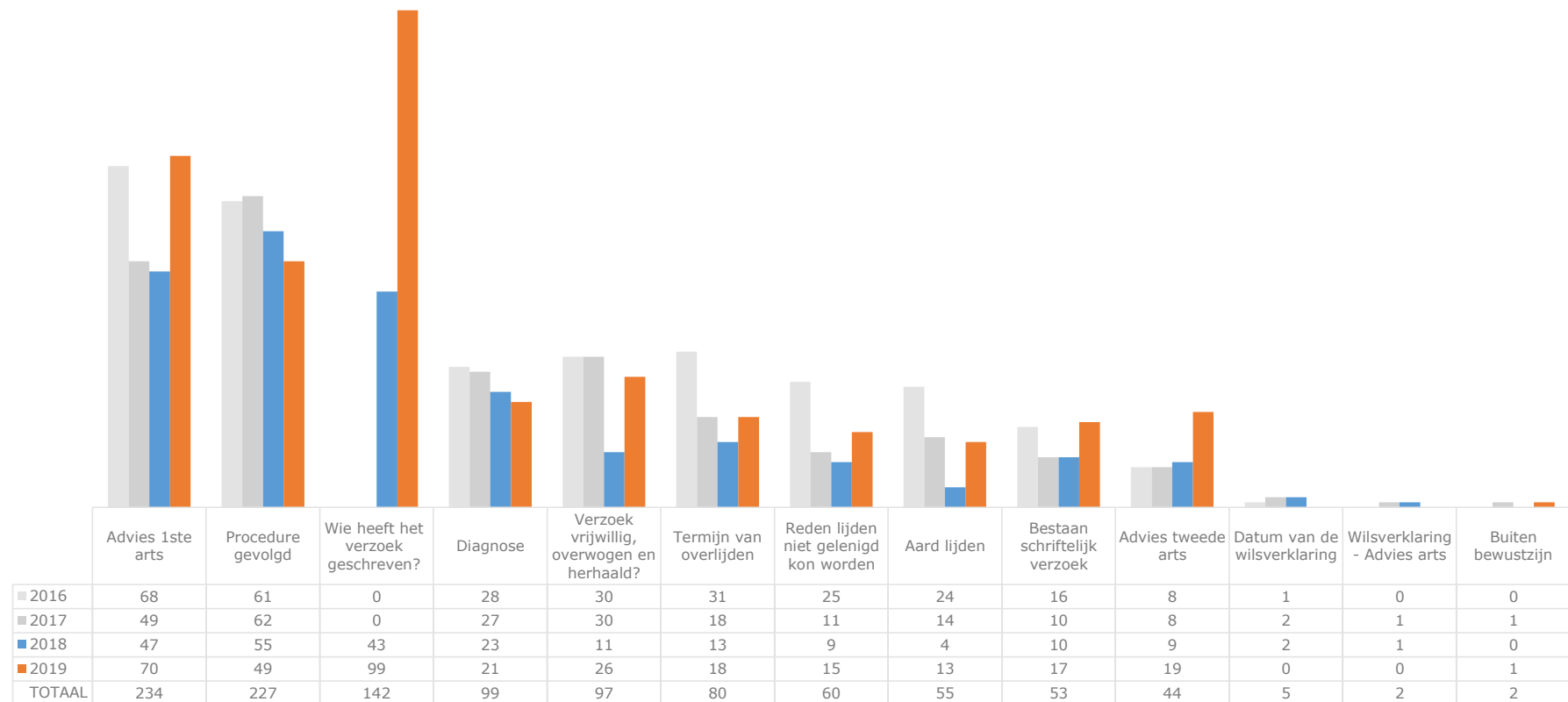
In 8,4 % van de aangiften werd deel I enkel geopend omdat de Commissie de arts, voornamelijk ter informatie wilde wijzen op een aantal onvolmaaktheden in zijn antwoorden of op interpretatiefouten met betrekking tot de gevolgde procedures. In deze gevallen voldeed de aangifte echter nog steeds aan de wettelijke voorwaarden en diende de arts zich niet te verantwoorden.

In 16,4% van de aangiften werd deel I geopend met de bedoeling de arts om bijkomende informatie te vragen over één of meerdere punten van het document die slecht, onvoldoende of niet waren ingevuld. De meeste van die punten hadden betrekking op ontbrekende administratieve gegevens of onnauwkeurigheden met betrekking tot de procedure. De antwoorden bevatten telkens de nodige informatie, waardoor de aangiften konden worden aanvaard.

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

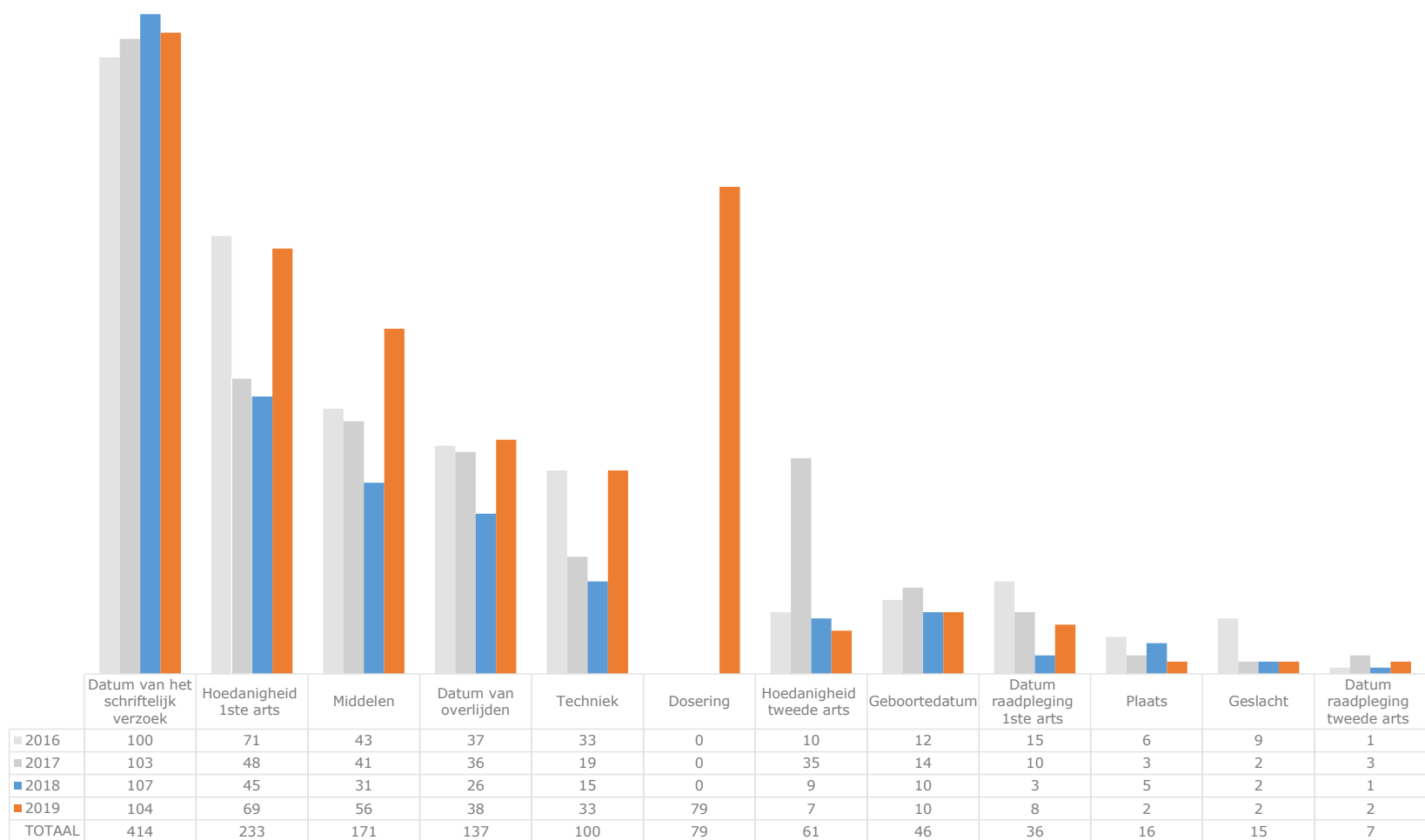
In al deze gevallen werd de informatiebrochure voor artsen systematisch bij de brieven aan de artsen gevoegd.

G9 - Redenen inzage deel I voor precisering over de naleving van de voorwaarden en over de gevolgde procedure
(T = 1100 - T van deze aangiften = 753)



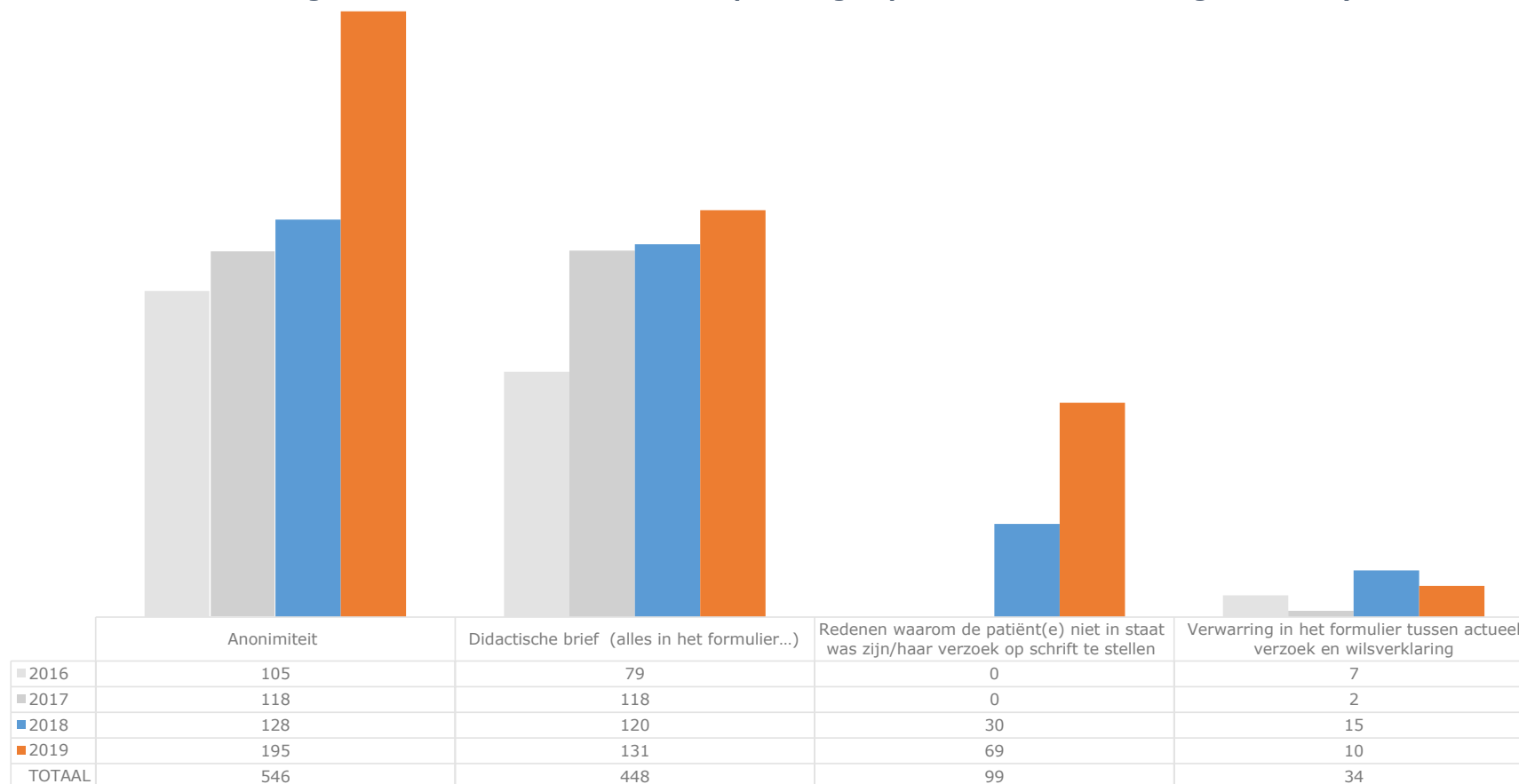
Opm.: de precisering betreffende wie het schriftelijk verzoek opstelde werden systematisch opgevraagd sinds midden 2018

G10- Redenen inzage deel I omwille van administratieve redenen (T = 1315 - T van deze aangiften = 804)



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

G 11 - Redenen inzage deel I voor het formuleren van opmerkingen (T=1127 - T van deze aangiften = 720)



Bijzonder casus van palliatieve sedatie

In 2018 werd een casus niet als een euthanasie weerhouden. Niet alleen werd deze casus onderzocht zoals wettelijk vastgelegd is in Art. 8. van de Wet betreffende de Euthanasie, bovendien besloot de Commissie deze casus niet op te nemen in de statistieken als zijnde een uitgevoerde euthanasie.

Het ging niet om euthanasie zoals gestipuleerd in de definitie “euthanasie” van de Euthanasiewet maar wel een “palliatieve sedatie”. Er is geen enkele wettelijke verplichting om een palliatieve sedatie te registreren bij de Commissie, zelfs niet indien deze palliatieve sedatie mogelijk het levenseinde bespoedigde of veroorzaakte.

Enkele opmerkingen bij het dossier gericht aan de procureur des Konings van Antwerpen

Op 28 oktober 2015 heeft de Commissie, die van mening was dat de euthanasie niet werd uitgevoerd conform de wet van 28 mei 2002, dit dossier overgemaakt aan de procureur des Konings van de rechtbank van eerste aanleg te Antwerpen.

De Commissie werd in kennis gesteld, via de beslissing van 26 april 2019, dat de raadskamer van die rechtbank van eerste aanleg, afdeling Mechelen, de zaak verworpen heeft, de arts in kwestie werd dus buiten vervolging gesteld. De commissie heeft hier nota van genomen.

Het is niet aan de Commissie om zich uit te spreken over de motivering van deze beslissing, die haar verder niet werd meegedeeld. Uit de gepubliceerde commentaren (*De Standaard*, 27 april 2019 en 30 april 2019; *De Juristenkrant*, 2019, nr. 393, p. 14 en nr. 397, p. 12) blijkt echter dat de niet-vervolging zou te verklaren zijn doordat de arts de middelen voor de euthanasie enkel ter beschikking stelde van de patiënt, doch ze niet zelf toediende, en dat de Euthanasiewet in deze situatie niet van toepassing zou zijn en de voorwaarden van die wet derhalve niet moeten worden nageleefd.

De Commissie wil deze gelegenheid aangrijpen om te wijzen op haar standpunt inzake «hulp bij zelfdoding» opgevat als *de situatie waarin de arts het dodelijk product enkel ter beschikking stelt van de patiënt en niet zelftoedient, en de patiënt begeleidt tot aan zijn dood.*

Zoals men hierboven reeds aangeeft, wijst de Commissie erop dat volgens haar, in zulk geval, de voorwaarden van de euthanasiewet dienen vervuld te zijn. De situatie waarin een arts de dodelijke substantie enkel ter beschikking stelt van de patiënt en de situatie waarbij de arts de middelen ook toedient is, onder omstandigheden en intentionaliteit, niet verschillend. In beide gevallen, moet de arts de grond- en vormvoorwaarden naleven als bepaald in de wet van 28 mei 2002 en, in beide gevallen, moet de patiënt dezelfde wettelijke bescherming en waarborgen genieten. De Commissie houdt bijgevolg de beleidslijn aan om de gevallen die haar worden gemeld met betrekking tot mogelijke «hulp bij zelfdoding», zo opgevat, te toetsen aan de Euthanasiewet. De dossiers waarbij «hulp bij zelfdoding» werd verleend met inachtneming van alle grond- en procedurevoorwaarden van de Euthanasiewet worden dan ook goedgekeurd. De Commissie ziet ook geen reden om die beleidslijn in de toekomst aan te passen.

De Commissie wijst erop dat de formulering en de bewoordingen van de Wet van 28 mei 2002 betreffende de Euthanasie de «hulp bij zelfdoding», zo opgevat, niet uitsluiten uit het toepassingsgebied van de wet. De wet bepaalt niet op welke wijze de euthanasie moet worden uitgevoerd, en de begripsomschrijving van euthanasie (artikel 2) laat toe om ook zulke «hulp bij zelfdoding» te laten ressorteren onder de wet, als opzettelijk levensbeëindigend handelen *onrechtstreeks* door een andere dan de betrokkene gesteld. Overigens, zoals de Raad van State destijds stelde in zijn advies over het wetsvoorstel met betrekking tot euthanasie, is de onrechtstreekse aard van het handelen onvoldoende om een verschillend juridisch regime te verantwoorden. En in het licht van de artikelen 422*bis* en 422*ter* van het Strafwetboek die het niet-bijstaan van een persoon in gevaar strafbaar stellen, lijkt het moeilijk om de arts die «zelfdoding medisch begeleidt», en die daarbij alle voorwaarden van de Euthanasiewet naleeft, te beschouwen als een persoon die schuldig hulpverzuim zou plegen. De patiënt bevindt zich immers in een medisch uitzichtloze toestand van permanent, ondraaglijk lijden die niet kan worden gelenigd, zodanig dat, per definitie, in zulke situatie geen behandeling of zinvolle hulp meer mogelijk is.

Daarenboven stelt de Nationale Raad van de Orde der artsen, in zijn advies van 22 maart 2003 betreffende palliatieve zorg, euthanasie en andere medische beslissingen omtrent het levenseinde (<https://www.ordomedic.be/nl/adviezen/advies/advies-betreffende-palliatieve-zorg-euthanasie-en-andere-medische-beslissingen-omtrent-het-levenseinde>), dat hulp bij zelfdoding, zo opgevat, deontologisch gelijkgesteld kan worden met euthanasie voor zover alle wettelijke voorwaarden van de Euthanasiewet vervuld zijn en de bij de wet voorziene procedure nageleefd wordt, met inbegrip van de aangifte bij de Federale Controle- en Evaluatiecommissie. Ten slotte herinnert de Commissie eraan dat Nederland en het Groothertogdom Luxemburg hulp bij zelfdoding en euthanasie in één en dezelfde wet regelen en aan dezelfde voorwaarden onderwerpen.

C. Specifieke evaluatie van geselecteerde patiëntencategorieën

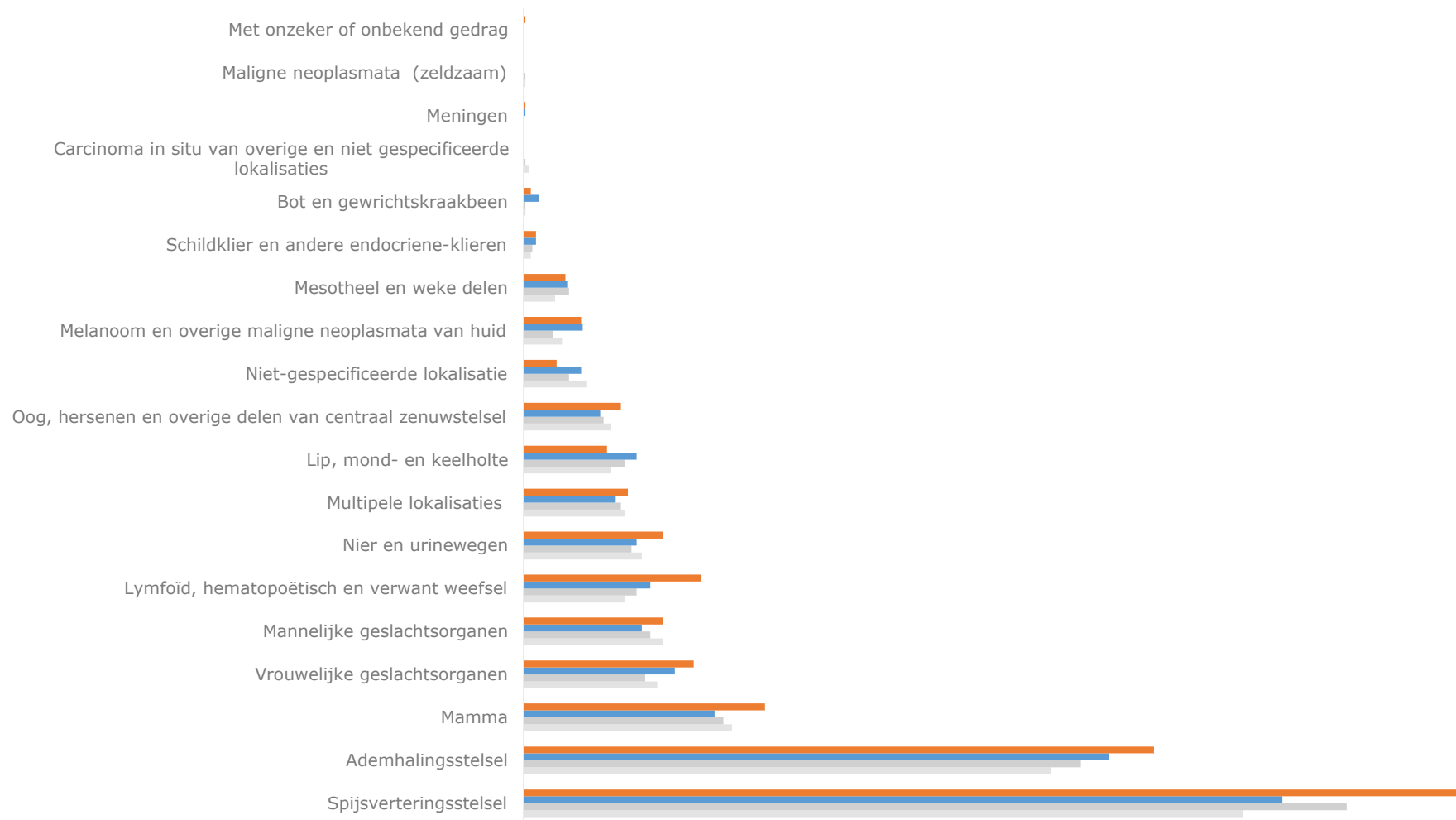
a. Patiënten met een oncologische aandoening (nieuwvormingen /kanker)

Ook in 2018 - 2019 waren de oncologische aandoeningen de meest voorkomende aandoening op grond waarvan patiënten om euthanasie verzochten.

In 2018 ging het om 61,4% van het totaal aantal patiënten en in 2019 om 62,5%. Belangwekkend is de vaststelling dat de overgrote meerderheid van de oncologische patiënten wacht tot ze zich in de terminale levensfase bevindt alvorens euthanasie te laten uitvoeren. Slechts 0,7% van de patiënten in 2018 en 1,1% in 2019 liet euthanasie uitvoeren, terwijl zij niet binnen afzienbare termijn zouden overlijden. Ook in de voorgaande jaren waren de percentages gelijkaardig (1,1 % in 2016 en 1,1% in 2017). Deze vaststelling bevestigt nogmaals dat de patiënten en de artsen grote omzichtigheid en zorgvuldigheid aan de dag leggen bij de uitvoering van een euthanasieverzoek.

Jaar	TOTAAL	TOTAAL Term	TOTAAL N-term	% N-term
2016	1.364	1 349	15	1,1
2017	1.420	1 404	16	1,1
2018	1.448	1 438	10	0,7
2019	1 659	1 641	18	1,1
TOTAAL	8 563	5 830	59	1,0

G12 - Oncologische aandoeningen: subcategorieën (T = 5891)



Opm.: in dit rapport worden lymfomen en leukemie verzameld onder de groep *Lymfoïd, hematopoëtisch en verwant weefsel* en niet meer bij *Maligne neoplasmata (zeldzaam)*

Oncologische omstandigheden: Subgroep	2016	2017	2018	2019	TOTAAL
Spijsverteringsstelsel	414	476	437	544	1871
Ademhalingsstelsel	304	321	337	363	1325
Mamma	120	115	110	139	484
Vrouwelijke geslachtsorganen	77	70	87	98	332
Mannelijke geslachtsorganen	80	73	68	80	301
Lymfoïd, hematopoëtisch en verwant weefsel	58	66	73	102	299
Nier en urinewegen	68	62	65	80	275
Multipele lokalisaties	58	56	53	60	227
Lip, mond- en keelholte	50	58	65	48	221
Oog, hersenen en overige delen van centraal zenuwstelsel	50	46	44	56	196
Niet-gespecificeerde lokalisatie	36	26	33	19	114
Melanoom en overige maligne neoplasmata van huid	22	17	34	33	106
Mesotheel en weke delen	18	26	25	24	93
Schildklier en andere endocriene-klieren	4	5	7	7	23
Bot en gewrichtskraakbeen	1	1	9	4	15
Carcinoma in situ van overige en niet gespecificeerde lokalisaties	3	1	/	/	4
Meningen	/	/	1	1	2
Maligne neoplasmata (zeldzaam)	1	1	/	/	2
Met onzeker of onbekend gedrag	/	/	/	1	1

In 2018 – 2019 ondergingen 3107 patiënten euthanasie omwille van een kwaadaardige aandoening. Op basis van de subcategorieën gaat het vooral om kankers van het spijsverteringsstelsel, het ademhalingsstelsel, mamma en geslachtsorganen (vrouwelijke en mannelijke).

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

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

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

De groep zeldzame neoplasmata omvat voornamelijk de dubbele kankers t.t.z. patiënten die 2 soorten kanker hebben en kanker van onbekende oorsprong. Beide groepen van kankers hebben een slechte prognose. In het vorige verslag, werd in deze groep ook de maligne neoplasmata van het lymfoïd en hematopoëtisch weefsel (lymfoom, leukemie en myelomen) opgenomen.

Belangrijkste redenen waarom oncologische patiënten om euthanasie verzochten

Om de kennis en het inzicht in het lijden van de kankerpatiënten die om euthanasie verzochten te verdiepen en te illustreren worden een aantal concrete casussen³ uit de onderzochte periode weergegeven.

- Onbehandelbare symptomatische metastasering van vb. bot-, lever-, long- en hersenmetastasen, maligne darmobstructie enz.
 - Ziektegeschiedenis van een 51-jarige patiënte met een gemetastaseerde longkanker naar de klieren, lever, longen en het beenderstelsel.
De patiënte was voortdurend kortademig als gevolg van de uitgebreide longmetastasen. Dit ging gepaard met een ondraaglijke angst te zullen stikken omdat de aanhoudende kortademigheid op geen enkele wijze afdoende kon behandeld worden. Dit alles veroorzaakte een zeer ernstig psychisch lijden ten gevolge van de uitzichtloze situatie zonder enig vooruitzicht op beterschap.
 - Ziektegeschiedenis van een 92-jarige patiënt met een prostaatneoplasie met bot- en longmetastasen.
De patiënt vertoonde toenemende vermoeidheid, waardoor hij ernstig beperkt was in zijn dagelijks leven. Hij voelde zich niet in staat om iets te doen. Hij had constante pijn (ribben, bekken, rug) die niet konden verlicht worden met de gegeven pijnstillers. Dit werd verhoogd tot een maximale en aanvaardbare dosis zonder resultaat. Na lange reflectie vindt de patiënt dat hij geen acceptabele en voorzienbare therapeutische toekomst meer heeft. In de afgelopen maand vertoonde hij een versnelde achteruitgang in zijn autonomie en algemene toestand, evenals in zijn gevoel van waardigheid. Récidive in loco mutilante, étendue et intraitable (p. ex. tumeurs de la tête et du cou, ovariennes, cérébrales, etc.)
- Mutilerend uitgebreid en onbehandelbaar recidief in loco (vb. hoofd- en halstumoren, ovariumtumoren, hersentumoren enz.).
 - Ziektegeschiedenis van een 86-jarige vrouw met een ulcererende spinocellulaire huidkanker in het aangezicht uitgezaaid naar de lymfeklieren in de omgeving, ingegroeid in de uitwendige gehoorgang, het middenoor en de aangezichtszenuw met een verlamming van deze zenuw.
Patiënte vertoonde belangrijke somatische klachten zoals gehoorverlies, visusstoornis en een sterk mutilerende aangezichts aantasting waardoor er een sociaal isolement optrad. De angst voor de verdere fysieke aftakeling en vooral de toenemende aantasting van haar lichaamsbeeld (ulcererende aangezichtstumor) zonder uitzicht op enig perspectief bracht haar tot het besef dat ze dit onmenselijk stervensproces niet verder wenste mee te maken.
 - Ziektegeschiedenis van een 61-jarige man met een snel progressief en uitbehandeld glioblastoom (hersenkanker).
Patiënt wenste euthanasie omwille van de cognitieve en fysieke aftakeling veroorzaakt door de snel progressieve hersenkanker. Er waren geen zinvolle oncologische behandelingen meer. Hij vertoonde meerdere neurologische uitvalsverschijnselen zoals toenemend krachtsverlies, spraak- en woordvindingsstoornissen en angst voor verwardheid. Patiënt werd hierdoor in toenemende mate zorgafhankelijkheid. De dood was onafwendbaar door de snel evoluerende cerebrale kanker. Patiënt beseft dat bij verdere ziekteprogressie hij zijn verstandelijke vermogens zou verliezen en hiermee zijn menswaardigheid. Dit wenste hij niet mee te maken, noch wenste hij dat zijn familie hem zo zou herinneren. Vandaar dat verdere palliatieve verzorging niet meer zinvol was voor de patiënt. De kans op plots zinsverlies was zeer groot. Heden was hij nog helder en bewust waardoor hij zijn wilsbekwaamheid kon behouden en doelbewust voor euthanasie kon kiezen.

³ De genoemde voorbeelden zijn voor illustratieve doeleinden. Dit zijn slechts gedeeltelijke uittreksels van enkele uitspraken, die anoniem zijn gemaakt en vertaald, maar waarvan de inhoud op geen enkele manier is gewijzigd.

- Uitputting van de therapeutische mogelijkheden of een te geringe kans op succes van de resterende therapieën waardoor de klachten en symptomen oncontroleerbaar werden.
 - Ziektegeschiedenis van een 39-jarige patiënt met recidiverende ernstige huidkankers gecompliceerd met een epidermyolysis bullosa dystrophica (zeldzame erfelijke aandoening die de huid en evt. andere organen aantast).
De letsels, g.v. de uitgebreide spinocellulaire carcinomen (huidkankers) waren dermate pijnlijk dat ze met de conventionele pijnstilling niet te behandelen waren. Ze vereisten meer en uitgebreidere ingrepen met o.a. amputaties van ledematen. De wondzorg werd een steeds groter probleem wegens de pijn en de uitgebreidheid van de letsels. De situatie was uitzichtloos. De letsels reageerden niet aan chemotherapie. Wondzorg was in de terminale fase van zijn ziekte dusdanig pijnlijk dat conventionele pijnstilling niet afdoende was en er meermaals diepe sedatie nodig was voor de uitvoering van deze wondverzorging. Nog uitgebreidere amputaties zouden slechts tijdelijk de pijn kunnen verzachten maar zouden leiden tot een volledig verlies van de autonomie, iets wat de patiënt niet wenste.
- Een terminaal aftakelingsproces al of niet gepaard met frailty en/of cachexie en angst voor het verder lijden zonder vooruitzicht op beterschap veroorzaakt uitzichtloosheid.
 - Ziektegeschiedenis van een 63-jarige patiënt met een gemetastaseerd pancreasneoplasma in het lever- en peritoneale niveau met een onomkeerbare spijsverteringsobstructie.
Lichamelijk lijden werd gekenmerkt door epigastrische pijn na de evolutie van de pancreaslaesie ondanks opioïdebehandeling. Een gevoel van dorst ondanks intraveneuze hydratatie en een niet te verdragen hoest waarschijnlijk secundair aan de nasogastrische ontladingsbuis die essentieel is voor occlusiebehandeling spijsvertering met aanhoudende symptomen ondanks optimale palliatieve behandeling. Het was onmogelijk voor de patiënt om zo verder te leven, een spijsverteringsobstructie met het ongemak van de nasogastrische buis, de onmogelijkheid om te eten, de geuren van de fecaloïde vloeistof die de buis terugbracht en het enorme verlies van autonomie en om steeds meer bedlegerig en cachectisch te worden. Ondanks psycho-existentiële ondersteuning kon de patiënt niet van gedachten veranderen over de ondraaglijke aard van haar ernstige lichamelijke achteruitgang.
 - Ziektegeschiedenis van een 70-jarige man met een recidief van een strottenhoofdkanker met longmetastasen. Hij werd behandeld met chirurgie (waaronder totale laryngectomie), chemotherapie, immunotherapie en bestralingen zonder enig succes.
Deze patiënt vertoonde naast zijn somatisch lijden een belangrijk psychisch en existentieel lijden. Het somatisch lijden was het gevolg van het ziekteproces dat bestond uit toenemende slikstoornissen door een recidief in loco van de strottenhoofdkanker met infiltratie in de omgevende weefsels waaronder de plexus brachialis (armzenuw) met een totale verlamming van de rechterarm en het optreden van evolutieve longmetastasen. Patiënt werd uitgebreid behandeld zonder enig succes. Uiteindelijk diende ook de immunotherapie te worden gestopt omwille van ziekteprogressie. De enige overblijvende therapeutische optie was 'best supportive care' aangezien de patiënt door de opeenvolgende behandelingen dusdanig was verzwakt dat hij niet meer in staat werd geacht om nog enige behandelingen te ondergaan. Het psychisch en existentieel lijden werd verergerd enerzijds door de mededeling dat hij uitbehandeld was en anderzijds door de onmogelijkheid om verbaal te communiceren gezien de vroegere totale laryngectomie. Reeds kort na de diagnose had de patiënt aangegeven dat hij euthanasie zou willen indien hij een vogel voor de kat zou worden. Nu er geen 'therapeutische/ causale' behandelingsopties meer waren, werd dit een grote factor voor hem om zijn euthanasieverzoek concreet te maken.

- Falende conventionele palliatieve zorg.
 - Ziektegeschiedenis van een 45-jarige patiënt met een sarcoom ter hoogte van de rechterpols gekenmerkt door een forse progressie lokaal en metastasen ter hoogte van de huid, het beenderstelsel en het zenuwstelsel.

Alle ingestelde pijnbehandelingen zoals orale pijnmedicatie, morfine in associatie van ketamine en lokale behandelingstechnieken zoals zenuwblocks en alcoholisatie intrathecaal van zenuwwortels faalden. Het effect van de lokale pijnbehandelingen was beperkt en zeer tijdelijk. Bovendien daalde de levenskwaliteit van patiënt ondanks al deze procedures verder en was de patiënt aangewezen op continue hulp van derden. Het inzetten van intermitterende palliatieve sedatie (door middel van midazolam) gaf slechts matig comfort tijdens de nachten. Gezien de pijn niet onder controle te brengen was, zelfs niet met intermitterende palliatieve sedatie, opteerde de patiënt uiteindelijk voor euthanasie.

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

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

b. Patiënten met polypathologie

Uit de 2 laatste verslagen van de Commissie bleek dat polypathologie in ons land na oncologische aandoeningen de belangrijkste reden was om euthanasie te vragen. Dit wordt ook bevestigd in 2018 – 2019.

Na een verdubbeling van het aantal patiënten dat in 2017, euthanasie kregen omwille van polypathologie is dit eerder stabiel gebleven in 2018 en 2019. Gezien de toenemende vergrijzing van de bevolking en het ontstaansmechanisme van polypathologie zal deze groep in de toekomst wellicht nog verder toenemen.

Definitie: Sinds 2014 gebeurt de selectie van de registratiedocumenten waarbij de euthanasie werd uitgevoerd omwille van polypathologie op basis van de definitie van multi-morbiditeit (= polypathologie) zoals deze in 1996 door Van den Akker werd gedefinieerd nl.: “the co-occurrence of multiple chronic or acute diseases and medical conditions within one person.”

Aldus wordt een euthanasieaangifte als polypathologie gecodeerd indien de meldende arts uitdrukkelijk meedeelt dat het gaat om polypathologie of indien de arts bij de diagnose minstens twee ernstige en ongeneeslijke aandoeningen aanduidt. Wanneer de arts als diagnose enkel en alleen gewag maakt van polypathologie (vraag 3 van het registratieformulier), wordt hij om nadere uitleg gevraagd, teneinde te kunnen nagaan of het wettelijk vereiste van een ernstige en ongeneeslijke aandoening is vervuld. Sinds 2014 is het aandeel van de polypathologieën sterk gestegen. Zoals reeds verduidelijkt werd in de twee voorgaande evaluatieverslagen is dit het gevolg van de introductie van de ICD-10 codering. Niettegenstaande de cijfers minder uitgesproken zijn dan bij de kankerpatiënten, stelt men ook bij de polypathologiepatiënten vast dat de meerderheid onder hen wacht tot ze de terminale levensfase hebben bereikt alvorens de euthanasie te laten uitvoeren. In 2018 was dit 65% en in 2019 was dit 54%. Ook bij polypathologie moet het lijden een medische grondslag hebben. Het gevoel van een voltooid leven, levensmoeheid of hoge leeftijd in afwezigheid van een ernstige en ongeneeslijke aandoening zijn geen aanleiding tot een euthanasieverzoek.

In een analyse van 870 registratiedocumenten van patiënten die in de periode 2013 – 2016 euthanasie ondergingen op basis van polypathologie werd aangetoond dat de polypathologie bij deze patiënten gekenmerkt werd door chronische progressieve aandoeningen die evolueerden naar een eindstadium dat bij meer dan de helft van de patiënten ingeschat werd als iemand die binnen afzienbare termijn zou komen te overlijden. Bovendien kon bij al deze patiënten worden aangetoond dat er wel degelijk sprake was van ondraaglijk, aanhoudend en niet te lenigen lijden!⁴

Belangrijkste redenen waarom patiënten met polypathologie om euthanasie verzochten

Het lijden van patiënten met polypathologie is steeds een combinatie van het lijden veroorzaakt door verschillende chronische aandoeningen die evolueren naar een eindstadium.

- Bij meer dan de helft van de patiënten was er sprake van gevorderd tot terminaal (NYHA 4) hartlijden en/of chronisch terminaal longlijden (Gold C tot D) gepaard gaande met zuurstofdependentie, niet meer in staat zijn tot enige inspanning, kortademigheid bij rust, permanent bedlegerigheid en zorgafhankelijkheid enz. Vandaar dat veel van deze patiënten als terminaal werden beschouwd.
- De 2^{de} meest voorkomende aandoeningen waren gang- en mobiliteitsstoornissen a.g.v. een zeer pijnlijke polyartrose gepaard gaande met valneigingen, osteoporose wervelindeukingsfracturen, heupfracturen, armfracturen enz. Uitgebreide locoregionale en algemene pijnbehandelingen waren niet in staat de pijn onder controle te brengen noch de mobiliteit van deze patiënten te verbeteren. De onbehandelbaar geworden pijn en de uitgesproken functionele beperkingen zijn de trigger van een euthanasieverzoek.
- Nierinsufficiëntie, al of niet terminaal, bemoeilijkte de behandeling van andere chronische evolutieve aandoeningen zoals het hartfalen. In dergelijke omstandigheden is er sprake van een cardio-renaal syndroom wat wijst op een moeilijke tot onbehandelbare medische aandoening die frequent levensbedreigend is. Een aantal van deze patiënten werd gedialyseerd maar stopte hun dialyse omwille van de sterke aantasting van de algemene toestand en de uitgesproken vermoeidheid die hiermede gepaard ging. Het gebrek aan levenskwaliteit was de trigger van hun beslissing.
- Kankers, al dan niet gemetastaseerd, kwamen voor bij meer dan ¼ van de patiënten met polypathologie. De polypathologie en de sterke achteruitgang van de algemene toestand van de patiënt hypothekeerde een effectieve oncologische behandeling. De symptomen veroorzaakt door de uitzaaiingen konden onvoldoende tot helemaal niet onder controle gebracht worden. De palliatieve zorg was herhaaldelijk ontoereikend
- Parkinson of sequelen van een hersentrombose (CVA) gepaard gaande met verlammingen en/of andere ernstige neurologische symptomen komen frequent voor op oudere leeftijd. Alleen zijn de mogelijkheden tot revalidatie en herstel op bejaarde leeftijd sterk beperkt. Vele patiënten konden zich niet verzoenen met blijvende uitgesproken beperkingen en handicaps. De totale afhankelijkheid, het verlies aan autonomie en de zinloosheid van het wachten op de dood was een belangrijke reden van hun euthanasieverzoek.
- Toenemende visusstoornissen evoluerend naar een bilaterale blindheid als gevolg van een maculaire degeneratie al of niet gepaard gaande met een uitgesproken gehoorstoornis lag aan de basis van een totale afhankelijkheid, een uitgesproken verlies aan autonomie waardoor men de regie over het eigen leven verloor en afhankelijk werd van de beslissingen van anderen en een sociaal isolement omwille van de onmogelijkheid om met anderen te communiceren. Dit alles veroorzaakte een gevoel tot last te zijn van anderen, zinloosheid van het resterende bestaan en eenzaamheid. Frequent is er sprake van een gebrekkige tot afwezige levenskwaliteit gepaard gaande met levensmoeheid of een gevoel van klaar te zijn met het eigen leven.

4 Proot.L, Distelmans W. Polypathologie en de Belgische Euthanasiewet: analyse van registratiedocumenten voor euthanasie 2013-2016 - Tijdschr. voor Geneeskunde, 74, nr. 13, 2018, 899 - 910

- Frailty al of niet evoluerend naar cachexie en uitgesproken fysieke aftakeling die evolueerde naar uitgesproken handicaps, een verhoogde morbiditeit en mortaliteit en een totale afwezigheid van levenskwaliteit.

Voorbeelden

- Ziektegeschiedenis van een 78-jarige man met een polypathologie bestaande uit een prostaatkanker, paraplegie onderste ledematen, doorligwonden en herhaalde episoden van sepsis (bloedvergiftigingen a.g.v. een infectie).

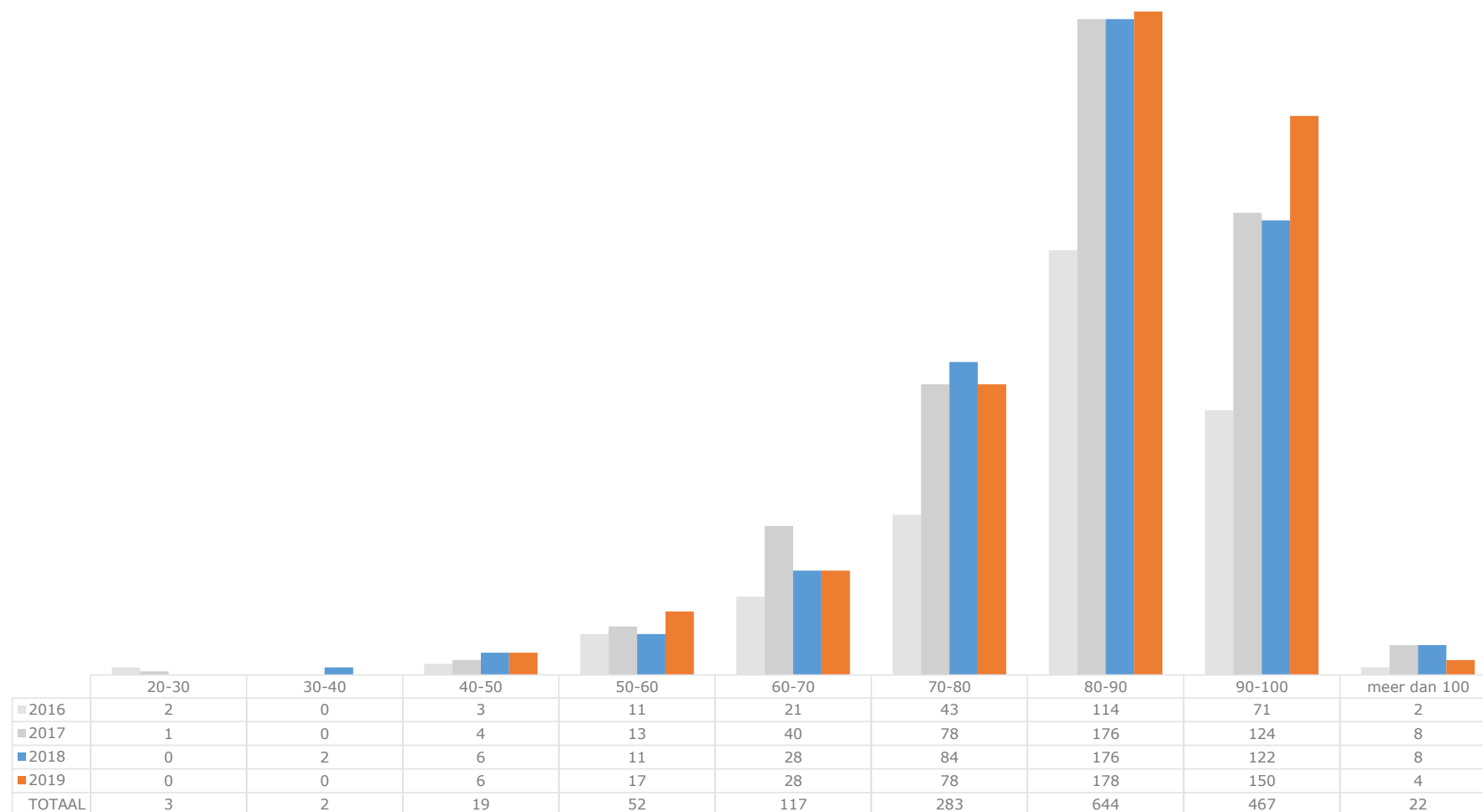
Patiënt vertoonde een prostaatcarcinoom dat radiotherapeutisch werd behandeld en onder controle was. Hij vertoonde tevens een voorkamerfibrillatie en diabetes. Een uitgebreide laminectomie (een chirurgische ingreep waarbij een stuk van de wervelboog van een wervel verwijderd wordt) over meerdere wervels omwille van hevige rugpijn werd gecompliceerd met een bloeding met een definitieve paralyse tot gevolg. Als gevolg van de paralyse trad een uitgebreide sacrale decubitus (doorligwonde t.h.v. de stuit) op, gecompliceerd met herhaalde episoden van sepsis o.a. met een multiresistente stafylococcus aureus waarvoor herhaalde ziekenhuisopnames noodzakelijk waren. De doorligwonde werd chirurgisch meerdere malen gedebrideerd zonder succes zodat uiteindelijk een colostomie (aanleggen van een stoma) werd aangelegd opdat de doorligwonde niet meer door stoelgang zou worden bevuild. Patiënt was volledig bedlegerig en zorgafhankelijk. Vooral de zorgafhankelijkheid viel hem erg zwaar. Ondanks herhaalde ziekenhuisopnames was er geen uitzicht op beterschap. Hij was zeer angstig voor nieuwe complicaties. De medische uitzichtloosheid van zijn toestand werd bevestigd door twee onafhankelijke artsen die zijn verzoek terecht vonden.

- Ziektegeschiedenis van een 88-jarige patiënt met ernstige polypathologie.

Het fysieke lijden bij deze patiënt bestond uit verschillende progressieve ziekten, waaronder endocarditis veroorzaakt door een multiresistente staphylococcus aureus, ernstige lage rugpijn gekenmerkt door vertebrale structuren op verschillende niveaus (L2 - L5), de aanwezigheid van een abdominaal aorta aneurysma en een breuk van de rechterschouderkap met artrose.

Het psychische lijden was gekoppeld aan het verlies van autonomie dat onomkeerbaar is, aan de pijn die complex en moeilijk te beheersen was ondanks de tussenkomst van verschillende gespecialiseerde teams. Het was ook gekoppeld aan de verslechtering als gevolg van de septische toestand van endocarditis en zijn bedlegerige toestand. De patiënt wou geen behandeling of ontwikkeling meer, hij wou vertrekken zonder te lijden. Het advies van de onafhankelijke arts bevestigde de medische situatie zonder uitkomst en het feit dat het verzoek aan de wettelijke voorwaarden voldeed.

G13 - Polypathologie: leeftijdsverdeling (T= 1609)



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

Bij polypathologie beschouwt de Commissie de huisarts als specialist. Dit houdt in dat ook een huisarts kan optreden als 2^{de} adviserende arts wanneer i.g.v. men verwacht dat de patiënt met polypathologie niet binnen afzienbare tijd zal overlijden.

Als 1^{ste} adviserende arts treedt veelal een huisarts op en in mindere mate een specialist of psychiater. In meer dan 35% wordt beroep gedaan op een arts met een bijzondere bekwaamheid in de levenseindezorg.

Bij patiënten met polypathologie die als niet-terminaal werden beschouwd, werd een 2^{de} advies gevraagd.

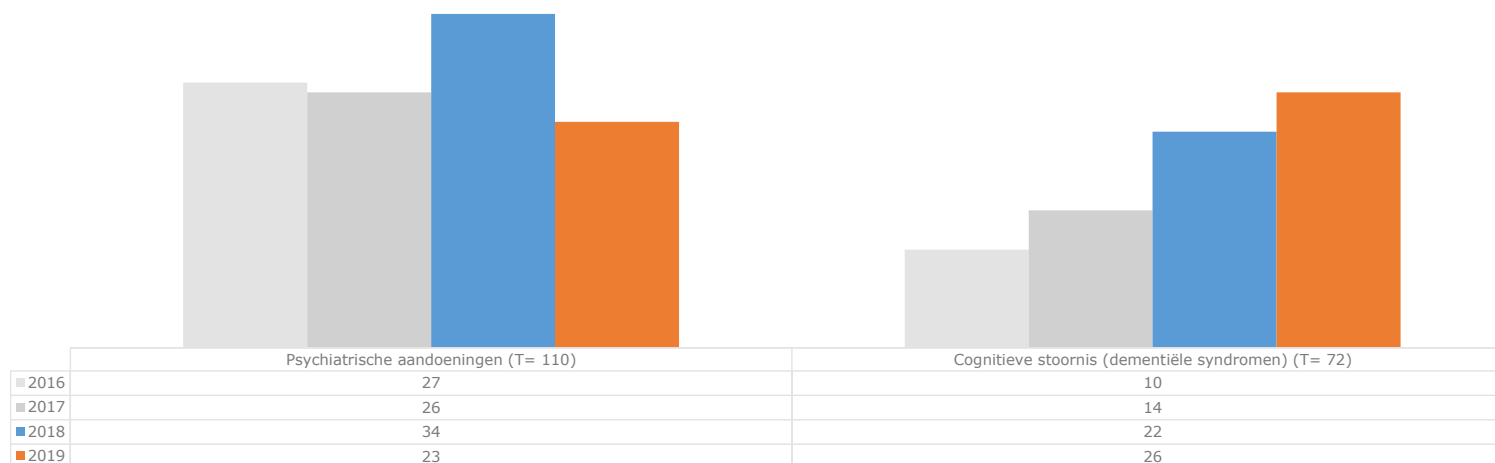
De psychiater is diegene die het frequentst werd gevraagd om een 2^{de} advies te geven. Huisartsen die beschouwd worden als specialist in de polypathologie worden minder frequent gevraagd als 2^{de} adviserende arts. Opnieuw doet men in 1/5 van de gevraagde adviezen beroep op een LEIF-EOL-arts en/of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

Ook bij de patiënt met polypathologie vermelden artsen spontaan (wettelijk niet verplicht) het multidisciplinair overleg met andere zorgverleners.

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

In de periode 2018 -2019 werden 105 registratiedocumenten gecodeerd onder de ICD-10 categorie 'Psychische stoornissen en gedragsstoornissen' 48 gevallen betreffende cognitieve stoornissen zoals dementie en de ziekte van Alzheimer, 57 betreffende psychiatrische aandoeningen zoals depressie, persoonlijkheidsstoornissen, posttraumatische stressstoornis, schizofrenie of autisme.

G14 - Psychische stoornissen en gedragsstoornissen: subcategorieën (T= 182)



Ondanks een lichte stijging in 2018 euthanasie op basis van psychische en gedragsstoornissen (Psychiatrische en cognitieve stoornissen verzameld) blijven deze eerder zeldzaam. Het aantal patiënten met cognitieve stoornissen verdubbelde echter in 2018 en 2019 (48) vergeleken met 2016-2017 (24).

1. Euthanasie bij patiënten die lijden aan een psychiatrische aandoening

In de voorbije 2 jaar werd euthanasie uitgevoerd bij 57 psychiatrische patiënten. Dat is een gemiddelde van 28 patiënten per jaar.

Aard psychiatrische aandoeningen (ICD - 10 F10 - F99)	2016	2017	2018	2019	TOTAAL
Stemmingsstoornissen (o.a. depressies en bipolaire stoornissen)	11	12	7	10	40
Stoornissen van persoonlijkheid en gedrag op volwassen leeftijd (o.a. complexe persoonlijkheidsstoornissen)	8	5	15	11	39
Neurotische, stress gebonden en somatoforme stoornissen (o.a. angststoornissen, dissociatieve stoornissen en pathologische rouw)	5	3	4	/	12
Stoornis in psychische ontwikkeling (o.a. autisme spectrum stoornis)		5	2	1	8
Schizofrenie, schizotypische stoornissen en waanstoornissen	3	1	6	1	11
TOTAAL	27	26	34	23	110

Belangrijkste redenen waarom patiënten met psychiatrische aandoeningen om euthanasie verzochten

- Bij alle patiënten lag het bestaan van een jarenlang psychiatrisch ziekteproces en behandelingstraject aan de basis van het euthanasieverzoek. De symptomen en klachten waren niet alleen chronisch maar ook progressief zowel in intensiteit als duur. Alle ingestelde mogelijke behandelingen om de intensiteit van het psychiatrisch lijden te verzachten waren ineffectief.
- Het psychiatrisch lijden werd steeds als zeer intens en ondraaglijk beschreven. In die mate dat het boven de mogelijkheden van de patiënt om hiermee om te gaan uitsteeg. Het aanhoudend en niet te lenigen karakter van het lijden riep gevoelens van uitzichtloosheid op gepaard met gevoelens van een gebrek aan een toekomstperspectief. Dit was een voorname reden in de pathogenese van een euthanasieverzoek bij deze patiënten.
- Bij jonge patiënten werd het ondraaglijk en aanhoudend karakter van het lijden frequent in verband gebracht met ervaringen uit het verleden. In dit verband werd verwezen naar seksueel misbruik, verwaarlozing als kind, verstoting door de ouders, zelfdestructief gedrag en suïcidepogingen. Bovendien deden mislukte suïcidepogingen de betrokkenen inzien dat er ook een andere meer menswaardiger manier bestond om uit het leven te stappen.
- Bij oudere patiënten gaat het vooral om angststoornissen, om verder te leven en dat het leven geen kwaliteit meer bood. Deze angststoornissen gingen gepaard met suïcidaliteit waarbij werd aangegeven dat ze de controle verloren waren over zichzelf wat op zijn beurt aanleiding gaf tot een onbehandelbare anhedonie en somberheid.

Voorbeelden

- 1495/18: 27-jarige patiënte met een complexe persoonlijkheidsstoornis.
Het ging om een dysthyme stoornis bij een KOPP-kind (kind van ouders met psychische problemen) waardoor een hechtingsstoornis was ontstaan en waarbij patiënte nooit een eigen identiteit had kunnen opbouwen. Dit mondde uit in een borderline persoonlijkheidsstoornis met destructief gedrag en meerdere suïcidepogingen. Alle mogelijke behandelingen werden geprobeerd (Linehan therapie, EMDR, zelfzorgbegeleiding, psychiatrische ondersteuning, dialectische gedragstherapie, medicamenteus behandelingen, mentalisatie etc.) met goede inzet van de patiënte, doch zonder succes. Ook een opleiding tot ervaringsdeskundige bracht geen verlichting. De laatste jaren waren er voornamelijk supportieve opnames en begeleiding. Toch bleefde destructiviteit en de doodswens onveranderd. De patiënte gaf aan dat de lijdensdruk steeds groter werd en dat ze zich bevond in een neerwaartse spiraal. Ze was haar vechtlust verloren. Ze was op. De psychiatrische ondersteuning schoot steeds opnieuw en op elk gebied te kort. De psychiatrie kon haar niet geven wat ze nodig had. Haar verzoek werd na een jarenlang onderzoek door twee onafhankelijke psychiaters ontvankelijk bevonden.
- 107/19: 87-jarige patiënt met een therapieresistente depressie gepaard met angststoornissen en suïcidaliteit.
Het ging om een jarenlange ziektegeschiedenis gekenmerkt door vele episodes van ondraaglijke angsten gepaard met depressies vaak met suïcideneiging. Zeer hoge dosissen antidepressiva en zelfs antipsychotica (vaak in kader van ziekenhuisopname) gaven de laatste jaren geen soelaas meer enkel sedatie en sufheid. Maar de onderliggende angst verdween niet. Er was een onophoudelijke smeekbede om zijn leven te mogen beëindigen. Iedereen, echtgenote, familie en vrienden hebben jarenlang getracht hem te helpen en ervan te weerhouden euthanasie te vragen. Uiteindelijk heeft men zijn verzoek aanvaard omdat er geen zinvol toekomstperspectief meer was. Zijn leven was uitzichtloos. Psychiaters en artsen beschouwden hem als uitbehandeld. De adviserende huisarts-LEIFarts en psychiater vonden zijn vraag terecht.

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

Dementie is een onbehandelbare aandoening waarbij zowel de bewustzijnsinhoud als de bewustzijnsgraad wordt aangetast. De voorbije 2 jaar werd in ons land bij 48 wilsbekwame patiënten met een diagnose van dementie een euthanasie uitgevoerd op basis van een actueel verzoek. In Nederland werd in 2018 bij 146 patiënten met dementie euthanasie uitgevoerd.

48 patiënten is een onbeduidend cijfer t.o.v. van het totaal aantal patiënten met dementie in ons land. Voor België wordt het aantal mensen met dementie momenteel geschat op 150.000. Tegen 2035 zou dit aantal nog eens met de helft toenemen. De leeftijd is de belangrijkste risicofactor. Ruim 10% van de mensen boven de 65 jaar heeft een dementiële aandoening ontwikkeld, 20% van de mensen boven de 80 jaar kampt met dementie en ruim 40% van de mensen boven de 90 jaar is dementerend.

Belangrijkste redenen waarom patiënten die lijden aan dementie om euthanasie verzochten

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

Voorbeelden

- Het gaat om een 80-jarige patiënte die aan de ziekte van Alzheimer lijdt.

Diagnose werd gesteld in Januari 2014. Deze diagnose bracht haar van de wijs. Sinds die dag is ze niet meer zichzelf geweest. Ze werd om de 6 maanden opgevolgd door haar neuroloog met de vraag haar te verwittigen wanneer ze in de nabije toekomst wilsonbekwaam zou worden. Ze heeft allerhande medicatie geprobeerd maar zonder succes. Patiënte heeft gewerkt als nachtverpleegkundige in de psychiatrie en wist zeer goed wat haar te wachten staat. Ze weet dat er geen uitzicht is op genezing zelfs niet op verbetering. Ze vreest de aftakeling en dit stelt haar somber. Ze wenst onder geen beding te leven als een 'onnozel kind'. Ze werd o.a. behandeld met antidepressiva zonder resultaat. Het ging bergaf gegaan met haar geheugen. Ze loopt de hele dag rond in een zoektocht om dingen terug te vinden waarvan ze niet meer weet waar ze deze gelegd heeft. Ze kan niet meer genieten, het verdriet is altijd aanwezig. Ze wil de verdere cognitieve en fysieke aftakeling niet meemaken. Ze is bang om terecht te komen in een situatie waar ze niet meer bewust is van zichzelf, van haar man, kinderen en kleinkinderen. Ze vindt dit mensonwaardig en daarom wil ze nu menswaardig sterven. Haar echtgenoot en kinderen ondersteunden haar verzoek. Zowel de huisarts-LEIFarts als de psychiater vonden de euthanasievraag van patiënte terecht en stelden dat haar verzoek aan de wettelijke voorwaarden voldeed.

- 84-jarige patiënt die aan de ziekte van Alzheimer leed in een beginnend stadium. Hij was tijdens zijn actief leven een CEO van een internationaal bedrijf.

De diagnose was ondersteund door de neuropsychologische bevindingen, een NMR van de hersenen en een geïsoleerde beperkte daling van het amyloïd bèta-42 in het cerebrospinaal vocht. Een behandeling met Donepezil diende wegens complicaties te worden gestopt. Ook de transdermale Exelonpleister diende gestopt wegens huiduitslag op de applicatieplaatsen. Op het moment van de euthanasie werd hij nog steeds medicamenteus behandeld. Hij klaagde van toenemende geheugenstoornissen en episodes van confabulaties. Hij merkte dat hij mentaal in de vernieling ging. Hij vond dit zo erg dat dit zijn levenskwaliteit vernietigde. De toenemende cognitieve achteruitgang gaf hem het gevoel dat zijn huidige bestaan meer en meer zinloos werd. Hij had deze aftakeling bij zijn vader meegemaakt en wenste dit zelf niet mee te maken. Hij had momenteel geen zinvolle daginvulling meer. Hij was voor een groot stuk zijn autonomie kwijt en afhankelijk van zijn vrouw die hem zeer goed begeleidde. Hij besepte dat zijn toestand uitzichtloos was want noch genezing of verbetering zat erin. Hij wenste dat hier een einde aan kwam.

Voor hem was euthanasie de enige manier om op een menswaardige manier van het leven afscheid te nemen. Hij was vooral bang dat zijn euthanasievraag wegens de verdere toename van de cognitieve stoornissen niet meer binnen de huidige wettelijke bepalingen zou kunnen ingewilligd worden. Het ging om een goed overwogen en doorleefde vraag naar euthanasie, die ook uitvoerig met zijn kinderen en echtgenote werd besproken. Zowel de huisarts-LEIFarts als de neuroloog vonden zijn vraag ontvankelijk en invoelbaar en achtten hem ook beslissingsbekwaam

d. Patiënten woonachtig in het buitenland

In deel II, het gedeelte van het registratiedocument waarover de Commissieleden beschikken, wordt alleen de geboorteplaats gevraagd. De woonplaats wordt gevraagd in deel I, het deel dat slechts geopend mag worden indien men bijkomende informatie aan de meldende arts wil vragen. Toch gebeurt het dat artsen in deel II vermelden dat het gaat om een buitenlandse patiënt. Op basis van deel II van het registratiedocument ging het in 2018 en 2019 om 45 patiënten die woonachtig waren in het buitenland en naar België gekomen zijn om hier, hun verzoek, naar euthanasie gehonoreerd te krijgen.

Het betrof patiënten met een somatische aandoening. Ze leden vooral aan een ernstige en ongeneeslijke neurologische ziekte (zoals multiple sclerose, amyotrofische laterale sclerose – ALS - of de ziekte van Charcot) of aan een uitgezaaide kanker (zoals borst of pancreas). Meer dan de helft van de overlijdens werd verwacht op korte termijn. De leeftijd van de patiënten bevond zich vooral tussen de 60 en 89. De uitvoering van deze euthanasies gebeurde zowel in het Nederlandstalige als het Franstalige landsgedeelte.

e. Orgaandonatie na euthanasie

Sommige patiënten hebben als ultieme wens hun organen te doneren. Op die wijze willen ze andere mensen helpen. Artsen zijn niet verplicht de orgaandonatie op het registratiedocument te melden, wel werd er in de periode 2018 – 2019 orgaandonatie vermeld bij 11 registratiedocumenten (er waren 18 officiële verklaringen aan de “Belgian Transplantation Society” - www.transplant.be).

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

D. Aandachtspunten binnen de evaluatiecommissie

a. Discussies binnen de Commissie

Naar aanleiding van de maandelijkse vergaderingen, komen regelmatig verschillende onderwerpen terug en zijn deze het onderwerp van discussie of verdieping van kennis binnen de Commissie.

1. Het begrip van onomkeerbaar niet meer bij bewustzijn zijn

In de voorliggende evaluatieperiode werd aandacht besteed aan de problematiek van het onomkeerbaar niet meer bij bewustzijn zijn en werden reeds diverse experts uitgenodigd en gehoord.

2. Het begrip onafhankelijkheid

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

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

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

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

Het probleem van de onafhankelijkheid van de arts ten opzichte van de patiënt blijft delicaat en moeilijk om op een absolute manier te respecteren. De Commissie heeft zich hierover reeds uitgesproken door te stellen dat «de patiënt geen regelmatige therapeutische relatie» kan hebben met de arts. Het woord «regelmatig» is bijzonder belangrijk en vraagt om verdere precisering o.a. in verband met de pathologie die aan de grondslag ligt van het euthanasieverzoek. Het heeft immers geen zin om voor de adviesfunctie een arts uit te sluiten omdat hij de patiënt in het verleden heeft ontmoet en behandeld voor een andere aandoening of omdat hij als collega-arts werkzaam is op dezelfde ziekenhuisafdeling of in hetzelfde medisch centrum of omdat hij de patiënt heeft onderzocht en/of behandeld in afwezigheid van zijn of haar collega, of omdat hij als gespecialiseerde arts een advies heeft gegeven tijdens het ziekteverloop over de desbetreffende aandoening bij deze patiënt of omdat hij aanwezig was tijdens een multidisciplinair overleg zonder enig persoonlijk contact met de patiënt. Het begrip onafhankelijkheid kan niet worden opgevat als zijnde het feit dat de adviserende arts de patiënt nooit mag hebben ontmoet noch zijn medische voorgeschiedenis mag kennen.

De eis van een strikte en volledige onafhankelijkheid van de geraadpleegde arts is op zich zeer moeilijk en in werkelijkheid onhaalbaar. Zodra een arts in een euthanasieprocedure een oordeel moet vellen, is hij of zij niet meer volledig «onafhankelijk». Er wordt enerzijds een relatie met de patiënt aangeknoopt en anderzijds is de nodige empathie vereist om het lijden van de betrokken patiënt in te schatten en aldus na te gaan of aan de essentiële voorwaarden van de wet is voldaan. Men kan zelfs stellen dat het net beter is om het dossier goed te kennen, en daarbij te zoeken naar andere behandelingsmogelijkheden, dan om het dossier 'koel en afstandelijk' te bestuderen.

In principe zouden de uitvoerende arts en de adviserende arts(en) idealiter moeten functioneren als een soort «multidisciplinair college» om samen te zoeken naar de beste beslissing. Dit geldt des te meer in geval het gaat om psychiatrische patiënten.

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

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

b. Budget van de Commissie euthanasie

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

Het aantal geregistreerde euthanasies in België vertegenwoordigt ongeveer 40,3% van deze in Nederland⁵ (2.656 euthanasies in België in 2019 op 108.745 sterfgevallen = 2,5%, 6.361 euthanasies in Nederland in 2019 op 151.793 sterfgevallen = 4,2%). De reden voor dit verschil is onbekend.

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

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

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

⁵ Regionale ToetsingsCommissies Euthanasie -RTE - jaarverslag 2019

Het budget van de Commissie in Nederland bedraagt € 4 miljoen in 2019. In België is het budget ongeveer € 160.000/jaar. Het exacte bedrag is moeilijk te kennen. De financiering van de commissie gebeurt vanuit verschillende federale overheidsdiensten omdat de Commissie zowel onder het gezag van de FOD Volksgezondheid als de FOD Justitie valt en het personeel van het secretariaat onder een specifiek detachement ressorteert (de openbare dienst van oorsprong blijft de wedde van de gedetacheerde ambtenaar verder uitbetalen).

De jaarlijkse vergoeding van de leden van de Nederlandse regionale controlecommissies bedraagt tussen € 7.000 en € 10.000 per jaar per lid. Het totale jaarlijkse budget voor de leden is € 769 000. Overwerk in een werkgroep wordt bovendien vergoed.

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

We werken dus absoluut niet onder gelijke voorwaarden!

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

Nederland

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

Groot-Hertogdom Luxemburg

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

E. Besluit

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

Tussen 2016 tot 2018 bleef het aantal geregistreerde euthanasies praktisch onveranderd. Daarentegen werd 2019 gekenmerkt door een stijging met meer dan 12,6 %. In de periode 2018-2019 werden 5015 euthanasies geregistreerd.

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

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

De verhouding tussen het aantal Nederlandse en Franstalige documenten bleef stabiel (76,7% NL/ 23,3% FR).

67,4% van de patiënten was ouder dan 70 jaar en 40,1% was ouder dan 80 jaar. Het aantal euthanasies bij patiënten jonger dan 40 jaar bleef zeer beperkt (1,5%). Het waren vooral patiënten in de 6de, 7de, en 8ste levensdecade die euthanasie vroegen (76%). De grootste groep waren patiënten tussen 80 en 89 jaar (28,8%).

In 2019 werd één registratiedocument betreffende euthanasie bij een oordeelsbekwame minderjarige patiënt geregistreerd.

Het aantal euthanasies dat thuis plaatsvond neemt toe (45,3%), hoewel er in 2019 sprake is van een vertraging. Dit stemt overeen met de wens van vele patiënten om thuis te mogen sterven. Ook het aantal euthanasies dat in de woonzorg centra wordt uitgevoerd is verder toegenomen (15,2%).

Het aantal euthanasies uitgevoerd in ziekenhuizen nam in 2019 toe (37,3%), na een daling in 2018.

In de overgrote meerderheid van de gevallen (84,2%) werd door de arts het overlijden verwacht binnen afzienbare termijn (terminale patiënt).

Bij de meerderheid van de patiënten werd zowel lichamelijk als psychisch lijden (niet te verwarren met psychiatrische aandoeningen) waargenomen (80,9%). Dit lijden was steeds het gevolg van één of meerdere ernstige en ongeneeslijke aandoeningen.

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

De voornaamste categorieën die aan de basis lagen van de uitgevoerde euthanasies waren nieuwvormingen/kanker (62%), polyopathie (17,9%) en ziekten van het zenuwstelsel (8,5%), ziekten van het bloedsomloopstelsel (3,6%), ziekten van de luchtwegen (2,8%), psychiatrische aandoeningen (1,1%), ziekten van het botspierstelsel en bindweefsel (1%) en cognitieve stoornissen (1%). Alle andere categorieën vertegenwoordigen 2,1% van de aandoeningen.

Verzoeken om euthanasie op basis van psychische- en gedragsstoornissen (psychiatrische aandoeningen zoals stemmingsstoornissen en cognitieve stoornissen zoals ziekte van Alzheimer worden verzameld in deze groep) bleven uitzonderlijk (2,1% van alle euthanasies). In al deze gevallen kon men vaststellen dat aan de wettelijke voorwaarden was voldaan (een wilsbekwame patiënt, een schriftelijk verzoek, een medisch uitzichtloze toestand, ondraaglijk aanhoudend en niet te lenigen lijden veroorzaakt door een ernstige en ongeneeslijke ziekte, een herhaald verzoek).

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

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

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

Sinds de euthanasiewet gebeurden er in Vlaanderen twee grote studies naar de aard en de praktijk van euthanasie en andere beslissingen bij het levenseinde⁶. De methodologie werd ontleend aan drie studies uitgevoerd in Nederland, o.a. door sterftegevallenonderzoek m.b.v. vragenlijsten, waarbij men zich niet heeft beperkt tot euthanasie maar tot alle beslissingen bij het levenseinde alsook de weigering van euthanasie⁷. Het is aan te bevelen om een volgende studie niet enkel in Vlaanderen uit te voeren, maar uit te breiden over gans België.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

D. Met betrekking tot de werking van de Commissie

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

Budget

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

Het is niet langer werkbaar dat de commissieleden voor hun controle vergoed worden met slechts € 20 per zitting waarbij op geen enkele wijze rekening gehouden wordt met het voorbereidend werk dat de commissieleden thuis verrichten. Veel van het werk dat door de Commissie gebeurt, wordt uitgevoerd op een voluntaristische basis. Dit in tegenstelling tot Nederland waar de vijf Regionale Toetsingscommissies samen over een globaal jaarlijks budget (van ruim vier miljoen euro) beschikken dat een veelvoud is van het budget van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie.

In Nederland wordt het werk van een commissielid gelijkgesteld aan 3 à 4 uur per week vergoed in de hoogste schaal, schaal 17, voor ambtenaren. Dit stemt overeen met een vergoeding van 7000 à 10.000 euro per jaar.

Elektronisch registratiedocument

Daarnaast is, gezien het grote aantal euthanasies dringend noodzakelijk om te beschikken over een elektronisch registratiedocument voor de meldende arts. Dit zal de werklast van de commissieleden en het secretariaat aanzienlijk verminderen, de elektronische dataverwerking vereenvoudigen en de ecologische voetafdruk verkleinen. De elektronisch registratie zal ook de leesbaarheid van de gegevens ten goede komen. De handgeschreven registraties vragen soms een grafologische studie.

Het gebrek aan een elektronisch registratiedocument dat via een beveiligde link naar het secretariaat van de Commissie kan worden verzonden is de oorzaak van tal van administratieve fouten in de registratiedocumenten. Ze verklaart het grote aantal dossiers waar deel 1 geopend moet worden om bijkomende informatie op te vragen omdat het dossier onvolledig is of onvoldoende informatie bevat om na te gaan of aan de grondvoorwaarden werd voldaan.

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

De ontwikkelingskost van een dergelijk document is hoog maar een voorstel van elektronisch formulier wordt aangevraagd sinds 2014.

Deel 4 Bijlagen

Bijlage 1: 28 mei 2002. Wet betreffende de euthanasie

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

HOOFDSTUK I. - Algemene bepalingen.

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

HOOFDSTUK II. - Voorwaarden en procedure.

Art. 3.

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 4. Het verzoek van de patiënt, alsook de instemming van de wettelijke vertegenwoordigers indien de patiënt minderjarig is, worden op schrift gesteld¹. Het document wordt opgesteld, gedateerd en getekend door de patiënt zelf. Indien de patiënt daartoe niet in staat is, gebeurt het op schrift stellen door een meerderjarige persoon die gekozen is door de patiënt en geen materieel belang mag hebben bij de dood van de patiënt.

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

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

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

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

Art. 3bis.

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

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

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

HOOFDSTUK III. - De wilsverklaring.

Art. 4.

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

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

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

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

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

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

De wilsverklaring is geldig voor onbepaalde duur.⁸

De wilsverklaring kan op elk moment aangepast of ingetrokken worden.

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

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

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

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

1. een andere arts raadplegen over de onomkeerbaarheid van de medische toestand van de patiënt en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier en onderzoekt de patiënt. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. Indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen brengt de behandelende arts deze vertrouwenspersoon op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging.
2. 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;

⁸ De alinea's gemarkeerd in artikel 4 en 14 van de wet zijn toegevoegd (of gewijzigd, met betrekking tot artikel 14, alinea 5 tot en met 7) door de wet van 15 maart 2020, die tot doel heeft de wetgeving met betrekking tot euthanasie te wijzigen. Deze wet, die op 2 april 2020 in werking is getreden, wordt niet beïnvloed door dit rapport.

3. 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;
4. indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen, het verzoek van de patiënt met hem bespreken;
5. indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen, de inhoud van de wilsverklaring bespreken met de naasten van de patiënt die door de vertrouwenspersoon zijn aangewezen.

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

HOOFDSTUK IV. - Aangifte.

Art. 5.

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

HOOFDSTUK V. - De Federale Controle- en Evaluatiecommissie.

Art. 6.

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

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

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

De leden van de commissie worden, met inachtneming van de taalpariteit - waarbij elke taalgroep minstens drie kandidaten van elk geslacht telt - en op grond van pluralistische vertegenwoordiging, bij een koninklijk besluit vastgesteld na

overleg in de Ministerraad, benoemd uit een dubbele lijst, voorgedragen door Kamer van volksvertegenwoordigers, voor een termijn van vier jaar, die kan worden verlengd. Het mandaat wordt van rechtswege beëindigd indien het lid de hoedanigheid waarin hij zetelt verliest. De kandidaten die niet als effectief lid zijn aangewezen, worden tot plaatsvervanger benoemd, in de orde van opvolging die volgens een lijst bepaald wordt. De commissie wordt voorgezeten door een Nederlandstalige en een Franstalige voorzitter. Deze voorzitters worden verkozen door de commissieleden van de desbetreffende taalgroep.

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

§ 3. De commissie stelt haar huishoudelijk reglement op

Art. 7.

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

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

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

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

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

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

Art. 8.

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

De commissie spreekt zich binnen twee maanden uit.

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

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

Art. 9.

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

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

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

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

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

Art. 10.

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

Art. 11.

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

Art. 12.

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

Art. 13.

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

HOOFDSTUK VI. - Bijzondere bepalingen.

Art. 14.

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

Geen arts kan worden gedwongen euthanasie toe te passen.

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

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

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

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

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

Art. 15.

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

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

Art. 16.

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

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

Brussel, 28 mei 2002.

ALBERT

Van Koningswege:

De Minister van Justitie,

M. VERWILGHEN

Met 's Lands zegel gezegeld:

De Minister van Justitie,

M. VERWILGHEN.

Wijziging(en)

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

Bijlage 2: leden van de Commissie

EFFECTIEVE LEDEN	PLAATSVERVANGENDE LEDEN
Als doctor in de geneeskunde, van wie er minstens vier docent, hoogleraar of emeritus hoogleraar zijn aan een Belgische universiteit	
De heer Chris Verslype (NL) De heer Didier Giet (FR) De heer Etienne De Groot (NL) De heer Wim Distelmans (NL) - Nederlandstalig voorzitter De heer Philippe Boxho (FR) De heer Charles Kornreich (FR) - ontslagnemend Mevrouw Corinne Vaysse-Van Oost (FR) Mevrouw Anne Desodt (NL).	De heer Maurice Sosnowski (FR) De heer Dominique Lossignol (FR) Mevrouw Marie-Élisabeth Faymonville (FR) De heer Marco Schetgen (FR) De heer Luc Proot (NL) Mevrouw Michèle Morret-Rauis (FR) Mevrouw Muriel Thienpont (NL) De heer Ludo Vanopdenbosch (NL) - ontslagnemend
Als docent, hoogleraar of emeritus hoogleraar in de rechten aan een Belgische universiteit of advocaat	
De heer Christophe Lemmens (NL) Mevrouw Jacqueline Herremans (FR) De heer Gilles Genicot (FR) - Franstalig voorzitter De heer Walter De Bondt (NL)	De heer Yves-Henri Leleu (FR) De heer Gerd Verschelden (NL) De heer Tom Balthazar (NL) De heer Marc Van Overstraeten (FR)
Als leden uit kringen die belast zijn met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten:	
Mevrouw Magali de Jonghe (NL) Mevrouw Thérèse Locoge (FR) Mevrouw Chantal Gilbert (FR) Mevrouw Jacinta De Roeck (NL)	Mevrouw Géraldine Mathieu (FR) De heer Paul Destrooper (NL) Mevrouw Magriet De Maegd (NL) Mevrouw Arlette Geuens (NL)

FCEE

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie

Secretariaat van de Commissie.

Victor Hortaplein 40/10

1060 Brussel - België

euthanasiacom@health.fgov.be

www.euthanasiacommissie.be

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

De digitale versie van deze brochure is beschikbaar op: www.euthanasiacommissie.be rubriek Publicatie

Gedrukt met plantaardige inkt op papier met Ecolabel.

Deze brochure bestaat ook in het Frans: www.commissionneuthanasie.be rubrique Publications