

A photograph of a Zen garden featuring smooth, dark grey stones arranged on a bed of light-colored sand. The sand is raked into concentric, wavy patterns around the stones, creating a sense of calm and order. The lighting is soft, highlighting the textures of the sand and the smooth surfaces of the stones.

**Federale Controle- en Evaluatiecommissie
Euthanasie
11^{de} verslag aan de wetgevende kamers
(jaren 2022-2023)**

Inleiding

Dit verslag heeft betrekking op de door de Commissie onderzochte registratiedocumenten die ingediend zijn in de periode tussen 1 januari 2022 en 31 december 2023.

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 2022 tot en met 2023.
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 de lijst van de leden van de Commissie.

Dit verslag is opgesteld:

- door commissie leden
 - Distelmans Wim
 - Hamarat Natasia
 - Herremans Jacqueline
 - Proot Luc
- en door het secretariaat van de Commissie

Dit verslag werd besproken en unaniem goedgekeurd tijdens de plenaire vergadering van 10 december 2024 door de leden die in 2023 waren benoemd. Vanwege hun late benoeming onthielden de in november 2024 benoemde leden zich van stemming.

Inleiding	2
Deel 1 Euthanasie in cijfers (2022-2023)	4
Deel 2 Beschrijving en evaluatie van de toepassing van de wet (2022-2023)	10
A. Werking van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie betreffende de euthanasie	10
1) De samenstelling van de Commissie	10
2) De opdracht van de Commissie	10
3) De concrete werking van de Commissie	11
B. Evaluatie van de euthanasiepraktijk	12
1) Het aantal aangiftes	12
2) De taal waarin de registratiedocumenten zijn opgesteld	14
3) De leeftijd van de patiënten	15
4) De plaats waar de euthanasie werd uitgevoerd	17
5) Euthanasie op basis van een voorafgaande wilsverklaring euthanasie	17
6) Te verwachten termijn voor overlijden	18
7) De aandoeningen die aan de basis lagen van euthanasie	19
8) Het opgegeven lijden	21
9) De multidisciplinaire aanpak bij de uitklaring van een euthanasieverzoek	22
10) De wijze waarop de euthanasie werd uitgevoerd en de gebruikte middelen	25
11) De beslissingen van de Commissie	27
C. Specifieke evaluatie van geselecteerde patiëntencategorieën	28
1) Patiënten met polypathologie	28
2) Patiënten met dementie	31
3) Patiënten die lijden aan een psychiatrische aandoening	32
4) Patiënten woonachtig in het buitenland	34
5) Orgaandonatie na euthanasie	35
D. Wetswijzigingen ten gevolge van het arrest van het EHRM en het Grondwettelijk hof	35
E. Besluit	35
Deel 3 Aanbevelingen van de Commissie	37
A. Dringende aanbevelingen	37
B. Aanbevelingen op lange termijn: een specifieke afdeling voor euthanasie	38
Deel 4 Bijlagen	40

Deel 1

Euthanasie in cijfers (2022-2023)

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

	2022	2023	TOTAAL
TOTAAL	2966	3423	6389
NL	2089 (70,4%)	2422 (70,8%)	4511 (70,6%)
FR	877 (29,6%)	1001 (29,2%)	1878 (29,4%)

Genderverdeling van de patiënten

	2022	2023	TOTAAL
TOTAAL	2966	3423	6389
Mannen	1494 (50,4%)	1662 (48,5%)	3156 (49,4%)
Vrouwen	1472 (49,6%)	1761 (51,5%)	3233 (50,6%)

Leeftijdverdeling van de patiënten

	2022	2023	TOTAAL
TOTAAL	2966	3423	6389
Minder dan 18 jaar	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)
18-29 jaar	8 (0,3%)	8 (0,2%)	16 (0,3%)
30-39 jaar	27 (0,9%)	30 (0,9%)	57 (0,9%)
40-49 jaar	63 (2,1%)	83 (2,4%)	146 (2,3%)
50-59 jaar	217 (7,3%)	256 (7,5%)	473 (7,4%)
60-69 jaar	577 (19,5%)	625 (18,3%)	1202 (18,8%)
70-79 jaar	823 (27,7%)	980 (28,6%)	1803 (28,2%)
80-89 jaar	867 (29,2%)	952 (27,8%)	1819 (28,5%)
90-99 jaar	370 (12,5%)	467 (13,6%)	837 (13,1%)
100 jaar en meer	14 (0,5%)	21 (0,6%)	35 (0,5%)

Plaats van de uitvoering van de euthanasie

	2022	2023	TOTAAL
TOTAAL	2966	3423	6389
Thuis	1498 (50,5%)	1664 (48,6%)	3162 (49,5%)
Ziekenhuis	943 (31,8%)	1096 (32%)	2039 (31,9%)
(Palliatieve dienst van het ziekenhuis)	231 (7,8%)	209 (6,1%)	440 (6,9%)
Woonzorgcentra (WZC)	486 (16,4%)	601 (17,6%)	1087 (17%)
Andere	39 (1,3%)	62 (1,8%)	101 (1,6%)

De aard van het verzoekschrift

	2022	2023	TOTAAL
TOTAAL	2966	3423	6389
Actueel verzoek	2947 (99,4%)	3404 (99,4%)	6351 (99,4%)
Voorafgaande wilsverklaring euthanasie	19 (0,6%)	19 (0,6%)	38 (0,6%)

Te verwachten termijn van overlijden

	2022	2023	TOTAAL
TOTAAL	2966	3423	6389
Binnen afzienbare termijn (Terminaal - Term.)	2453 (82,7%)	2710 (79,2%)	5163 (80,8%)
Niet binnen afzienbare termijn (Niet-terminaal - N-term.)	513 (17,3%)	713 (20,8%)	1226 (19,2%)

Aandoeningen die aan de basis lagen van het euthanasieverzoek

	2022	2023	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	2966	3423	6389
Nieuwvormingen (kankers)	1776 (59,9%)	1899 (55,5%)	3675 (57,5%)
Polypathologie (combinatie van verschillende chronische en ongeneeslijke aandoeningen)	582 (19,6%)	793 (23,2%)	1375 (21,5%)
Ziekten van zenuwstelsel	264 (8,9%)	330 (9,6%)	594 (9,3%)
Ziekten van hart- en vaatstelsel	109 (3,7%)	110 (3,2%)	219 (3,4%)
Ziekten van ademhalingsstelsel	88 (3%)	103 (3%)	191 (3%)
Cognitieve stoornissen (dementiële syndromen)	42 (1,4%)	41 (1,2%)	83 (1,3%)
Psychiatrische aandoeningen	26 (0,9%)	48 (1,4%)	74 (1,2%)
Ziekten van bot-spierstelsel en bindweefsel	16 (0,5%)	23 (0,7%)	39 (0,6%)
Letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	13 (0,4%)	22 (0,6%)	35 (0,5%)
Ziekten van spijsverteringsstelsel	16 (0,5%)	12 (0,4%)	28 (0,4%)
Ziekten van urogenitaal stelsel	8 (0,3%)	11 (0,3%)	19 (0,3%)
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen niet elders geassocieerd	5 (0,2%)	10 (0,3%)	15 (0,2%)
Bepaalde infectieziekten en parasitaire aandoeningen	7 (0,2%)	4 (0,1%)	11 (0,2%)
Aandoeningen van oog en adnexen	3 (0,1%)	8 (0,2%)	11 (0,2%)
Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen	4 (0,1%)	4 (0,1%)	8 (0,1%)
Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoom afwijkingen	3 (0,1%)	4 (0,1%)	7 (0,1%)
Ziekten van bloed, bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen die het immuunsysteem beïnvloeden	3 (0,1%)	1 (0%)	4 (0,1%)
Ziekten van oor en processus mastoideus	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)

	2022	2023	TOTAAL
De categorieën van de aandoeningen die aan de basis lagen van het euthanasieverzoek, patiënt NIET-terminaal (N-Term).			
TOTAAL	513	713	1226
Polypathologie (combinatie van verschillende chronische en ongeneeslijke aandoeningen)	239 (46,6%)	372 (52,2%)	611 (49,9%)
Ziekten van zenuwstelsel	114 (22,2%)	141 (19,8%)	255 (20,8%)
Cognitieve stoornissen (dementiële syndromen)	41 (8%)	35 (4,9%)	76 (6,2%)
Psychiatrische aandoeningen	24 (4,7%)	48 (6,7%)	72 (5,9%)
Ziekten van hart- en vaatstelsel	33 (6,4%)	35 (4,9%)	68 (5,5%)
Nieuwvormingen (kankers)	16 (3,1%)	18 (2,5%)	34 (2,8%)
Ziekten van bot-spierstelsel en bindweefsel	15 (2,9%)	18 (2,5%)	33 (2,7%)
Ziekten van ademhalingsstelsel	8 (1,6%)	15 (2,1%)	23 (1,9%)
Letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	7 (1,4%)	9 (1,3%)	16 (1,3%)
Aandoeningen van oog en adnexen	1 (0,2%)	8 (1,1%)	9 (0,7%)
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen niet elders geassocieerd	3 (0,6%)	6 (0,8%)	9 (0,7%)
Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoom afwijkingen	3 (0,6%)	3 (0,4%)	6 (0,5%)
Ziekten van spijsverteringsstelsel	3 (0,6%)	2 (0,3%)	5 (0,4%)
Bepaalde infectieziekten en parasitaire aandoeningen	2 (0,4%)	1 (0,1%)	3 (0,2%)
Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen	1 (0,2%)	2 (0,3%)	3 (0,2%)
Ziekten van urogenitaal stelsel	1 (0,2%)	0 (0%)	1 (0,1%)
Ziekten van oor en processus mastoideus	1 (0,2%)	0 (0%)	1 (0,1%)
Ziekten van bloed, bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen die het immuunsysteem beïnvloeden	1 (0,2%)	0 (0%)	1 (0,1%)

	Term 2022	N-Term 2022	Term 2023	N-Term 2023	TOTAAL Term	TOTAAL N-Term
De categorieën van de aandoeningen die aan de basis lagen van het euthanasieverzoek volgens de te verwachten termijn van overlijden						
TOTAAL	2453	513	2710	713	5163	1226
Nieuwvormingen (kankers)	1760 (99,1%)	16 (0,9%)	1881 (99,1%)	18 (0,9%)	3641 (99,1%)	34 (0,9%)
Polypathologie (combinatie van verschillende chronische en ongeneeslijke aandoeningen)	343 (58,9%)	239 (41,1%)	421 (53,1%)	372 (46,9%)	764 (55,6%)	611 (44,4%)
Ziekten van zenuwstelsel	150 (56,8%)	114 (43,2%)	189 (57,3%)	141 (42,7%)	339 (57,1%)	255 (42,9%)
Ziekten van hart- en vaatstelsel	76 (69,7%)	33 (30,3%)	75 (68,2%)	35 (31,8%)	151 (68,9%)	68 (31,1%)
Ziekten van ademhalingsstelsel	80 (90,9%)	8 (9,1%)	88 (85,4%)	15 (14,6%)	168 (88%)	23 (12%)
Cognitieve stoornissen (dementiële syndromen)	1 (2,4%)	41 (97,6%)	6 (15%)	35 (85%)	7 (8,4%)	76 (91,6%)
Psychiatrische aandoeningen	2 (7,7%)	24 (92,3%)	0 (0%)	48 (100%)	2 (2,7%)	72 (97,3%)
Ziekten van bot-spierstelsel en bindweefsel	1 (6,3%)	15 (93,8%)	5 (21,7%)	18 (78,3%)	6 (15,4%)	33 (84,6%)
Letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	6 (46,2%)	7 (53,8%)	13 (59,1%)	9 (40,9%)	19 (54,3%)	16 (45,7%)
Ziekten van spijsverteringsstelsel	13 (81,3%)	3 (18,8%)	10 (83,3%)	2 (16,7%)	23 (82,1%)	5 (17,9%)
Ziekten van urogenitaal stelsel	7 (87,5%)	1 (12,5%)	11 (100%)	0 (0%)	18 (94,7%)	1 (5,3%)
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen niet elders geassocieerd	2 (40%)	3 (60%)	4 (40%)	6 (60%)	6 (40%)	9 (60%)
Bepaalde infectieziekten en parasitaire aandoeningen	5 (71,4%)	2 (28,6%)	3 (75%)	1 (25%)	8 (72,7%)	3 (27,3%)
Aandoeningen van oog en adnexen	2 (66,7%)	1 (33,3%)	-	8 (100%)	2 (18,2%)	9 (81,8%)
Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen	3 (75%)	1 (25%)	2 (50%)	2 (50%)	5 (62,5%)	3 (37,5%)
Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoom afwijkingen	-	3 (100%)	1 (25%)	3 (75%)	1 (14,3%)	6 (85,7%)
Ziekten van bloed, bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen die het immuunsysteem beïnvloeden	2 (66,7%)	1 (33,3%)	1 (100%)	-	3 (75%)	1 (25%)
Ziekten van oor en processus mastoideus	-	1 (100%)	-	-	-	1 (100%)

Opgegeven lijden

	2022	2023	TOTAAL
TOTAAL	2966	3423	6389
Lijden, zowel fysiek als psychisch tegelijkertijd gerapporteerd	2147 (72,4%)	2608 (76,2%)	4755 (74,4%)
Alleen fysiek lijden gerapporteerd	753 (25,4%)	749 (21,9%)	1502 (23,5%)
Alleen psychisch lijden gerapporteerd (Zowel bij psychiatrische als somatische aandoeningen)*	66 (2,2%)	66 (1,9%)	132 (2,1%)

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

Hoedanigheid van de verplicht te raadplegen artsen

	2022	2023	TOTAAL
Hoedanigheid van de verplicht te raadplegen artsen			
TOTAAL	2966	3423	6389
Huisarts	2147 (72,4%)	2608 (76,2%)	4755 (74,4%)
Specialist	753 (25,4%)	749 (21,9%)	1502 (23,5%)
Psychiater	66 (2,2%)	66 (1,9%)	132 (2,1%)

Bijkomende opleiding gevolgd/% van totaal eerste arts geraadpleegd

LEIF-EOL	1112 (37,5%)	1313 (38,4%)	2425 (38%)
Palliatieve zorg	317 (10,7%)	362 (10,6%)	679 (10,6%)
LEIF/EOL + Palliatieve zorg	146 (4,9%)	234 (6,8%)	380 (5,9%)

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

TOTAAL	512*	713	1225
Psychiater	283 (55,2%)	365 (51,2%)	648 (52,9%)
Specialist	229 (44,6%)	348 (48,8%)	577 (47,1%)

*Een patiënt heeft formeel een consultatie bij een 2^{de} arts geweigerd

Bijkomende opleiding gevolgd/% van totaal tweede arts geraadpleegd

LEIF-EOL	168 (32,8%)	236 (33,1%)	404 (33%)
Palliatieve zorg	14 (2,7%)	23 (3,2%)	37 (3%)
LEIF/EOL + Palliatieve zorg	12 (2,3%)	11 (1,5%)	23 (1,9%)

Gebruikte middelen

	2022	2023	TOTAAL
TOTAAL	2966	3423	6389
Thiopental + spierrelaxans intraveneus	1844 (62,2%)	1246 (36,4%)	3090 (48,4%)
Thiopental intraveneus	936 (31,6%)	594 (17,4%)	1530 (23,9%)
Propofol+ spierrelaxans intraveneus	148 (5%)	1550 (45,3%)	1698 (26,6%)
Barbituraat per os (oraal)	16 (0,5%)	6 (0,2%)	22 (0,3%)
Morfine en/of anxiolyticum + spierrelaxans intraveneus	11 (0,4%)	20 (0,6%)	31 (0,5%)
Andere (bijv. Thiopental + Propofol)	11 (0,4%)	7 (0,2%)	18 (0,3%)

Klassiek gebeurt de uitvoering van een euthanasie in verschillende stappen. De coma-inductie, die meestal gebeurt met een barbituraat (vb.: Thiopental of Propofol), 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).

Beslissingen van de la Commissie

	2022	2023	TOTAAL
TOTAAL	2966	3423	6389
Aanvaarding zonder meer	2210 (74,5%)	2534 (74%)	4744 (74,3%)
Opening van deel I voor administratieve redenen	339 (11,4%)	453 (13,2%)	792 (12,4%)
Opening van deel I voor opmerking(en)	264 (8,9%)	260 (7,6%)	524 (8,2%)
Opening van deel I voor preciseringen over procedure of voorwaarden	153 (5,2%)	176 (5,1%)	329 (5,1%)
Verwijzing naar de procureur des Konings	0	0	0

- *Aanvaarding zonder meer* betekent dat volgens alle aanwezige leden van de Commissie het registratiedocument was ingevuld, dat er aan alle voorwaarden was voldaan en dat de procedure correct werd gevolgd.
- *Opening van deel I voor van administratieve redenen* betekent dat bvb. datum en/of plaats van overlijden, de hoedanigheid van de geraadpleegde artsen en/of de gebruikte middelen voor de euthanasie niet werden vermeld in het registratiedocument maar dat aan alle voorwaarden was voldaan en de procedure correct werd gevolgd.
- *Opening van deel I voor precisering over procedure of voorwaarden.* 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 opmerking(en)* 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.

Deel 2

Beschrijving en evaluatie van de toepassing van de wet (2022-2023)

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 delen¹ 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.

1) 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 twee 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.

2) 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.

¹ De structuur van het registratiedocument werd gewijzigd naar aanleiding van de opheffing van de anonimiteit in de wetwijziging van de wet betreffende Euthanasie (27 maart 2024) (geen onderscheid meer tussen 2 delen, opheffing van de anonimiteit van persoonsgegevens voor de Commissie). Deze wijziging heeft geen betrekking op de gegevens van 2022-2023, toen was het onderscheid tussen beide delen nog steeds van kracht. Dit onderwerp zal dan ook worden besproken in het volgende tweejaarlijkse rapport van de Commissie.

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.

3) De concrete werking van de Commissie

De beoordeling van de registratiedocumenten – ongeveer tussen 300 en 350 per vergadering – gebeurt in twee stappen: voorafgaandelijk en individueel en vervolgens tijdens de maandelijkse vergadering. Deze werkwijze garandeert dat alle dossiers grondig worden bestudeerd.

a. Voorafgaandelijke en individuele beoordeling

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

b. 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 (74,3%).

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

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

Een commissielid dat betrokken was bij een te beoordelen euthanasie is niet aanwezig op het moment dat het dossier besproken wordt en neemt geen deel aan de besluitvorming. Zoals bepaald in Art. 8 van de wet als in de versie die van kracht was voor april 2024: "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."

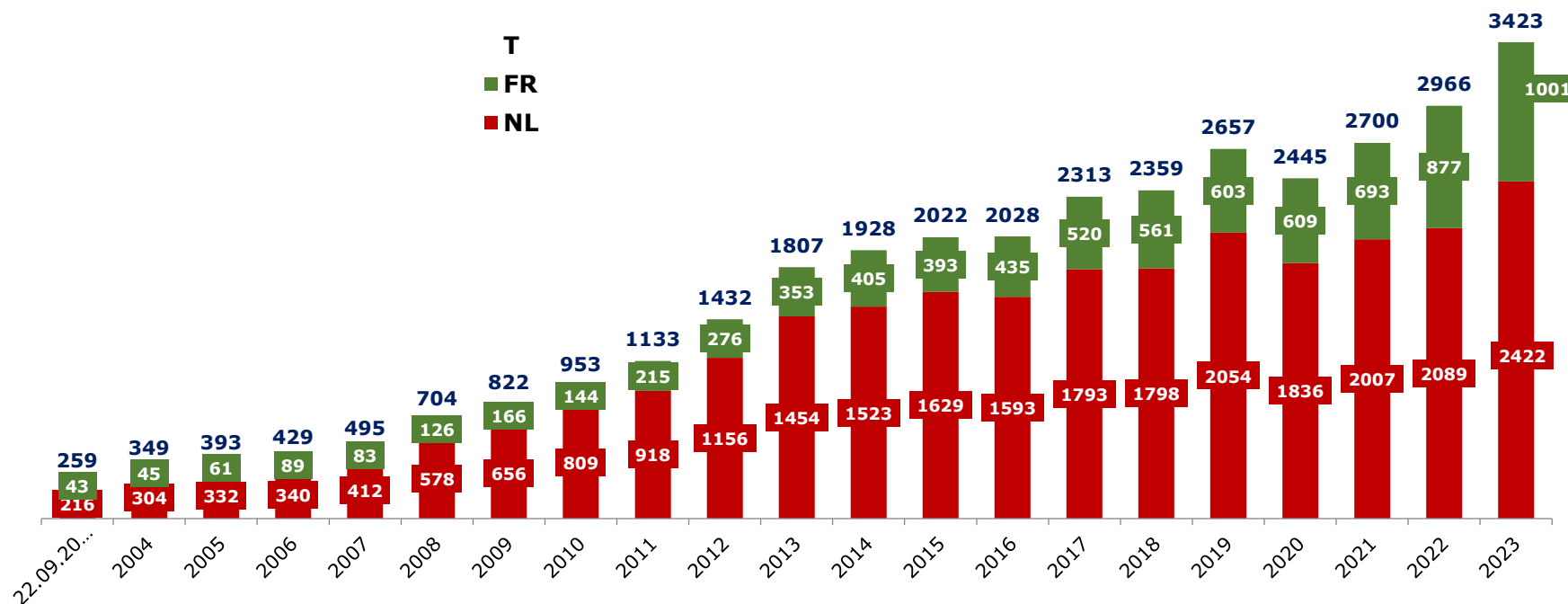
In 2022 - 2023 vergaderde de Commissie maandelijks, met uitzondering van de zomervakantie gedurende dewelke slechts éénmaal vergaderd werd.

c. Huishoudelijk reglement

De interne werking van de commissie wordt mede geregeld in het huishoudelijk reglement. Men kan dit terugvinden op de website www.euthanasiecommissie.be.

B. Evaluatie van de euthanasiepraktijk

1) Het aantal aangiftes



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 de geboorteplaats 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. Het invullen van de woonplaats (België, provincie of land) wordt sinds 2021 gevraagd in deel II. Deze rubriek is echter niet verplicht, het is dus onmogelijk om exacte statistieken af te leiden (sommige artsen kiezen er namelijk voor deze vraag niet te beantwoorden).

% meer ontvangen registratiedocumenten in vergelijking met het voorgaande jaar.



Het aandeel aangegeven sterfgevallen door euthanasie dat in 2022-2023 werd gemeld, bedroeg 2,8% van alle sterfgevallen in ons land (N= 227 756 bron StatBel).

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Aantal overlijdens in België	104.509	105.094	104.247	109.034	109.295	104.723	110.508	108.056	109.629	110.645	108.745	126.850	112.291	116.380	111.376
Aantal ontvangen registratiedocumenten	822	953	1133	1432	1807	1928	2022	2028	2313	2359	2657	2444	2700	2966	3423
Verhouding overlijden door euthanasie	0,8	0,9	1,1	1,3	1,7	1,8	1,8	1,9	2,1	2,1	2,4	1,9	2,4	2,5	3,1

Sinds de start van de euthanasiewet (22 september 2002) is het aantal ontvangen registratiedocumenten manifest toegenomen en kent men in 2023 (20 jaar na 2003, waarin voor het eerst een volledig jaar werd geregistreerd) een toename (respectievelijk van 349 tot 3423 documenten). De jaarlijkse toename werd tweemaal onderbroken: in 2016 was er geen opvallende stijging (2028 documenten tegenover 2022 in 2015) en in 2020 werd er zelfs een daling geobserveerd (2444 documenten versus 2657 in 2019). De stagnatie in 2016 zou kunnen verklaard worden doordat in 2015 voor het eerst (en voorlopig ook de enige keer) een betwist dossier door de

Commissie unaniem aan het Openbaar Ministerie werd overgedragen. De afname in 2020 kan dan weer worden uitgelegd door de lockdown (start maart 2020) van de coronacrisis en wellicht ook door het assisenproces "Tine Nys"²

Ondanks deze observaties is het belangrijk op te merken dat er tot op heden geen wetenschappelijk onderzoek is gebeurd naar de factoren die ten grondslag liggen aan deze variaties. De publieke perceptie en de sociale impact van deze juridische gebeurtenissen vereisen een diepgaande analyse om de dynamiek die hier speelt beter te begrijpen.

In het licht van de covid 19 crisis het ook essentieel om na te gaan in hoeverre de patiëntenrechten worden gerespecteerd in dergelijke crisisperiodes, het onderstreept de noodzaak om na te denken over medische praktijken om onder alle omstandigheden respect te hebben voor beslissingen en wensen met betrekking tot het levenseinde en deze te garanderen.

Ook in Nederland - het enige land met een vergelijkbare euthanasiewet die bovendien in hetzelfde jaar (2002) als in België van start ging - werd een jaarlijkse toename waargenomen. In 2023 bedroeg het aantal registratiedocument van euthanasie 9068 wat overeenkomt met 5.4% van de overlijdens. In België ging het in 2023 over 3.1 % van alle overlijdens (3423 geregistreerde euthanasies op 111.255 sterfgevallen).³

Hoewel een aantal studies deze toename hebben onderzocht, zijn verschillende factoren achter deze stijging nog niet opgehelderd. Dit kan o.a. het gevolg zijn van de groeiende bekendheid bij burgers en zorgverleners van de wettelijke bepalingen met betrekking tot het levenseinde die toelaten dat ernstig ongeneeslijke zieke patiënten zelf kunnen beslissen om ondraaglijk en onbehandelbaar lijden te laten beëindigen. Deze toegenomen belangstelling voor wettelijk geregelde opties met betrekking tot het levenseinde kan verband houden met een toename van het aantal palliatieve sedaties, wat veel frequenter wordt toegepast dan euthanasie. Deze ontwikkelingen benadrukken de noodzaak van een diepgaande analyse om deze praktijken in kaart te brengen.

2) De taal waarin de registratiedocumenten zijn opgesteld

De verhouding Nederlandstalige/Franstalige registratiedocumenten blijft aanzienlijk: 70,6% en 29,4%, dit ondanks de blijvende stijging van het aantal Franstalige dossiers. Het totaal aantal geregistreerde euthanasies in het Nederlands ging van 2007 in 2021 naar 2422 in 2023, het aantal Franstalige registratiedocumenten steeg van 693 in 2021 naar 1001 in 2023

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.

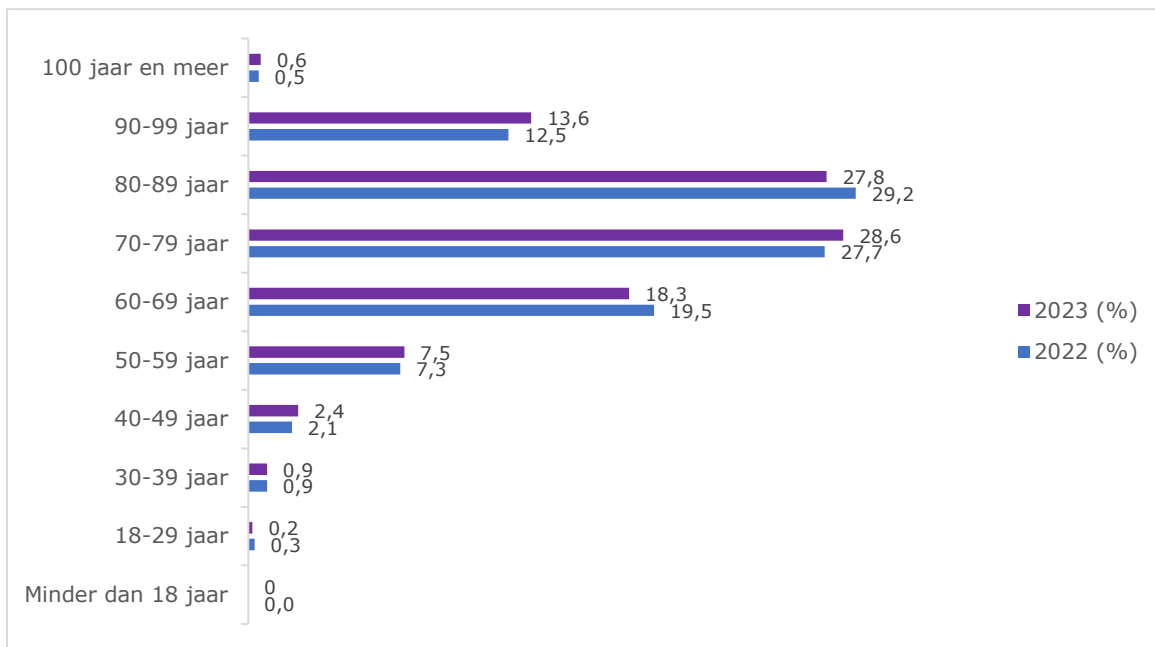
De Commissie beschikt niet over de nodige elementen noch middelen die toelaten deze onevenredigheid te onderzoeken noch te verklaren. Wel stelt ze vast dat zowel de bevolking als artsen op een verschillende wijze worden geïnformeerd. Mogelijke verklaringen zijn het feit dat aan Franstalige zijde de universitaire en postgraduaat opleidingen met betrekking tot het levenseinde later werden ingericht dan aan Nederlandstalige zijde, en dat er verschillen bestaan in sociaal-culturele attitudes in het noorden en zuiden van het land waardoor verschillen in levenseindezorg zijn ontstaan.

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 deze onevenredigheid tussen de Nederlandstalige en de Franstalige registratiedocumenten aan het licht te brengen en te verklaren.

² Vande Castele, L, Distelmans, W. [Is de houding van LEIFartsen veranderd na het euthanasieproces? Bevraging van LEIFartsen in februari 2021 na het proces Tine Nys](https://forum-palliatieve-zorg-website.cdn.prismic.io/forum-palliatieve-zorg-website/81913c70-6538-4756-bfe4-cd0283a1b475_PEILER18_APR2021_lowres.pdf). Huisartsnu, 1, 2022. https://forum-palliatieve-zorg-website.cdn.prismic.io/forum-palliatieve-zorg-website/81913c70-6538-4756-bfe4-cd0283a1b475_PEILER18_APR2021_lowres.pdf

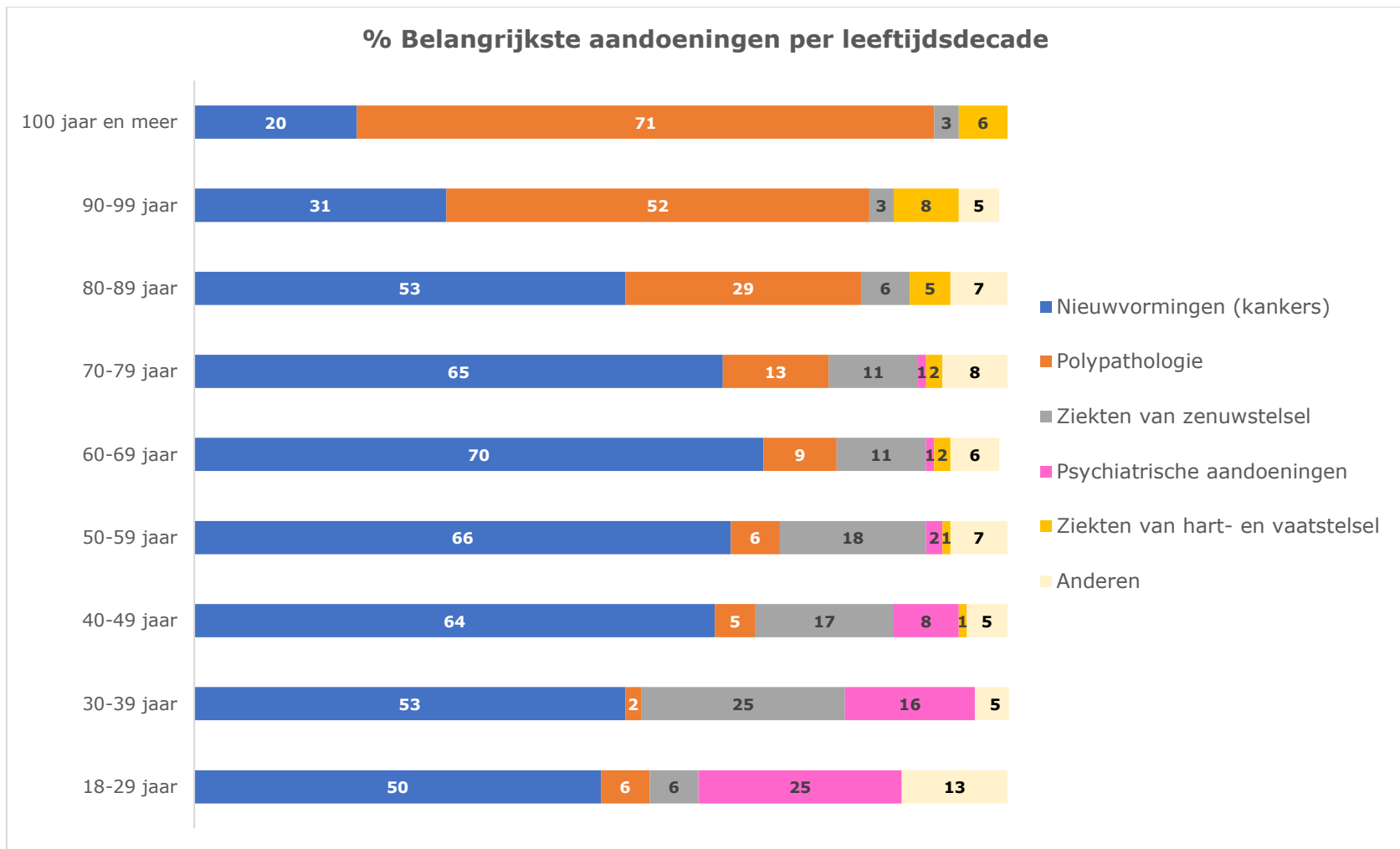
³ Het is ook interessant om het geval van Quebec (wet aangenomen in 2014 en in werking getreden in 2015) en Canada (wet aangenomen in 2016) te onderzoeken, waar medische hulp bij overlijden wordt geboden. Deze terminologie omvat ook het begrip 'euthanasie'. We zien een evolutie in medische hulp bij overlijden, die soms groter is dan in België of Nederland. Zo vertegenwoordigde medische hulp bij overlijden (Engels acroniem MAID, Frans AMM) in 2019 bijvoorbeeld 2% van alle sterfgevallen, en in 2022 was dit 4,1%. In Quebec is de stijging nog opvallender: van 0,3% in de periode 2015-2016 naar 6,8% in de periode 2022-2023.

3) De leeftijd van de patiënten



Euthanasie bij patiënten jonger dan 40 jaar is zeer beperkt. Het zijn vooral patiënten in de leeftijdsgroepen van 60, 70 en 80 die om euthanasie verzochten. De leeftijdsgroep van de 80-plussers blijft de belangrijkste groep wat ook overeenkomt met het significante aantal sterfgevallen in deze leeftijdscategorie (cijfers 2022-2023, Bron StatBel).

Belangrijkste aandoeningen per leeftijdsdecade												
	Nieuwvormingen (kankers)		Polypathologie		Ziekten van zenuwstelsel		Psychiatrische aandoeningen		Ziekten van hart- en vaatstelsel		Anderen	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
18-29 jaar	8	50	1	6	1	6	4	25	0	0	2	13
30-39 jaar	30	53	1	2	14	25	9	16	0	0	3	5
40-49 jaar	93	64	7	5	25	17	12	8	1	1	8	5
50-59 jaar	310	66	29	6	86	18	11	2	6	1	31	7
60-69 jaar	846	70	106	9	136	11	16	1	22	2	76	6
70-79 jaar	1165	65	240	13	200	11	12	1	33	2	153	8
80-89 jaar	958	53	528	29	110	6	6	0	84	5	133	7
90-99 jaar	257	31	438	52	21	3	4	0	71	8	46	5
100 jaar en meer	7	20	25	71	1	3	0	0	2	6	0	0

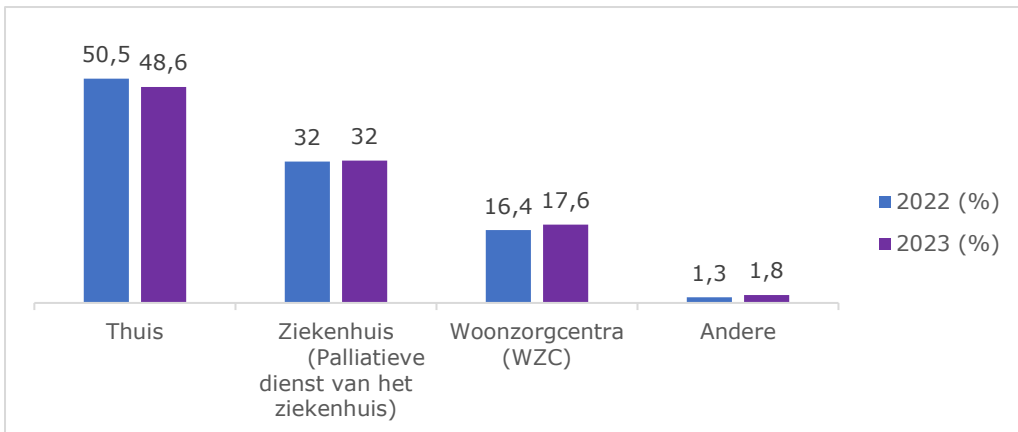


Euthanasie bij minderjarige patiënten

Voor minderjarige patiënten gelden er een aantal specifieke voorwaarden waarvan het oordeelvermogen de belangrijkste is. De procedure kan uitsluitend met goedkeuring van de wettelijke vertegenwoordigers, er moet een actueel verzoek zijn en psychisch lijden (als gevolg van psychiatrische aandoeningen) is uitgesloten. Euthanasie kan hier ook enkel indien de minderjarige binnen afzienbare termijn gaat overlijden.

In de periode van 2020 - 2021, heeft de commissie één registratiedocument van een euthanasie bij een minderjarige patiënt ontvangen. Sinds de uitbreiding van de wet in 2014 voor minderjarigen komt dit aantal op 5.

4) De plaats waar de euthanasie werd uitgevoerd



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

Sinds 2022 is het percentage euthanasies dat wordt uitgevoerd in ziekenhuizen en eenheden voor palliatieve zorg gestegen (31,9% tegen 30,4%). Het percentage euthanasie dat thuis plaatsvond neemt af (49% tegen 54,3%), terwijl het percentage euthanasies in woon- zorgcentra blijft toenemen (17% tegen 13,4%).

5) 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 mag het verzoek, in het bijzijn van de arts, op schrift worden opgesteld door een derde meerderjarige persoon die gekozen wordt door de patiënt en die geen materieel belang mag hebben bij zijn dood. De reden waarom de patiënt niet in staat is om zelf zijn verzoek op schrift te stellen wordt in het document vermeld.

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

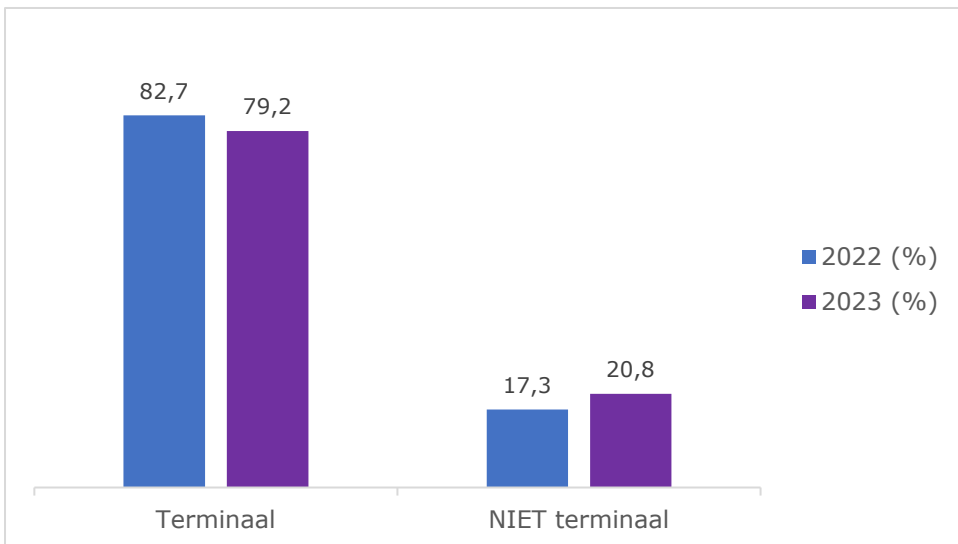
In een aantal gevallen wordt euthanasie uitgevoerd op basis van een voorafgaande wilsverklaring. In dit geval gaat het om euthanasie bij een patiënt die lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke aandoening, die niet meer bij bewustzijn is, en deze situatie, volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar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

Een voorbeeld van een voorafgaande wilsverklaring is beschikbaar op de website www.euthanasiecommissie.be, 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 2022-2023 heeft de Commissie 38 registratiedocumenten op basis van een voorafgaande wilsverklaring euthanasie ontvangen, wat overeenkomt met minder dan 1% van de euthanasies die in deze periode zijn aangegeven. De meerderheid van de aandoeningen waaraan deze patiënten leden waren maligne tumoren en cerebrovasculaire aandoeningen (hersentrombosen en hersenbloedingen).

6) Te verwachten termijn voor overlijden



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

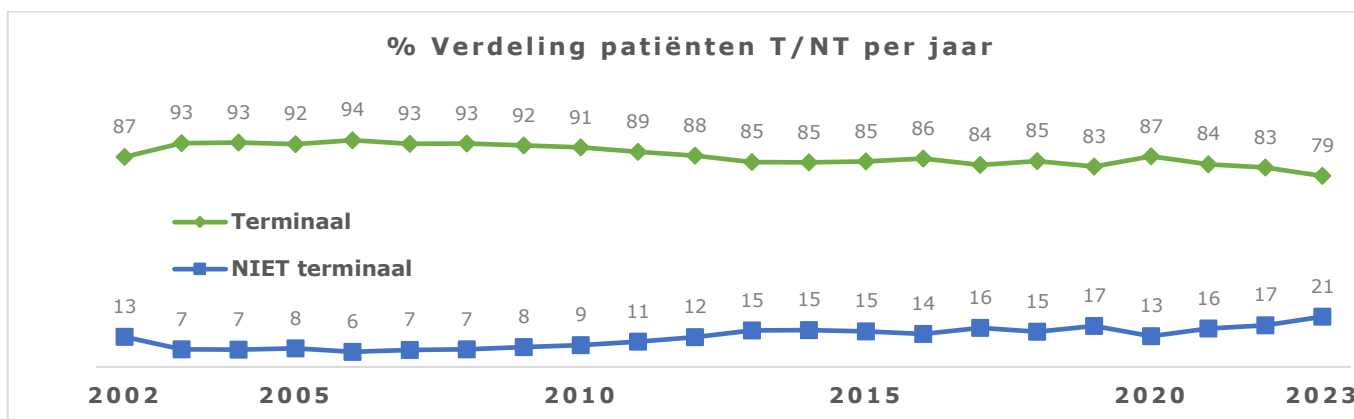
De Commissie is van oordeel dat de patiënt "niet binnen afzienbare termijn" zal overlijden wanneer verwacht wordt dat de patiënt niet binnen de komende weken of maanden zal overlijden. In de praktijk betekent dit dat enkel bij niet-evolutieve of erg langzaam evoluerende aandoeningen deze specifieke procedure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

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

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

Het aantal patiënten die niet binnen afzienbare termijn zal komen te overlijden

Ook in 2022 en 2023 stelt men een verdere langzame toename vast van het aantal patiënten dat als niet binnen afzienbare termijn zullen overlijden wordt beschouwd. In 2022 bedroeg dit nog 17% en in 2023 21% van het totaal aantal patiënten dat euthanasie onderging.



Sinds het in voege treden van de wet stelt men vast dat het aantal patiënten die niet binnen afzienbare termijn zullen overlijden en die euthanasie hebben gekregen verdrievoudigd is nl. gestegen is van 7% in 2003 naar 21% in 2023.⁴

De groep van patiënten die als niet binnen afzienbare termijn zullen overlijden werden beschouwd bestaat voor de helft uit patiënten met een polypathologie, terwijl het aantal oncologische patiënten die als niet binnen afzienbare termijn zullen overlijden werden beschouwd beperkt is tot 2,8% (ofwel 34 patiënten of 0,5% van het totaal aantal patiënten die in de periode 2022 – 2023 euthanasie hebben ondergaan).

7) De aandoeningen die aan de basis lagen van euthanasie

Herinnering

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". ICD-10-CM is een gesloten classificatiesysteem dat slechts één plaats voorziet om een aandoening te classificeren.

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

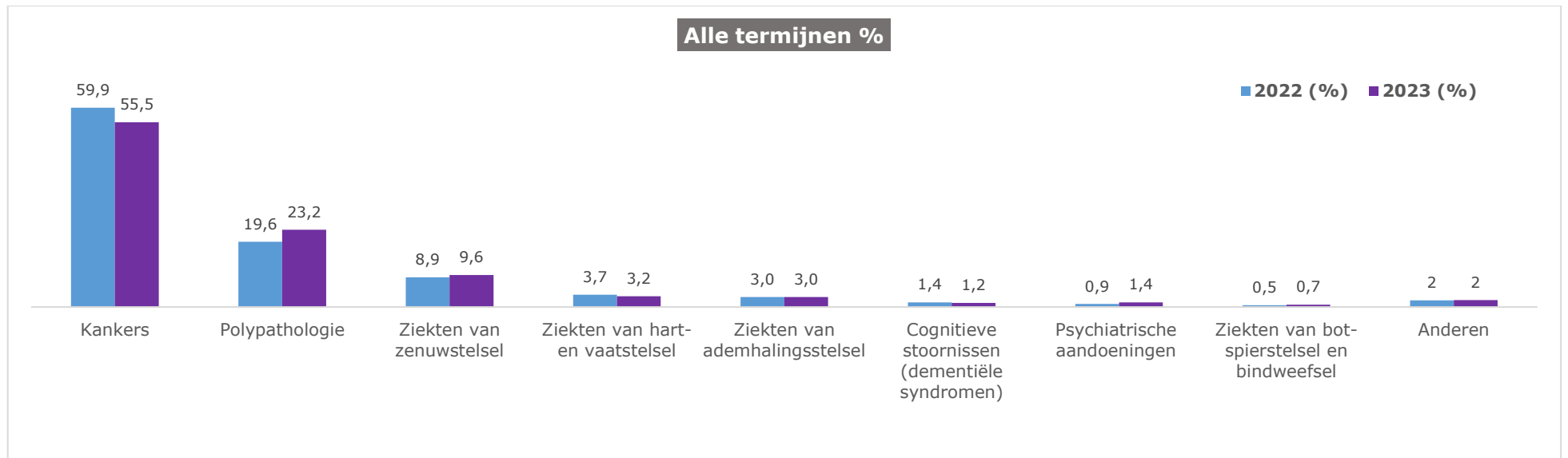
Voorbeelden:

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

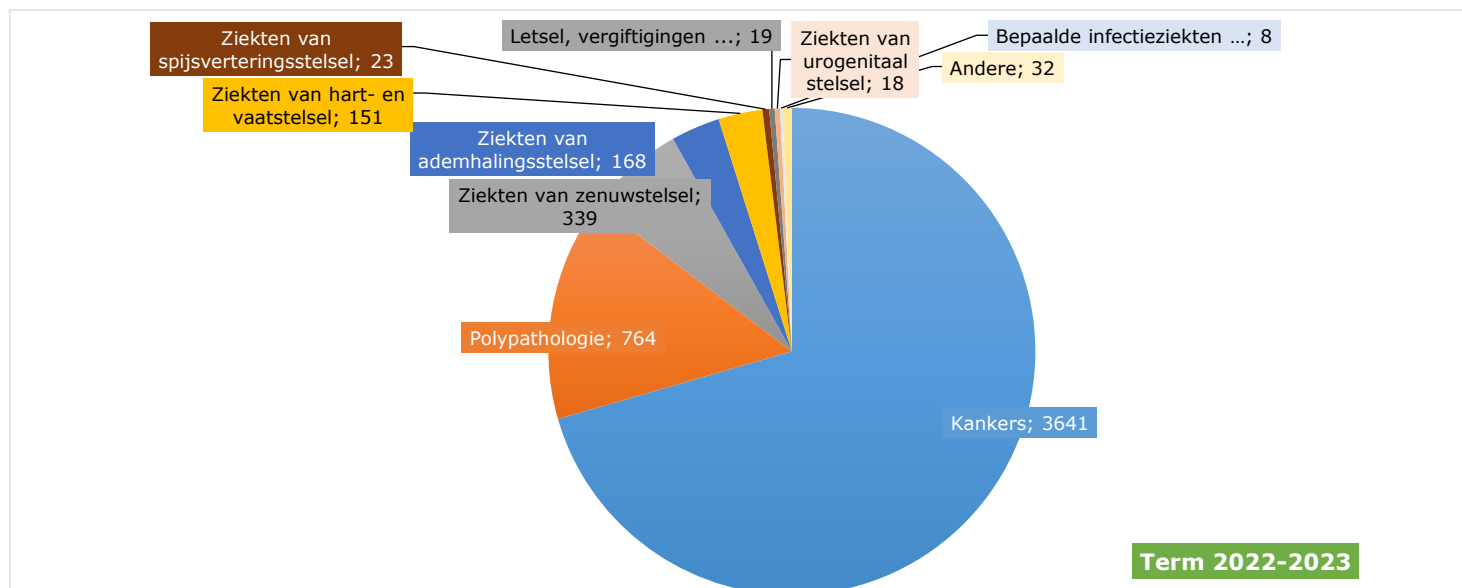
In 2022-2023 waren de voornaamste categorieën die aan de basis lagen van de uitgevoerde euthanasies nieuwvormingen/kanker ((57,5%), polypathologie (21,5%), en ziekten van het zenuwstelsel (9,3%), ziekten van het hart -en vaatstelsel (3,4%), ziekten van de luchtwegen (3%), cognitieve stoornissen (1,3%), psychiatrische aandoeningen (1,2%), ziekten van bot-spierstelsel en bindweefsel (0,6%), letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken (0,5%) en ziekten van het spijsverteringsstelsel (0,4%). Alle andere categorieën vertegenwoordigen 1,2% van de aandoeningen

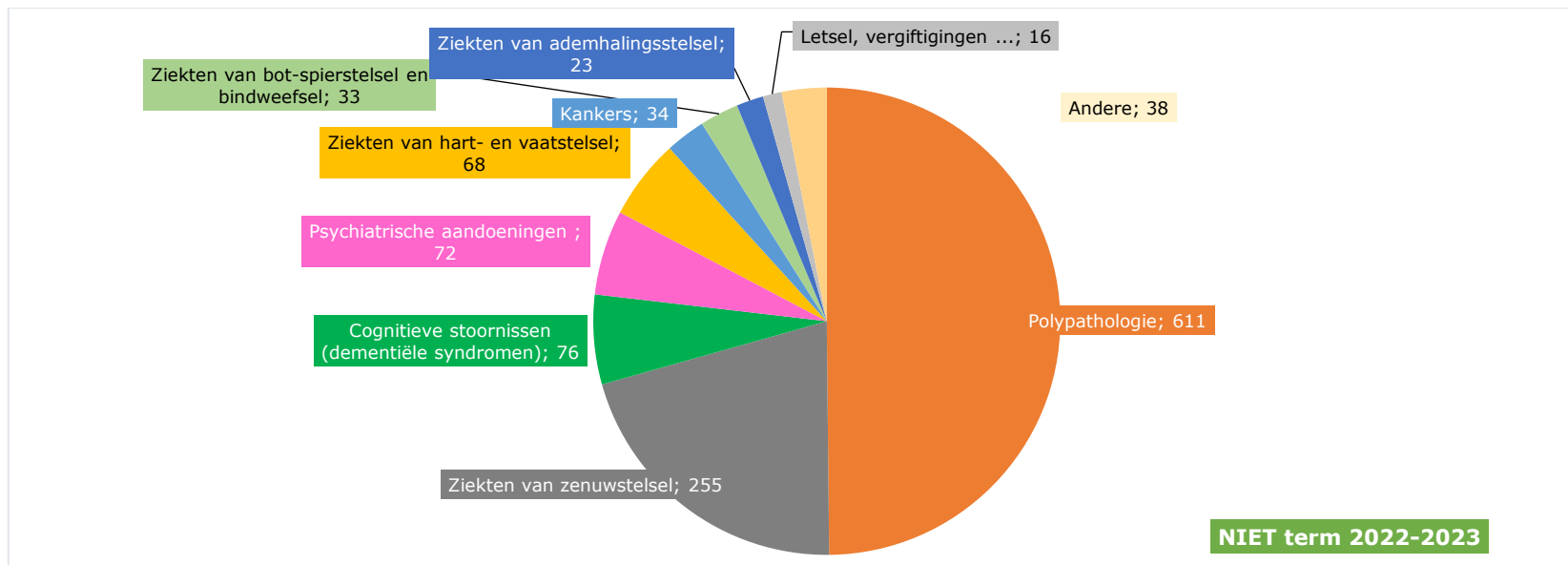
Verzoeken om euthanasie op basis van psychische en gedragsstoornissen (psychiatrische en cognitieve stoornissen worden hier beide in opgenomen) bleven uitzonderlijk (2,5% van alle euthanasies). In al deze gevallen kon de Commissie vaststellen dat aan de wettelijke voorwaarden was voldaan (een wilsbekwame 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).

⁴ Sinds 2014 heeft de Commissie haar technieken voor het categoriseren van gegevens verfijnd, met name door het opnemen van een internationale classificatie (ICD10) wat kan leiden tot kleine afwijkingen in sommige cijfers van eerdere rapporten. Deze aanpassingen verbeteren de nauwkeurigheid van de gegevens, zonder de algemene conclusies te beïnvloeden.



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.

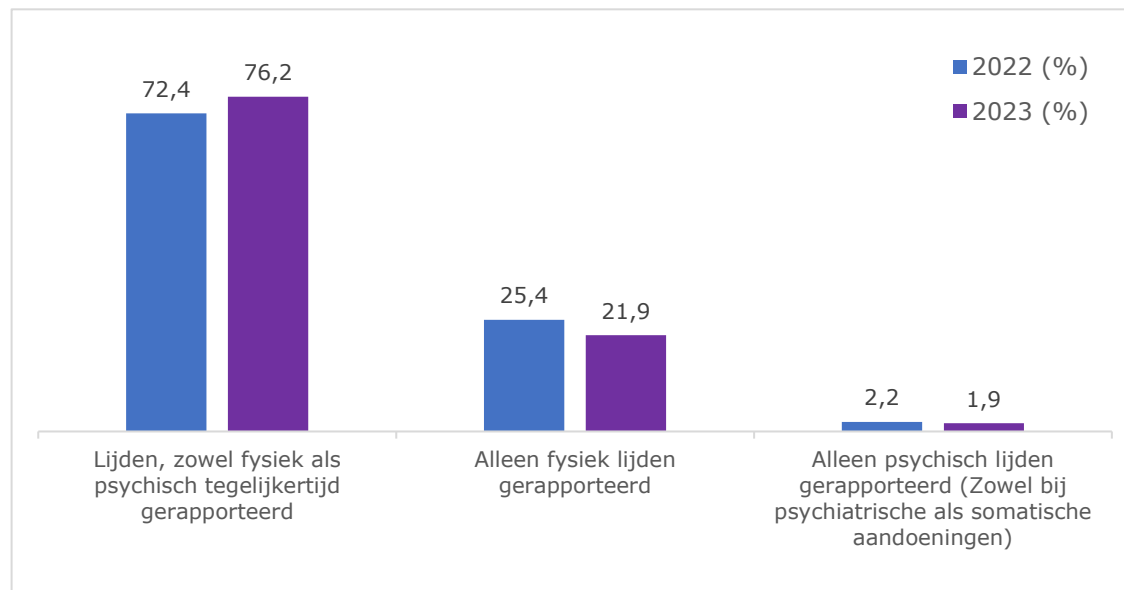




8) Het opgegeven lijden

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 zinggevingbeleving 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 kan men in het registratiedocument voornamelijk terugvinden in de rubrieken « Aard en beschrijving van het aanhoudend en ondraaglijk lijden » en « Redenen waarom het lijden niet gelenigd kon worden (objectief en subjectief) », en ook bij de adviezen onder, aanhoudend, ondraaglijk en niet te lenigen lijden ».

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.

9) 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 64,8% 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 verschillende rubrieken van deel II van het registratiedocument. Dat betekent dat de hierna vermelde cijfers een onderschatting zijn van de betrokkenheid van andere zorgverleners.

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

Opmerkingen

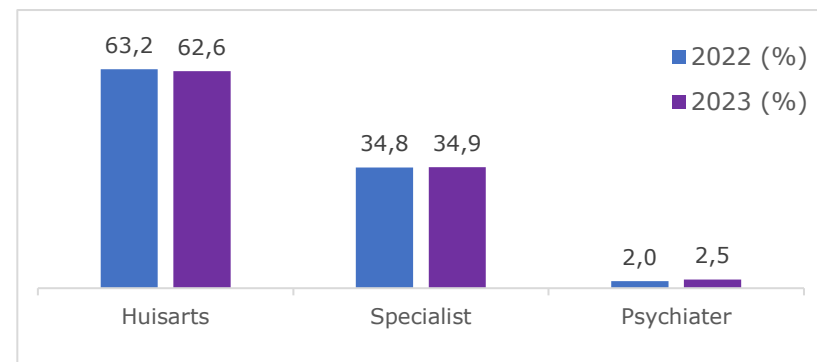
- Een palliatieve arts is een specialist of huisarts die aangeeft een bijkomende opleiding in de palliatieve zorg te hebben gevolgd.
- Ziekenhuisartsen en specialisten in opleiding worden als "specialisten" beschouwd.
- LEIF/EOL-artsen zijn huisartsen of specialisten die een bijkomende opleiding gevolgd hebben i.v.m. de problematiek van beslissingen aan het levenseinde en die al of niet deel uitmaken van het LEIF-EOL Consortium⁵. 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 polyopathie 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.

⁵ <https://www.leif-eol.net/>

a. 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.

Naast de huisarts spelen specialisten, en steeds meer de psychiaters een rol. In verschillende dossiers wordt vermeld dat de 1ste adviserende arts, een arts is met een bijkomende opleiding in levenseindezorg hetzij een LEIF-EOL-arts (33% van de geraadpleegde artsen in 2022-2023), palliatieve arts (3% van de geraadpleegde artsen in 2022-2023), ofwel de beide opleidingen (1,9% van de geraadpleegde artsen in 2022-2023).

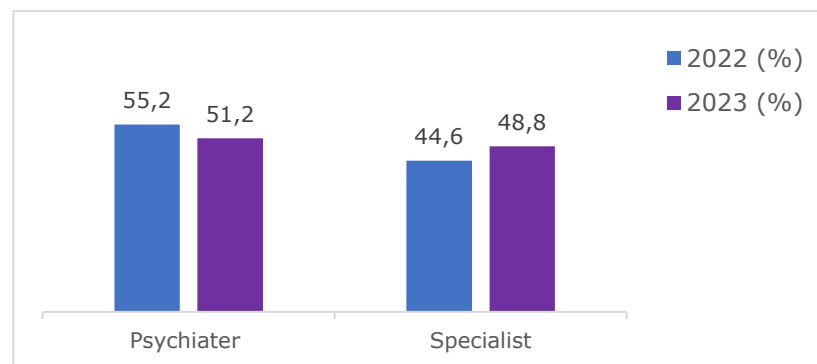


a. Tweede verplicht advies door een onafhankelijk geraadpleegde arts (i.g.v. overlijdens niet binnen afzienbare termijn)

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

In de periode 2022-2023 werden 1226 patiënten als niet-terminaal beschouwd. één patiënt weigerde het 2^{de} advies.

Toch werden bij heel wat meer patiënten twee adviezen vermeld in het registratiedocument. Dat betekent dat artsen zelfs bij een zgn. terminale patiënt soms een 2^{de} advies vragen. Als 2^{de} adviserende arts treden zowel psychiaters als specialisten in de aandoening op.



Patiënten die niet binnen afzienbare termijn zal komen te overlijden

Principieel dient het 2^{de} advies afkomstig te zijn, van een specialist in de aandoening of een psychiater met dien verstand dat i.g.v. polypathologie de huisarts wordt beschouwd als een specialist in de aandoening. Bij 203 patiënten trad een huisarts op als 2^{de} adviserende arts. Bij 168 patiënten ging het om een patiënt met polypathologie. Bij 35 patiënten ging het om een andere pathologie dan polypathologie. In deze laatste gevallen beoordeelde de Commissie het dossier in zijn geheel, dossier per dossier, en nam zij systematisch contact op met de verantwoordelijke arts om hem of haar te herinneren aan de ad-hoc procedure.

Hoedanigheid 2 ^{de} adviserende arts	N
Psychiater	648
Specialist waarvan Huisarts	577 waarvan 203
geen 2 ^{de} advies	1
Totaal	1.225

Het gebeurt dat een arts die opgetreden is als adviserend arts uitzonderlijk de rol van uitvoerende arts overneemt omwille overmacht of zelfs een noodtoestand. Uit de commentaren in een handvol registratiedocumenten (deel II; rubriek 12) blijkt dat de adviserende arts (veelal maar niet exclusief een LEIF/EOL arts) uiteindelijk de euthanasie heeft uitgevoerd in de plaats van de behandelende arts. Er zijn hiervoor verschillende redenen: afwezigheid door ziekte of verlof, gebrek aan ervaring, een te

grote emotionele betrokkenheid, angst van de dokter voor de uitvoering (dit houdt onder meer verband met de gebruikte producten en de complexiteit van hun toediening. Soms gaat het om een tekort aan thiopental en onwennigheid met het gebruik van Propofol.) etc.

Wat de redenen ook mogen zijn, het is van essentieel belang dat de door de wet vastgestelde voorwaarden nauwgezet worden nageleefd, zeker wat de grondvoorwaarden betreft, zonder mogelijkheid tot uitzondering, maar ook wat de formele en procedurele voorwaarden betreft die zijn vastgesteld om ervoor te zorgen dat aan de grondvoorwaarden wordt voldaan.

Als men zich beroept op overmacht of zelfs een noodtoestand, dan gaat dit om uitzonderingen die in geen geval betrekking hebben op de toepassing van de grondvoorwaarden van de wet.

Deze situaties worden ons voorgelegd door artsen die voor een moeilijke morele en ethische beslissing staan: zich verschuilen achter een formele of procedurele voorwaarde van de wet, of ingaan op het gerechtvaardigde euthanasieverzoek van een patiënt wanneer een van hun collega's faalt.

De commissie heeft in verband hiermee een tekst met meer uitleg opgesteld dat beschikbaar is op de site van de commissie www.euthanasiecommissie.be, rubriek formulier. <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/wie-moet-het-registratiedocument-invullen-en-opsturen-naar-de-fcee>

Overwegingen van de commissie omtrent de onafhankelijkheid van de geraadpleegde arts

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

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

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

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

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

10) De wijze waarop de euthanasie werd uitgevoerd en de gebruikte middelen

In ons land bestaat er, in tegenstelling met Nederland⁶, geen richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding. In België verwijst het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) voor de praktijk van euthanasie in het algemeen naar de richtlijn verspreid door LEIF, "Lei(f)draad, een leidraad voor artsen" en naar de Nederlandse richtlijn KNMG/KNMP (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst/Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie) of de richtlijn verspreid door de APB (Associatie van de Belgische Apothekers) – enkel in het Nederlands.²

De euthanatica worden intraveneus toegediend. Essentieel in Nederlandse richtlijn is enerzijds het gebruik van standaard doseringen i.p.v. op het lichaamsgewicht berekende dosissen en anderzijds het induceren van een adequate bewustzijnsverlaging met aansluitend de toediening van een spierrelaxans of zgn. neuromusculaire blokker. Hierdoor treedt een verlamming op van alle dwarsgestreepte spieren, met uitzondering van het hart. Na het optreden van de ademstilstand zal een snel en spontaan hartstilstand optreden waardoor de patiënt overlijdt.

In een euthanasie uitvoering kan men verschillende stappen onderscheiden.

Men onderscheidt niet-essentiële en essentiële stappen.

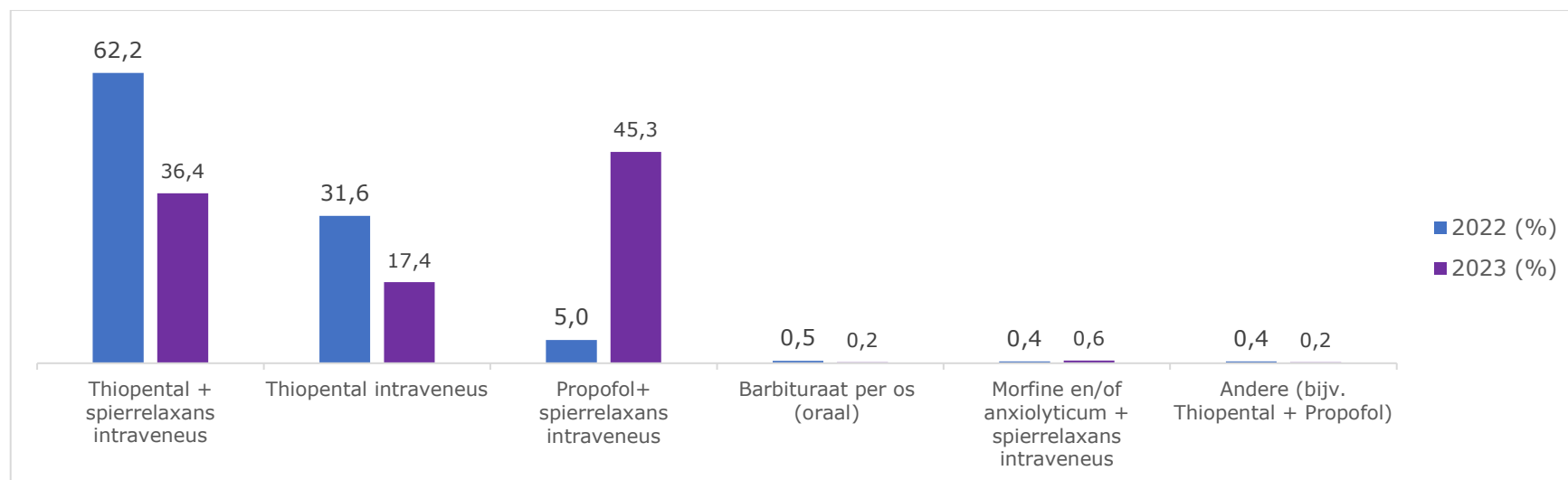
1. De slaapinductie (S) of premedicatie is een niet-essentiële stap.
 - Met niet-essentieel wordt bedoeld dat dit geen noodzakelijke stap is in de uitvoering. Toch wordt het frequent toegepast omdat het én arts én patiënt het gevoel geeft dat patiënt eerst in slaap wordt gebracht en als het ware naderhand in zijn slaap zal overlijden.
 - De meest gebruikte middelen hiervoor zijn midazolam, zeldzamer suffenta en uitzonderlijk valium en zelf morfine.
2. De essentiële stap is de coma-inductie(C) gevolgd door een spierrelaxans(CU) waardoor ademhaling ophoudt en de hartspier stilvalt.
 - De meest gebruikte euthanatica zijn Tiobarbital® 2gram of meer), propofol® of diprivan® 1000mg of meer. Bij hogere dosering treedt frequent reeds een ademhalingsstilstand op gevolgd door een hartstilstand.
 - Een spierrelaxans wordt gegeven nadat vastgesteld is dat patiënt in diep coma is. De meest gebruikte spierrelaxantia zijn Nimbex® 30mg, Esmeron® 150mg, Tracrium® 150mg, etc.
 - Het is geen goede klinische praktijk om enkel morfine of diazepam gebruiken om coma te induceren en Kaliumchloride om een hartstilstand te bekomen.

⁶ *KNMG-KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding. (<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/euthanasie>)

Bij 30 gevallen (0,6% van de euthanasiegevallen) werd de patiënt buiten bewustzijn gebracht door toediening van een siroop van barbituraat. In de meeste gevallen is de patiënt snel overleden zonder verdere tussenkomst, in een paar gevallen werd een spierverslapper ingespoten nadat de patiënt het bewustzijn had verloren maar het overlijden uitbleef. Dit noemt men "medische hulp bij zelfdoding" ou « suicide assisté ».

De Commissie en de orde van artsen zijn van oordeel dat de wet deze handelwijze toelaat mits de grondvoorwaarden en de procedurele voorwaarden van wet werden gerespecteerd en de handeling plaatsvond onder de constante verantwoordelijkheid van de uitvoerende arts. Deze arts dient tot het overlijden van de patiënt aanwezig te zijn zodat hij zo nodig kan ingrijpen en overgaan tot een IV uitvoering.

Deze interpretatie stemt overeen met het advies van de Nationale Raad van de Orde der Artsen, de dato 22 maart 2003.⁷



In 99,5% worden de euthanasies volgens de goede praktijk uitgevoerd. In enkele gevallen (0,5 %) is de gebruikte methode niet adequaat. Dit betekent niet dat deze euthanasies niet lege arte werden uitgevoerd. De artsen werden dan ook gecontacteerd door een van hun collega-artsen van de Commissie om hun aandacht te vestigen op de medicatie en methode die het best wordt toegepast voor een vreedzame dood. Bij onderzoek bleek vaak dat er een reden was waarom de techniek als dusdanig werd toegepast. Een voorname reden was een tekort op de markt aan thiopental en onwennigheid met het gebruik van Propofol.

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 spierverslappend (curariserend) middel (een spierrelaxans), wat leidt tot ademhalings- en hartstilstand en zo tot de dood.

⁷ **Bronnen** KNMG/KNMP richtlijn 2012. Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/euthanasie.htm>

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

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

Omdat thiopental niet in België op de markt is, importeerde men het al sinds 2011 via een speciale derogatie uit het buitenland. Eind november 2022 werd de productie van dit product stopgezet, waardoor het niet beschikbaar was in België. Op individuele basis Thiopental vanuit het buitenland importeren is mogelijk, maar dit brengt extra administratieve en logistieke handelingen met zich mee voor de arts en apotheker.

In mei 2023 werd een vergunning voor het in de handel brengen van Thiopental 1gr verleend aan een farmaceutisch bedrijf, maar het duurde april 2024 voordat het op de markt kwam. Als alternatief kunnen artsen gebruik maken van Propofol. Dit is een ziekenhuisgeneesmiddel, maar kan in het kader van euthanasie ook door een openbare apotheker worden verstrekt en buiten het ziekenhuis worden toegediend.

Deze leveringsproblemen worden regelmatig vermeld in de registratiedocumenten. Het plannen en uitvoeren van euthanasie vereist, naast de door de wet gevolgde procedure, voorbereiding en diepgaande planning tussen arts en apotheker over de te gebruiken medicijnen en de wijze van toediening.

11) De beslissingen van de Commissie

In 2022-2023,, waren 74,3% van de aangiften van meet af aan correct ingevuld en werden dan ook onmiddellijk aanvaard.(*Aanvaarding zonder meer*)

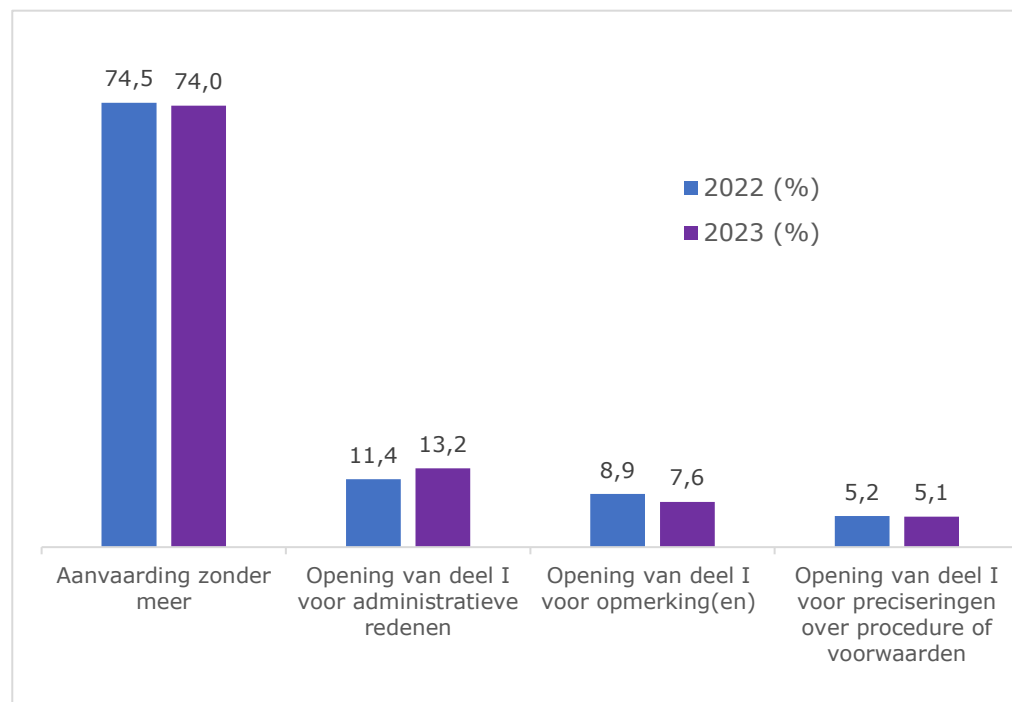
In 24,8% van de dossiers besloot de Commissie om de anonimiteit op te heffen en deel I van de aangifte te openen om bijkomende informatie aan de meldende arts te vragen (per mail/brief).

In 8,2% 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 (*Opening voor opmerkingen*). In deze gevallen voldeed de aangifte echter nog steeds aan de wettelijke voorwaarden en diende de arts zich niet te verantwoorden.

In 17,5% 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 (*Opening voor administratieve redenen of voor preciseringen over procedure of voorwaarden*). De meeste van die punten hadden betrekking op ontbrekende administratieve gegevens of onnauwkeurigheden met betrekking tot de procedure. De antwoorden bevatten telkens de nodige informatie, waardoor de aangiften konden worden aanvaard.

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

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



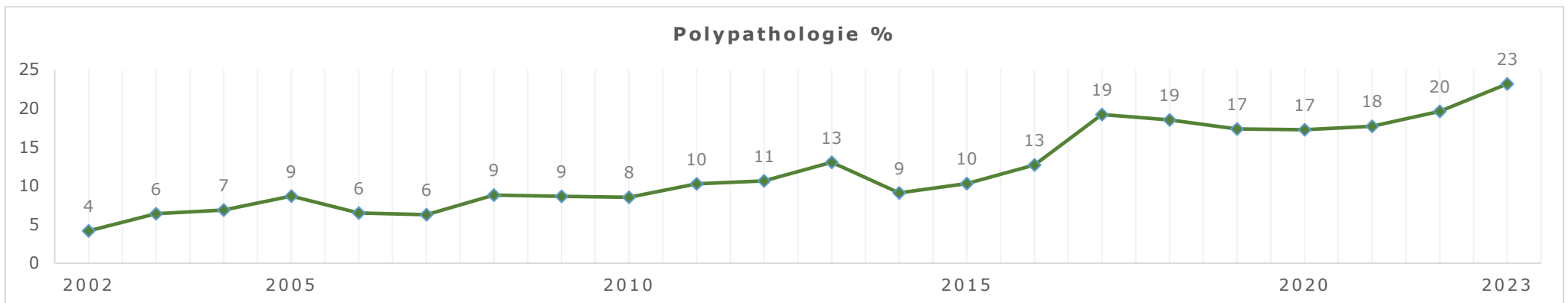
C. Specifieke evaluatie van geselecteerde patiëntencategorieën

Opmerking

Deze informatie wordt enkel ter informatie verstrekt en is niet exhaustief. Er wordt niet altijd verwezen naar een specifiek item in het registratiedocument van de Commissie, aangezien er geen wettelijke bepaling is op grond waarvan de Commissie medische dossiers kan raadplegen. De codering is daarom uitsluitend gebaseerd op bepaalde gegevens in de verklaringen en op een codering die achteraf werd uitgevoerd door één van de leden, arts, van de Commissie.

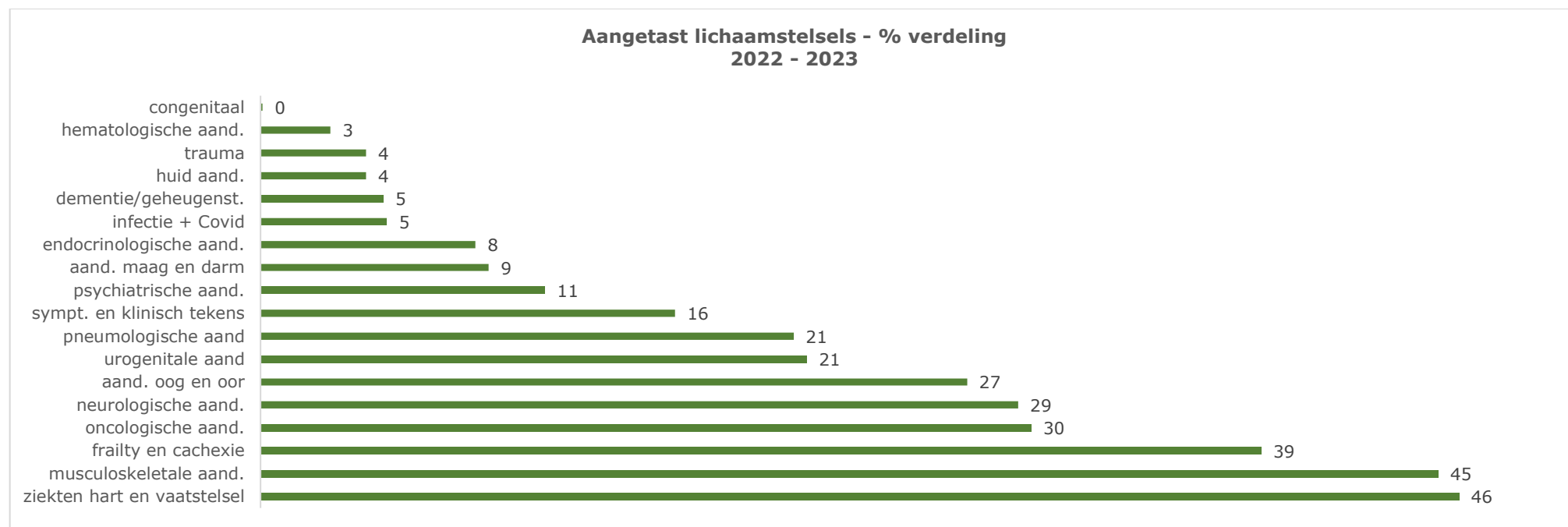
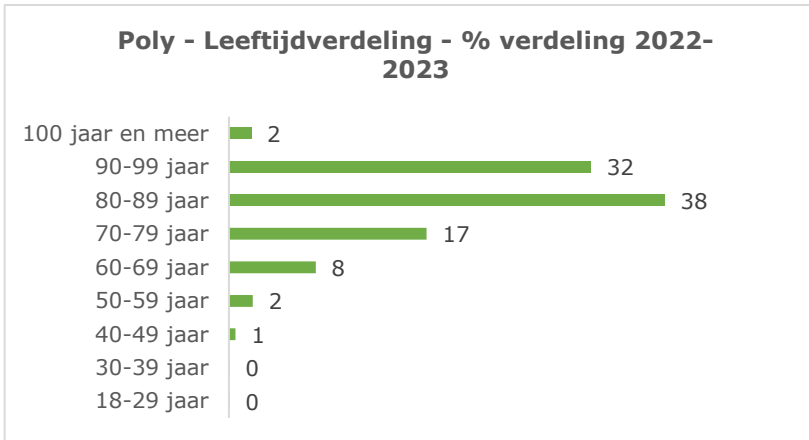
1) Patiënten met polypathologie

Polypathologie is de 2^{de} belangrijkste categorie van patiënten die euthanasie hebben ondergaan in 2022 - 2023. Deze groep neemt aan belang toe. Sinds het in voege treden van de wet stelt men een gestage stijging vast van het percentage van deze groep van patiënten (zie grafiek). In 2023 bedroeg dit aandeel reeds 23% (zie grafiek). Dit aandeel zal nog verder toenemen omdat polypathologie in verband wordt gebracht met verouderingsproces die patiënten ondergaan. De leeftijdsgrafiek bevestigt dit, 70% van de patiënten was ouder dan 80 jaar en 32% ouder dan 90 jaar (zie grafiek).



Ter herinnering : De codering is uitsluitend gebaseerd op bepaalde gegevens in de verklaringen en op een codering die achteraf werd uitgevoerd door één van de leden, arts, van de Commissie.

De euthanasiecommissie bepaalt polyopathie op basis van de definitie van multimorbiditeit (= polyopathie) 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."⁸ Bij de patiënten met polyopathie is de ernst van de ziekte toestand niet het gevolg van één ziekte maar van een combinatie van verschillende aandoeningen die evolutief zijn, niet meer voor verbetering vatbaar en in toenemende mate ernstige handicaps veroorzaken tot orgaanfalen toe (zie grafiek). Sommige van deze aandoeningen zijn levensbedreigend andere beïnvloeden vooral de levenskwaliteit. Dit blijkt ook uit het feit dat 56% van de patiënten worden beschouwd als patiënten die binnen afzienbare termijn zullen komen te overlijden. Uit de analyse van het procentueel voorkomen van de aangetaste lichaamssystemen blijkt dat in bijna 50% er sprake is van ernstig tot terminaal hartfalen en een invaliderende polyartrose. 30% van de patiënten vertonen een al of niet uitgezaaid kanker die omwille van de polyopathie niet lege arte kan worden behandeld. Bij 1/5 van de patiënten is er sprake van nierinsufficiëntie die aan de basis kan liggen van een moeilijk te behandelen cardio-renaal syndroom. 1/10 van de patiënten lijden aan een psychiatrische aandoening die vooral bestaat uit een dysthyme stoornis of een complexe rouwreactie. Bij 5% is er sprake van een beginnende dementie of een geheugenstoornis.



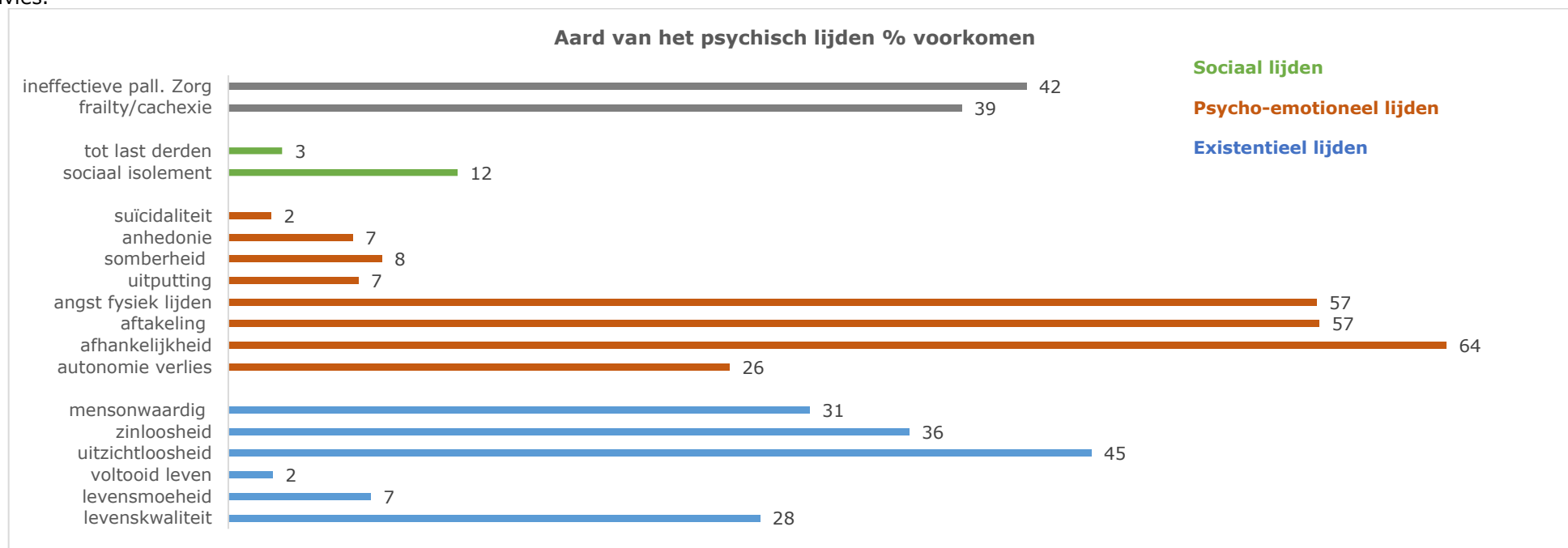
Ter herinnering: deze codering is uitsluitend gebaseerd op bepaalde details uit de registratiedocumenten en op codering achteraf door één van de leden van de Commissie, aangezien er geen wettelijke bepaling is op grond waarvan de Commissie medische dossiers kan raadplegen

⁸ Van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA, Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature Eur J Gen Pract 1996;2:65-70

Het chronische verloop van deze aandoeningen spreidt zich uit over meerdere jaren en ligt aan de basis van belangrijk psychisch lijden (zie grafiek). De aard van het psychisch lijden geeft een duidelijke inkijk in de motivatie van deze patiënten waarom ze euthanasie vragen. Het psychisch lijden werd beoordeeld op basis van het wetenschappelijk onderzoek van Marianne Dees et al. 9. Uit deze analyse kan men afleiden dat de uitzichtloosheid samen met de zorgafhankelijkheid, de vrees voor een verdere aftakeling en voor verder fysiek lijden belangrijke factoren zijn in het euthanasieverzoek terwijl levensmoeheid en een voltooid leven gevoel slechts een zeer beperkte rol spelen. (Voorbeeld)

Klinische casus ter illustratie van de situatie

Het gaat om een 93-jarige vrouw. Blind sinds haar 20 jaar ten gevolge van een retinitis pigmentosa, ze kreeg onlangs een beroerte (cva) met zeer ernstige gevolgen. Ze kreeg enige tijd geleden een tweede beroerte en werd ze in het ziekenhuis opgenomen. Ze is nauwelijks hersteld en haar toestand zal waarschijnlijk chronisch worden. Ze lijdt aan linker hemiplegie en is niet in staat om alleen te lopen, te eten, te wassen en het huis te verlaten; ze moet luiers dragen. Maar bovenal is ze niet meer in staat om zelfstandig te leven. Ze wil niet geplaagd worden. Deze situatie is ondraaglijk en veroorzaakt veel psychisch lijden. Al haar naasten accepteren en delen van haar verklaring, bevestigen dat, wat ze doormaakt uiterst pijnlijk en ondraaglijk is voor haar, ondanks alle regelingen die kunnen worden gemaakt. Antidepressieve behandeling is nutteloos omdat ze absoluut niet depressief is en ze nooit een geschiedenis van depressie heeft gehad. Het verlies van autonomie, momenteel totaal, zal waarschijnlijk niet veranderen in het licht van de evolutie van de beroerte. De patiënte verdraagt de situatie waarin ze gedwongen is te leven niet. Het daaruit voortvloeiende morele lijden is onhoudbaar en zonder hoop op verbetering. Zowel een huisarts van LEIF als een internist - LEIFarts gaven een positief advies.



Ter herinnering: deze codering is uitsluitend gebaseerd op bepaalde details uit de registratiedocumenten en op codering achteraf door één van de leden van de Commissie, aangezien er geen wettelijke bepaling is op grond waarvan de Commissie medische dossiers kan raadplegen.

⁹ * Dees MK et al, 'Unbearable suffering': a qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying. J Med Ethics 2011; 37: 727-734.

Uit deze analyse is duidelijk dat polyopathie aanleiding geeft tot zeer ernstig somatische en psychisch lijden en als dusdanig voldoet aan de beschrijving van ernstige, ongeneeslijke en onbehandelbare aandoeningen.

2) Patiënten met dementie

Euthanasie bij patiënten lijdende aan een dementieel syndroom is slechts mogelijk als de patiënt nog voldoende ziekte-inzicht heeft en nog wilsbekwaam is ten aanzien van zijn euthanasieverzoek. Is de patiënt niet langer wilsbekwaam dan is euthanasie niet mogelijk.

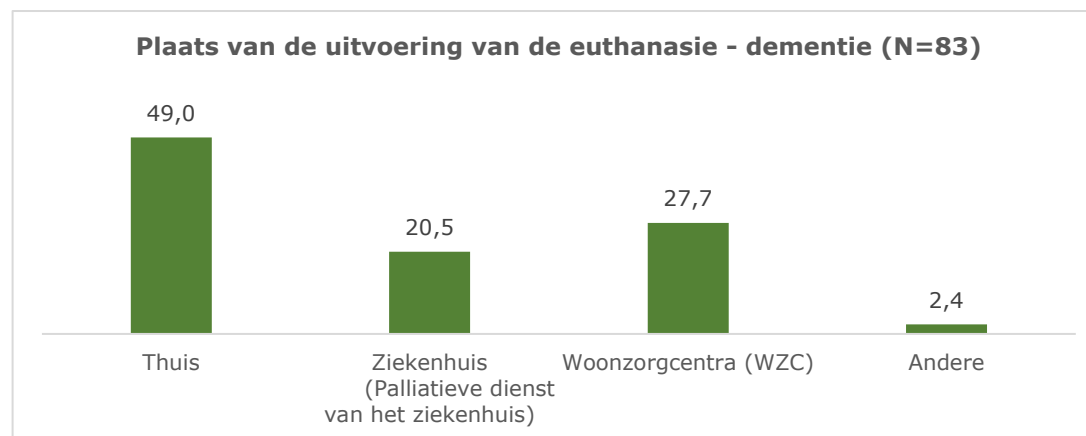
Klinische casus ter illustratie van de situatie

Het gaat om een man van 70 jaar lijdende aan de Ziekte van Alzheimer, bevestigd met biomarker op het hersenvocht. Hij wordt gevolgd door zijn neuroloog. Bij zijn euthanasieverzoek vertoont hij een vrij snel cognitief verval met zeer storende gedragsproblemen. Dit wordt bevestigd door zijn echtgenote en behandelende neuroloog. Bij zijn laatste controle is er een daling van de MMSE met 7 punten 17/30. Patiënt wordt behandeld met Donepezil® en Memantine®. Hij heeft het vooral moeilijk met de toenemende gedragsstoornissen.

In zijn vriendenkring heeft hij iemand met een gevorderde dementie. De mentale en fysieke aftakeling zoals hij dit meemaakt bij zijn vriend wil hij absoluut zelf niet meemaken. Hij vindt het nu al erg dat hij bepaalde dingen niet meer weet of moeilijk kan benoemen en hiervoor hulp nodig heeft van zijn echtgenote. Hij vindt een dergelijk leven zonder kwaliteit en menswaardig en dus zinloos. Dit alles veroorzaakt bij hem een belangrijk psychisch lijden. Er is zelfs sprake van suicidaliteit. Hij beseft het ongeneeslijke karakter van zijn aandoening en dat hem alleen verdere achteruitgang wacht zonder enig toekomstperspectief. Dit is voor hem ondraaglijk. Hij wil deze totale aftakeling onder geen conditie meemaken. Hij heeft zijn vraag goed doordacht en is vanaf de diagnosestelling hiermede bezig. Hij had dit besproken met zijn vorige huisarts die hem beloofd had te helpen. Het feit dat deze huisarts afhaakt heeft hem diep ontgoocheld en ertoe aangezet elders hulp te gaan zoeken. Het verzoek gaat van hemzelf uit alhoewel zijn verzoek ondersteund wordt door zijn echtgenote en haar zoon. Er is geen sprake van externe druk. Een huisarts-LEIFarts en een psychiater hebben zijn verzoek gunstig beoordeeld.

Plaats van uitvoering.

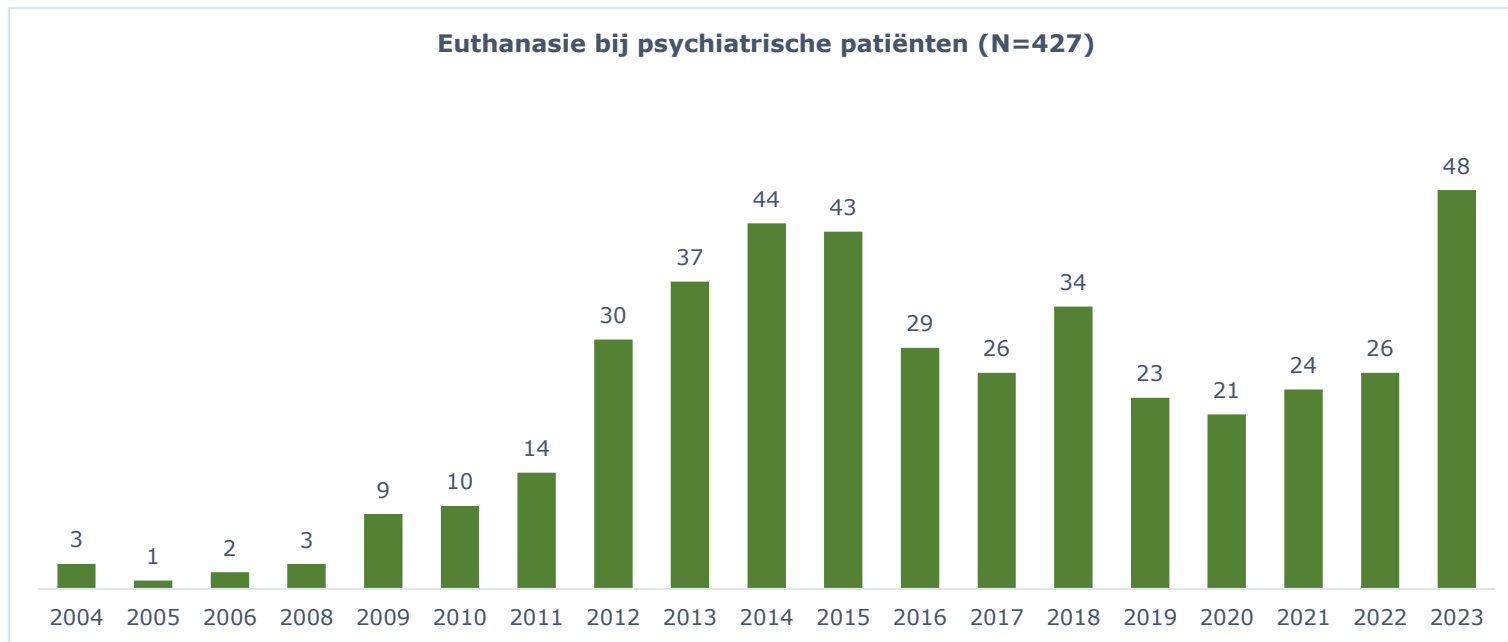
Bij meer dan $\frac{3}{4}$ van de patiënten werd de euthanasie uitgevoerd thuis of in het woonzorgcentrum. Dit onderstreept de belangrijke rol van de huisarts in zowel het opnemen van het verzoek als de eventuele uitvoering.



3) Patiënten die lijden aan een psychiatrische aandoening

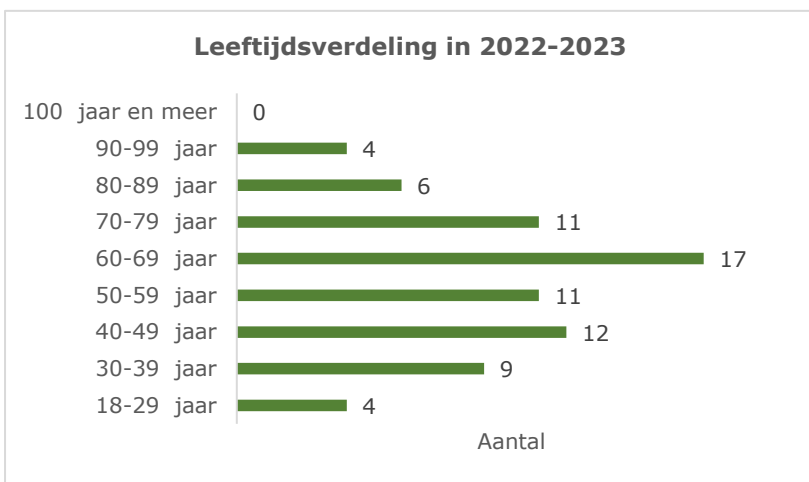
Alhoewel dit een beperkte groep patiënten is roept euthanasie bij patiënten die lijden aan een psychiatrische aandoening nog steeds heel wat controverse op en dit niet alleen in de media maar ook binnen de beroepsgroep van psychiaters. Heel wat vragen worden gesteld over de bepaling van de wilsbekwaamheid van deze patiënten, het bepalen van de uitzichtloosheid en het uitbehandeld of *therapieresistent* zijn.

Het aantal patiënten is in 2023 toegenomen in vergelijking met 2022 en is het hoogste aantal sinds het in voege treden van de euthanasiewet.



Voor 2016 maakte de commissie geen onderscheid tussen cognitieve en psychiatrische stoornissen. De codering van de voorgaande jaren werd posteriori uitgevoerd door één van de leden, arts, van de commissie.

De leeftijdsverdeling

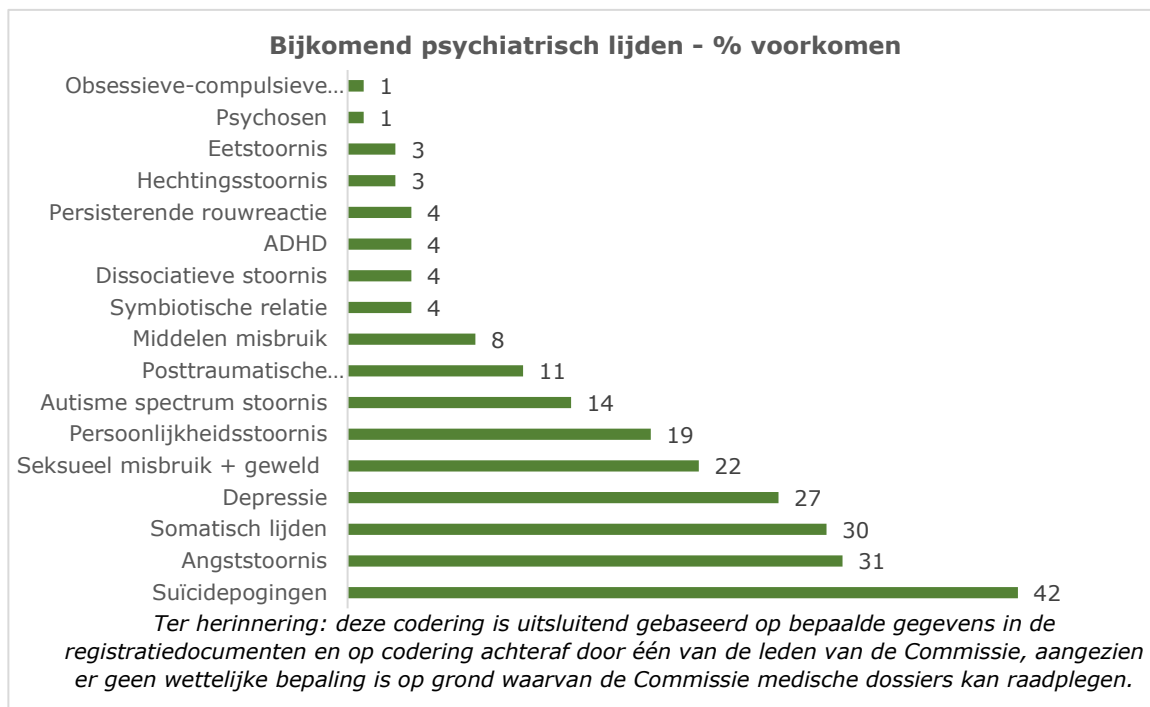


Opvallend is de leeftijdsverdeling die sterk verschilt van andere patiënten groepen. Het meest opvallend is niet zozeer dat er toch heel wat jongere patiënten met een psychiatrische aandoening zijn die euthanasie hebben ondergaan maar ook heel wat bejaarde tot hoogbejaarde patiënten. Dit kan verklaring omdat op de verschillende leeftijden andere psychiatrische aandoeningen aan de basis liggen van de euthanasieverzoeken

Aard psychiatrische aandoening	aantal
recidiverende depressieve stoornis, huidige episode ernstig zonder psychotische symptomen	25
bipolaire affectieve stoornis, huidige episode ernstig depressief zonder psychotische symptomen	9
persisterende complexe rouwstoornis	8
posttraumatische stressstoornis	6
borderline persoonlijkheidsstoornis	5
persoonlijkheidsstoornis	5
autisme spectrum stoornis	3
schizofrenie	3
dissociatieve stoornis niet gespecificeerd	2
recidiverende depressieve stoornis, huidige episode ernstig met psychotische symptomen	2
schizo affectieve stoornis	2
angststoornis (gegeneraliseerd)	1
expressieve taalstoornis	1
postcommotioneel syndroom	1

De complexiteit, de ernst en de uitzichtloosheid van het psychiatrisch lijden wordt duidelijk geïllustreerd door de aanwezigheid van bijkomende psychiatrische pathologie en symptomen.

In meer dan 40% zijn er suïcidepogingen in de voorgeschiedenis. In 31% is sprake van een bijkomende angststoornis en in 22% is er een voorgeschiedenis van seksueel misbruik en/of geweld in de kindertijd.



Klinische casus ter illustratie van de situatie

Een twintiger, die een ernstig jeugdtrauma opliep, waaronder ernstig seksueel misbruik en herhaald fysiek en verbaal misbruikt, heeft aanhoudende dissociatieve stoornissen. Gehospitaliseerd in een psychiatrische instelling voor lange periodes sinds haar adolescentie, heeft ze extreem intensieve behandelingen ontvangen, maar wordt nog steeds geconfronteerd met de herhaling van haar trauma's. "Ze probeerde met haar innerlijke wereld te werken", hoewel het erg moeilijk voor haar was ... Deze therapeutische reis was te pijnlijk", schrijft een van de artsen die in haar rapport werd geraadpleegd. Ze deed ook verschillende serieuze zelfmoordpogingen, waarbij ze in extremis werd gered. De geraadpleegde arts bevestigt, na alle wettelijke criteria te hebben gecontroleerd, dat geen enkel therapeutisch aanbod in aanmerking kan worden genomen: "Het trauma is te zwaar om te dragen, en een therapeutisch aanbod zal de dissociatiestoornis alleen verergeren (...) Voor haar is haar situatie vernederend, wanhopig en ondraaglijk. Herstel of verbetering is niet mogelijk binnen een redelijke termijn" gezien het leed van de patiënt en haar klinische situatie.

Klinische casus ter illustratie van de situatie

Het betreft een 85-jarige patiënte met een persisterende complexe rouwreactie naast fysiek lijden.

“Madame vertoonde voortdurend en ondraaglijk psychisch lijden in een gemengde context van depressie na het verlies van haar echtgenoot (pathologische rouw) vier jaar geleden en verslechtering van haar algemene toestand tot functionele achteruitgang met loopstoornissen, bewegingsstoornissen en diffuse artrose. Ondanks alle ondernomen behandelingen (verschillende antidepressiva en anxiolytica, psychotherapie, meerdere ziekenhuisopnames) kon het lijden niet worden verlicht.”

4) Patiënten woonachtig in het buitenland

In ons land kunnen ook patiënten die niet in België wonen euthanasie ondergaan op voorwaarde dat hun verzoek aan de grondvoorwaarden van de wet voldoet en daarbij de procedure correct wordt gevolgd. Ook met deze patiënten moet de uitvoerende arts een patiënt-arts relatie opbouwen wat inhoudt dat deze patiënten de uitvoerende arts meerdere malen moet consulteren.

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

Sinds maart 2021 kunnen artsen die dat wensen, op het nieuwe registratiedocument het land van verblijf van hun patiënt vermelden. Volgens deel II van de aangiften zijn er in 2022 en 2023, 170 in het buitenland verblijvende patiënten naar België gekomen met een euthanasieverzoek dat na onderzoek gunstig werd beoordeeld en op vraag van de patiënt ook uitgevoerd..

Aangezien het niet wettelijk verplicht is om het land van residentie te vermelden, is het onmogelijk om het exacte aantal patiënten te bepalen die woonachtig zijn in het buitenland en in België euthanasie heeft ondergaan. Dit cijfer toont een stijging ten opzichte van het vorige verslag, dat aangaf dat er 79 in het buitenland verblijvende patiënten in 2020 en 2021 naar België waren gekomen. Men moet er echter rekening mee houden dat dit cijfer kan worden beïnvloed door de wijziging van het registratiedocument die in maart 2023 werd ingevoerd.

Ze leden o.a. aan een ernstige en ongeneeslijke neurologische ziekte (zoals multiple sclerose, Amyotrofische laterale sclerose ALS) of een gemetastaseerde kanker (zoals borst of pancreas). Meer dan 69% van de overlijdens werd verwacht op korte termijn. De leeftijd van de patiënten bevond zich vooral tussen de 50 en 89. De uitvoering van deze euthanasies gebeurde zowel in het Nederlandstalige als het Franstalige landsgedeelte hoewel het hoofdzakelijk om Franstalige patiënten ging.

Tussen de 170 recente gevallen waren er 154 patiënten die verbleven in Frankrijk, ze vertegenwoordigen dan ook 90,59% van de gevallen. De Commissie euthanasie ontvangt via de FOD Volksgezondheid bijna dagelijks vragen in verband met euthanasie van Patiënten die in Frankrijk wonen. Afgezien van het feit dat het beheer van deze verzoeken een extra werklust met zich meebrengt, roept het ook fundamentele vragen op over de toegankelijkheid van deze diensten voor buitenlandse patiënten. Dit omvat niet alleen de aanpassingen die nodig zijn om aan deze specifieke verzoeken te voldoen door Belgische artsen en diensten, maar ook de risico's van mogelijke discriminatie van deze patiënten – dit naast de moeilijkheden en isolatie die deze patiënten en hun familieleden al ervaren tijdens hun medische reis. Hoewel veel van deze dossiers getuigen van samenwerkingen tussen Belgische en Franse artsen, benadrukken ze ook de communicatie-uitdagingen en de realiteit van onderbrekingen in de continuïteit van zorg voor deze patiënten. Bovendien zijn er ook logistieke moeilijkheden die zich voordoen bij het uitvoeren van een euthanasie bij buitenlandse patiënten. Patiënten verplaatsen zich terwijl ze zich in een palliatieve context bevinden die soms wordt verergerd door ernstige complicaties, zoals darmobstructie of maligne paraplegie.

De andere landen die genoteerd werden waren Australië, Denemarken, Duitsland, Engeland, Hongarije, Italië, Kenia, Nederland, Polen, Portugal, Oekraïne, Spanje en Zuid-Korea.

5) Orgaandonatie na euthanasie

Sommige patiënten hebben als ultieme wens hun organen te doneren. Op die wijze willen ze andere mensen helpen. Artsen zijn niet verplicht de orgaandonatie op het registratiedocument te melden, er werd in de periode 2022-2023 orgaandonatie vermeld bij 12 registratiedocumenten (er waren 17 officiële verklaringen aan de "Belgian Transplantation Society" - www.transplant.be).

De patiënten leden aan kanker, neurologische ziekten en psychiatrische aandoeningen. Het waren bijna gelijkelijk Frans- en Nederlandstalig patiënten, in de leeftijd van 18 tot 79 jaar, overwegend vrouwelijk en, en het overlijden was behalve voor drie patiënten, te verwachten niet binnen afzienbare termijn.

D. Wetswijzigingen ten gevolge van het arrest van het EHRM en het Grondwettelijk hof

Naar aanleiding van het arrest van 4 oktober 2022 van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) en dit van 20 oktober 2022 van het Grondwettelijk Hof werd de wetgever verzocht om correcties aan te brengen in de wet van 28 mei 2002 betreffende euthanasie. Dit gebeurde in april 2024, met de opheffing van de anonimiteit uit het registratiedocument en specifieke straffen. Aangezien deze wetswijzigingen niet van toepassing zijn op de jaren waarop dit verslag betrekking heeft, zal het onderwerp uitgebreider worden behandeld in het volgende verslag, dat betrekking heeft op de jaren 2024 en 2025. Deze wijzigingen en hun implicaties zijn al gepubliceerd op de website van de Commissie, www.euthanasiecommissie.be (secties met [Meer info](#) over sancties en Formulieren voor het opheffen van de anonimiteit)

E. Besluit

Dit tweemaalijks 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.

Het aantal geregistreerde euthanasies bleef met gemiddeld 12% per jaar stijgen. Het totale aantal ontvangen registratiedocumenten bedroeg voor 2022 en 2023, 6389.

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 (70,6 NL / 29,4 FR) maar de registratiedocumenten in het Frans zijn de afgelopen twee jaar zeker toegenomen.

70,3% van de patiënten was ouder dan 70 jaar en 42% was ouder dan 80 jaar. Het aantal euthanasies bij patiënten jonger dan 40 jaar bleef zeer beperkt (1,2%). Het waren vooral patiënten in de 6^{de}, 7^{de}, en 8^{ste} levensdecade die euthanasie vroegen (75,5%). De grootste groep waren patiënten tussen 80 en 89 jaar (28,5%) vergeleken met de jaren 2021-2021.

In 2022 en 2023 werd een enkel registratiedocument betreffende euthanasie bij een oordeelsbekwame minderjarige patiënt geregistreerd.

Sinds 2022 is de percentage euthanasies dat wordt uitgevoerd in ziekenhuizen en eenheden voor palliatieve zorg gestegen(32%).

Het percentage euthanasie dat thuis plaatsvond neemt af (49%) terwijl de percentage euthanasies dat wordt uitgevoerd in woon- zorgcentra blijft toenemen (17%).

In de overgrote meerderheid van de gevallen (80,8%) 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) gelijktijdig waargenomen (74,4%). Dit lijden was steeds het gevolg van één of meerdere ernstige en ongeneeslijke aandoeningen.

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

In 2022-2023 waren de voornaamste categorieën die aan de basis lagen van de uitgevoerde euthanasies nieuwvormingen/kanker ((57,5%), polypathologie (21,5%), en ziekten van het zenuwstelsel (9,3 %), ziekten van het hart -en vaatstelsel (3,4%), ziekten van de luchtwegen (3%), cognitieve stoornissen (1,3%), psychiatrische aandoeningen (1,2%), ziekten van het bot-spierstelsel en bindweefsel (0,6%), letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken (0,5%) en ziekten van het spijsverteringsstelsel (0,4 %). Alle andere categorieën vertegenwoordigen 1,2 % 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 (2,5% 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.

Deel 3

Aanbevelingen van de Commissie

Hoewel de evolutie van de maatschappelijke verwachtingen de taken van de Euthanasiecommissie heeft uitgebreid, blijven de middelen die sinds 2003 onveranderd zijn, te beperkt om deze nieuwe eisen doeltreffend te ondersteunen. Hierdoor kan de werking op lange termijn ondermijnd worden.

De aanzienlijke en toenemende werklast en het gebrek aan waardering voor het werk van de commissieleden vormen een belemmering voor de opnemen een mandaat in de commissie.

De vergoeding voor de leden werd in 2004 vastgesteld op €20 per vergadering (€25 voor voorzitters) onder aftrek van bedrijfsvoorheffing, dit lijkt absoluut niet in verhouding te staan tot de omvang en de complexiteit van het uit te voeren werk.

Naast de vergaderingen nemen leden, op vrijwillige basis, essentiële taken op zich zoals het vooraf analyseren van dossiers, communicatie met artsen, reageren op externe verzoeken en deelnemen aan diverse projecten. Deze lage vergoeding ondermijnt dan ook de aantrekkelijkheid van het opnemen van een mandaat in deze commissie.

Sterk onderbemand administratief kader: een risico voor de continuïteit van de activiteiten

Het secretariaat bestaat uit slechts twee personen. Zij moeten de meer dan 3.500 dossiers per jaar beheren, dit naast een toenemend aantal administratieve, statistische en communicatietaken.

Dit onevenwicht wordt dan ook heel erg duidelijk in vergelijking met soortgelijke instellingen, zoals bv. in Nederland, waar aanzienlijk grotere teams niet alleen de dagelijkse taken op zich nemen, maar ook essentiële projecten uitvoeren voor de ontwikkeling en kwaliteit van hun opdracht.

Zonder onmiddellijke versterking zal bij afwezigheid of overbelasting van het administratief kader de continuïteit van de activiteiten van de Commissie onvermijdelijk in het gedrang komen.

Vertragingen in digitalisering: een blokkering voor het moderniseren van het proces

De ontwikkeling van een elektronisch registratiedocument, essentieel om een efficiënte verwerking van de dossiers te garanderen, is sinds 2023 geblokkeerd. Deze vertraging is te wijten aan juridische, administratieve en budgettaire onzekerheden.

Hoewel de wet in 2024 werd aangepast om enkele obstakels weg te nemen, zijn verdere verduidelijkingen en financiële aanpassingen nodig om dit essentiële project nieuw leven in te blazen.

A. Dringende aanbevelingen

De Commissie vraagt met aandrang:

- De versterking van het administratief kader. **Deze voorwaarde is onmisbaar en prioritair, zonder deze kan geen enkele andere missie ontwikkeld of uitgevoerd worden.**
- De vergoeding van de leden te herzien om hun bijdrage te herwaarderen en de hernieuwing van mandaten te vereenvoudigen.
- De afronding van het digitalisatieproject voor de registratiedocumenten (online formulier voor artsen) en de financiering ervan.

Deze maatregelen zijn van essentieel belang om de Commissie in staat te stellen de taken uit te voeren in een kader dat is aangepast aan de huidige en toekomstige uitdagingen. Zonder een snelle reactie dreigen de huidige tekortkomingen de efficiëntie en duurzaamheid van de Commissie op lange termijn in gevaar te brengen.

B. Aanbevelingen op lange termijn: een specifieke afdeling voor euthanasie

De oprichting van een **dienst** specifiek gericht op "euthanasie" zou de bestaande organisatie versterken en de administratieve en medisch-juridische follow-up doeltreffend koppelen aan de communicatie- en wetenschappelijke dimensies, in een gecoördineerde aanpak. Het spreekt voor zich dat dit dient te gebeuren met respect voor het institutionele kader. Er dient dus ook een afstemming te zijn met de gemeenschappen en regio's voor wat betreft ondersteuning van de patiënten en opleiding van zorgprofessionals.

Deze nieuwe afdeling of dienst zou fungeren als **een schakel tussen de FOD Volksgezondheid en de FOD Justitie**, waardoor de middelen efficiënter worden ingezet. Daarnaast zou de afdeling ook verantwoordelijk zijn voor de modernisering van processen, met name door het gegevensbeheer te automatiseren om de dagelijkse verwerking te vergemakkelijken en tegelijkertijd het begrip en de evaluatie van de praktijk te verbeteren. Drie hoofddoelstellingen worden hierbij nagestreefd:

Optimalisatie van organisatie en processen

Op structureel niveau zou de dienst verbeteringen kunnen voorstellen om het functioneren van de Commissie te versterken, onder meer door de coördinatie van taken te verbeteren en de beheertools te moderniseren. Dit omvat onder andere:

- **Digitalisering van dossiers**, om processen te vereenvoudigen, de kwaliteit van controles te versterken en de verzameling, analyse en het gebruik van statistische gegevens verder te verbeteren;
- **Evaluatie van de procedure van de aangifte van het registratiedocument**, om te garanderen dat de gebruikte formulieren effectief voldoen aan de behoeften in de praktijk;
- **Transparantie in controleprocessen**, waaronder de publicatie van concrete voorbeelden om de aandacht te vestigen op het werk dat de Commissie heeft verricht om deze te onderzoeken;
- **Verbetering van (inter-institutionele) coördinatie**, met name tussen de FOD's, om de uitwisseling tussen de beide actoren – Volksgezondheid en Justitie – te vergemakkelijken.

Toegankelijke communicatie

Deze afdeling zou een speciale communicatiedienst omvatten met als doel informatie te verduidelijken en te verspreiden naar de verschillende doelgroepen:

- **Voor artsen**: op een toegankelijke wijze de procedures, beschikbare tools, wettelijke verplichtingen, mogelijke sancties en gedeelde verantwoordelijkheden tussen zorgverleners toelichten.
- **Voor patiënten**: specifieke ondersteuning ontwikkelen om te zorgen voor een duidelijke, volledige en toegankelijke informatie omtrent het levenseinde.

Daarnaast zou de afdeling een centrale rol spelen in het – tot nu toe onvoldoende ontwikkelde – nationale volksgezondheidsbeleid, door bij te dragen aan de bekendmaking van de verschillende opties voor het levenseinde (euthanasie, palliatieve sedatie, palliatieve zorg, enz.) met het oog op het bieden van alomvattende ondersteuning die gericht is op de behoeften van patiënten.

Academische en wetenschappelijke ondersteuning

De wetenschappelijke en educatieve dimensie kan in deze afdeling worden geïntegreerd, men kan samenwerken met universiteiten en hogescholen om:

- **Verplichte opleidingen** omtrent het levenseinde op te nemen in de curricula van zorgprofessionals;
- **De oprichting van kenniscentra te ondersteunen**, deze richten zich op de studie van medische en ondersteunende praktijken aan het levenseinde;
- **Nationale studies** die alle medische beslissingen aan het levenseinde omvat **te bevorderen** om de Belgische expertise op dit gebied te versterken en bij te dragen aan internationale debatten.

Een onmisbare en ambitieuze oplossing

Door de noodzakelijke competenties voor administratieve, wetgevende, wetenschappelijke en communicatieve uitdagingen te bundelen, kan men een complete en gestructureerde aanpak bieden. Het zou zorgen voor een betere coördinatie tussen de verschillende actoren, een grotere efficiëntie in het dossierbeheer en een versterking van informatie en onderzoek.

Deze hervorming is niet alleen wenselijk, maar noodzakelijk om de Commissie en de federale instanties in staat te stellen hun taken uit te voeren in een kader dat is aangepast aan de huidige werking en de toekomstige werking, en om tegelijkertijd ook te voldoen aan de maatschappelijke verwachtingen.

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 gesteld. 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.¶

¹⁰Art. 3ter.

De arts of de psycholoog die in het kader van de toepassing van artikel 3, § 2, 3^o en 7^o, artikel 3, § 3, 1^o of artikel 4, § 2, tweede lid, 1^o, een advies aflevert, kan voor dit feit alleen niet worden bestraft als dader of deelnemer aan de strafbare feiten bedoeld in artikel 13/3.

HOOFDSTUK III. - De wilsverklaring.¶

Art. 4.

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

- dat hij lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;
- hij niet meer bij bewustzijn is;

- en deze toestand volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is.

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

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

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

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

De wilsverklaring is geldig voor onbepaalde duur.

De wilsverklaring kan op elk moment aangepast of ingetrokken worden.

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

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

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

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

¹⁰ De **alineas gemarkeerd** zijn toegevoegd door de wet van 19 juni 2023, en de wet van 27 maart 2024 die tot doel heeft de wetgeving met betrekking tot euthanasie te wijzigen.

1. een andere arts raadplegen over de onomkeerbaarheid van de medische toestand van de patiënt en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier en onderzoekt de patiënt. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. Indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen brengt de behandelende arts deze vertrouwenspersoon op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging.
De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen;
2. indien er een verplegend team is dat in regelmatig contact staat met de patiënt, de inhoud van de wilsverklaring bespreken met het team of leden van dat team;
3. indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen, het verzoek van de patiënt met hem bespreken;
4. indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen, de inhoud van de wilsverklaring bespreken met de naasten van de patiënt die door de vertrouwenspersoon zijn aangewezen.

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

HOOFDSTUK IV. - Aangifte.¶

Art. 5.

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

HOOFDSTUK V. - De Federale Controle- en Evaluatiecommissie.

Art. 6.

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

§ 2. De commissie bestaat uit zestien leden. Zij worden aangewezen op basis van hun kennis en ervaring inzake de materies die tot de bevoegdheid van de commissie behoren. Acht leden zijn doctor in de geneeskunde, van wie er minstens twee 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.

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

Dit document bevat de volgende gegevens:

1. de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV, de correspondentiegegevens en de woonplaats van de arts die de euthanasie heeft uitgevoerd en aangegeven;
2. de naam, de voornamen en de woonplaats van de patiënt, alsook het geslacht, de spreektaal, de datum en plaats van geboorte, en indien het gaat om een minderjarige of hij/zij oordeelsbekwaam is;
3. de datum, de plaats en het uur van overlijden van de patiënt;
4. de naam, de voornamen, de woonplaats en de hoedanigheid van de wettelijke vertegenwoordigers van de minderjarige die hun akkoord gaven voor de euthanasie;
5. de naam, de voornamen, de hoedanigheid, het registratienummer bij het RIZIV en de woonplaats van de verplicht geraadpleegde arts(en) en in voorkomend geval, psycholoog; het opgestelde advies van deze arts(en) en in voorkomend geval van deze psycholoog en de data van de raadplegingen;
6. de naam, de voornamen, de hoedanigheid en de woonplaats van alle personen en instanties die door de arts die de euthanasie heeft uitgevoerd en aangegeven, werden geraadpleegd, alsook de data van de raadplegingen;
7. indien er een wilsverklaring is waarin één of meerdere vertrouwenspersonen worden aangewezen, de naam en de voornamen van de betrokken vertrouwensperso(o)n(en);
8. Indien de euthanasie is uitgevoerd op basis van een wilsverklaring, moet de toestand van bewustzijn of niet meer bij bewustzijn van de patiënt op het moment van de euthanasie, vermeld worden;
9. de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV en het adres van de apotheker die de producten heeft afgeleverd, de afgeleverde producten en hun hoeveelheid en eventueel het overschot dat aan de apotheker werd terugbezorgd;
10. de wijze waarop de euthanasie is toegepast en de gebruikte middelen;
11. de aard van de ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening waaraan de patiënt leed;
12. de aard van de aanhoudende en ondraaglijke fysieke en/of psychische pijn;
13. de redenen waarom dit lijden niet gelenigd kon worden;
14. de geschatte korte of niet korte termijn van het overlijden;
15. de elementen waaruit blijkt dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van enige externe druk;
16. het bestaan van een wilsverklaring bedoeld in artikel 4, de datum wanneer deze werd opgesteld en of deze werd opgesteld door de patiënt of door een derde, of het bestaan van een schriftelijk verzoek bedoeld in artikel 3, § 4, de datum

wanneer dit werd opgesteld en of het werd opgesteld door de patiënt of door een derde;

17. de procedure die de arts gevolgd heeft.

§ 2. Onverminderd artikel 8, derde lid, kan het in paragraaf 1 bedoelde registratiedocument enkel aan de leden van de commissie en aan het administratief personeel dat ter beschikking van de commissie is gesteld worden meegedeeld en kan het aan geen andere persoon of instantie worden meegedeeld.

§ 3. De gegevens die worden verzameld in het in paragraaf 1 bedoelde registratiedocument worden verwijderd na het verstrijken van de termijn van twintig jaar na het overlijden van de persoon waarop het registratiedocument betrekking heeft. Indien een rechtsvordering is ingesteld, wordt deze termijn verlengd tot op het ogenblik waarop omtrent deze vordering een in kracht van gewijsde gegane beslissing werd getroffen.

Art. 8.

De commissie onderzoekt het volledig ingevulde registratiedocument dat haar door de arts die de euthanasie heeft uitgevoerd, is overgezonden. Zij gaat op basis van het registratiedocument na of de euthanasie is uitgevoerd onder de voorwaarden en volgens de procedure bepaald in deze wet. De commissie kan bij de arts die de euthanasie heeft uitgevoerd, elk element uit het medisch dossier dat betrekking heeft op de euthanasie opvragen.

De commissie spreekt zich binnen twee maanden uit.

Als de commissie bij beslissing genomen door een tweederdemeerderheid van oordeel is 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 uit het registratiedocument 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, neemt het lid geen deel aan de beraadslagingen van de commissie over de betrokken zaak.

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 gebaseerd op de gegevens in de ontvangen registratiedocumenten bedoeld in artikel 7, waarbij die gegevens worden geanonimiseerd.;
- 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 kunnen door de commissie aan geen andere persoon of instantie worden meegedeeld

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 controletaken 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.

De Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu wordt aangewezen als de verwerkingsverantwoordelijke in de zin van artikel 4.7) van de Algemene Verordening voor Gegevensbescherming nr. 2016/679, van de gegevens in de ontvangen registratiedocumenten bedoeld in artikel 7. De doelstelling van deze gegevensverwerking is enerzijds toezicht te houden op de rechtmatigheid van euthanasie, zoals bepaald in artikel 8, en anderzijds verslagen en aanbevelingen op te stellen, zoals bepaald in artikel 9.

Art. 12.

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

Art. 13.

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

HOOFDSTUK V/1.- Financiële bepalingen

Art. 13/1

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

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

Art. 13/2.

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

HOOFDSTUK V/2. Strafbepalingen

Art. 13/3.

§ 1. De arts die een euthanasie uitvoert, waarbij één van de grondvoorwaarden bepaald in artikel 3, § 1, derde of vierde gedachtestreepje of artikel 4, § 2, eerste lid, 1e tot 3e streepje, niet wordt nageleefd, wordt gestraft met opsluiting van tien jaar tot vijftien jaar.

§ 2. De arts die een euthanasie uitvoert, waarbij één of meerdere van de procedurele voorwaarden bepaald in artikel 3, § 2, 3° en 7°, en § 3, 1°, of artikel 4, § 2, tweede lid, 1°, niet worden nageleefd, wordt gestraft met een gevangenisstraf van acht dagen tot drie jaar en een geldboete van 26 euro tot 1.000 euro, of één van die straffen alleen.

Indien verzachtende omstandigheden aanwezig zijn, kunnen de gevangenisstraf, de werkstraf, de autonome probatiestraf en de geldboete respectievelijk tot beneden acht dagen, vijfenveertig uren, twaalf maanden en zesentwintig euro worden verminderd, zonder dat zij lager mogen zijn dan politiestrafen. De rechter kan ook een van die straffen afzonderlijk toepassen.

§ 3. De bepalingen van boek I van het Strafwetboek, met inbegrip van hoofdstuk VII en artikel 85, zijn van toepassing op de misdrijven bepaald in dit artikel.

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 27-03-2024 gepubliceerd op 29-03-2024 (gewijzigde art. : 3ter; 7; 8; 9; 11; 13/3)
- Wet van 19-06-2023 gepubliceerd op 29-09-2023 (gewijzigd art. : 6)
- Wet van 18-05-2022 gepubliceerd op 30-05-2022 (gewijzigde art.: 13/1; 13/2)
- Wet van 15-03-2020 gepubliceerd op 23-03-2020 (gewijzigde art.: 4; 14)
- Wet van 05-05-2021 gepubliceerd op 24-05-2021 (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

Voor 7 augustus 2023

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

Sinds 7 augustus 2023 voor de eerste effectieve leden en sinds 19 november 2024 voor plaatsvervangende leden en twee nieuwe effectieve leden.

Als doctor in de geneeskunde, van wie er minstens vier docent, hoogleraar of emeritus hoogleraar zijn aan een Belgische universiteit	
1. De heer. Jacques Brotchi (F); 2. De heer Wim Distelmans (N), Nederlandstalig voorzitter; 3. De heer Didier Giet (F); 4. Mevrouw Nina Kjeldahl (F); 5. De heer Luc Proot (N); 6. De heer Patrik Vankrunkelsven (N); 7. Mevrouw Bea Verbeeck (N); 8. De heer Chris Verslype (N);	1. Mevrouw Ilke Montag (N) 2. Mevrouw Lieve Van Ermen (N) 3. De heer Jacques Daele (F) 4. Mevrouw Vinciane Vlieghe (F) 5. De heer Marc De Hert (N), ontslagnemend 6. De heer Emmanuel Keirse (N) 7. niet voorzien 8. niet voorzien
Als docent, hoogleraar of emeritus hoogleraar in de rechten aan een Belgische universiteit of advocaat	
9. Mevrouw Jacqueline Herremans (F), Franstalig voorzitter; 10. De heer Yves-Henri Leleu (F); 11. Mevrouw Geneviève Toussaint (F) - ontslagnemend ; vervangend door de heer Patrick Henry (F) 12. Mevrouw Isabelle De Clercq (N) ; ontslagnemend ; vervangend door de heer Walter De Bondt(N) ook ontslagnemend	9. niet voorzien 10. De heer Frank Flerackers (N) - ontslagnemend 11. De heer. Anthony Rizzo (F) 12. niet voorzien
Als leden uit kringen die belast zijn met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten:	
13. De heer Marc Desmet (N), 14. Mevrouw Natasia Hamarat (F), 15. Mevrouw Eliane Janssens (F), 16. Mevrouw Mariette Van Hoek (N).	13. De heer Paul Destrooper (N) 14. Mevrouw Annemie Van De Casteele (N) 15. Mevrouw Nadeige Struyf (F) 16. Mevrouw Corinne Vaysse (F)

FCEE

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie

Secretariaat van de Commissie.

Galileelaan 5/2

1210 Brussel - België

euthanasiacom@health.fgov.be

www.euthanasiacommissie.be

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

VERANTWOORDELIJKE REDACTIE : Wim Distelmans en Jacqueline Herremans, covoorzitters van de FCEE
Januari 2025