



Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie

**Twaalfde verslag aan de Wetgevende Kamers
(jaren 2024-2025)**

Dit verslag is opgesteld op basis van de analyse van de registratiedocumenten die door artsen worden ingevuld **na de uitvoering van euthanasie en heeft betrekking op de jaren 2024 en 2025**. We herinneren eraan dat de Belgische wetgever gekozen heeft voor een a-posteriori controle, waardoor er geen centralisatie van de euthanasieverzoeken bestaat.

De commissie beschikt over geen enkele onderzoeksbevoegdheid of bevoegdheid om bijkomend onderzoek te verrichten, het professionalisme van artsen te beoordelen of tussen te komen in medische beslissingen.

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 1^{ste} september 2026.

Synthese van de belangrijkste vaststellingen	4
De Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie	5
Rol en opdracht	5
Werking	5
Vragen aan de Commissie buiten haar controleopdracht	6
De euthanasiewet: essentiële materiële voorwaarden en vorm- en procedurevoorwaarden	6
Controle a posteriori	7
Impact van de wetswijzigingen	8
Grafische gegevens 2024-2025	10
Aantal ontvangen registratiedocumenten	10
Profiel van de patiënten	11
Context	12
Medische aspecten	14
Proces	19
Controle	21
Thematische analyse	23
Euthanasie bij patiënten die niet binnen afzienbare termijn zullen komen te sterven.	23
Euthanasie bij patiënten die lijden aan polypathologie.	27
Euthanasie bij patiënten die lijden aan een psychiatrische aandoening.	32
Euthanasie bij patiënten die lijden aan een cognitieve stoornis (dementieel syndroom.)	35
De euthanasie uitvoering.	37
Euthanasie en orgaandonatie	37
Duo Euthanasie	38
Patiënten die in het buitenland verblijven	38
Aanbevelingen 2024-2025	39
Aanbevelingen met betrekking tot de praktijk en de registratie van euthanasie	39
Aanbevelingen met betrekking tot de werking van de Commissie	41
Uitvoering van nationale wetenschappelijke studies over alle medische beslissingen aan het levenseinde	43
Wat betreft de noodzaak om burgers te informeren en zorgverleners op te leiden	43
Bijlagen	44
Bijlage 1: Gedetailleerde cijfers 2024-2025	44
Bijlage 2 : Geconsolideerde wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie	52
Bijlage 3 : ledenlijst van de commissie	58
Annexe 3 : Document d'enregistrement d'avril 2024 à mai 2026	59

Synthese van de belangrijkste vaststellingen

In twee jaar

8.478 registratiedocumenten ontvangen

- **75,7%** opgesteld in het **Nederlands** (6421)
- **24,3%** opgesteld in het **Frans** (2057)

3,8% van de overlijdens in België

+14,5% stijging sinds 2023

73,1% van de patiënten was **ouder dan 70 jaar** (6206)

1,3% was **jonger dan 40 jaar** (111)

2 minderjarigen

67,5% van de euthanasie vond plaats op de **verblijfplaats van de patiënt**

24,2% overleden **niet binnen afzienbare termijn**

51,8% Kankers (4394)

28,3% polypathologie (2398)

8,1% neurologische aandoeningen (690)

3,1% ademhalingsaandoeningen (260)

2,5% hartaandoeningen (212)

1,6% cognitieve stoornissen (dementieel syndroom) (133)

1,5% psychiatrische aandoeningen (129)

84,3% lichamelijk en psychisch lijden (7143)

13,9% lichamelijk lijden (1176)

1,9% psychisch lijden (159)

96,5% gevalideerde dossiers in **eerste lezing** (8181)

3,5% na bijkomende uitwisseling met de arts (297)

0 dossiers overgemaakt aan het **gerecht**

Dit verslag bevestigt de constante toename van het aantal registratiedocumenten euthanasie, met uitzondering van 2020, het jaar van de covidcrisis. Logischerwijs gaat dit ook gepaard met een stijging van het aandeel overlijdens door euthanasie ten opzichte van het totaal aantal overlijdens in ons land.

Het aantal registratiedocumenten neemt toe in beide landstalen, zij het met een wisselende dynamiek van jaar tot jaar. Het verschil tussen het aantal documenten opgesteld in het Nederlands en het aantal documenten opgesteld in het Frans blijft echter aanzienlijk.

De meerderheid van de euthanasiegevallen heeft betrekking op patiënten ouder dan 70 jaar, in het bijzonder bij patiënten ouder dan 80 jaar. Gevallen bij personen jonger dan 40 jaar blijven zeldzaam.

Er werden twee euthanasieën bij minderjarigen geregistreerd.

De meerderheid van de euthanasieën werd uitgevoerd in de verblijfplaats van de patiënt (thuis en woonzorgcentra samen), dit bevestigt dat patiënten in hun vertrouwde omgeving willen blijven. Het aantal uitgevoerd blijft in het ziekenhuis globaal stabiel.

Het overlijden is in de meeste gevallen op korte termijn te verwachten. De gevallen waarin dit niet het geval is, nemen in aantal toe, voornamelijk wat betreft polypathologie, terwijl oncologische gevallen minder vaak als “niet-terminaal” worden ingedeeld.

Euthanasie bij patiënten die buiten bewustzijn zijn en die een voorafgaande wilsverklaring hebben opgesteld, blijven uitzonderlijk en vertonen zelfs een dalende tendens.

Kankers blijven de belangrijkste onderliggende aandoening bij euthanasieverzoeken, hoewel hun aandeel afneemt. Polypathologie neemt toe en vormt de tweede medische oorzaak van euthanasie, terwijl het aantal euthanasiegevallen wegens aandoeningen van het zenuwstelsel stabiel blijven. Euthanasie wegens psychiatrische aandoeningen en cognitieve stoornissen (dementieel syndroom) blijven op hun beurt zeldzaam, ook al wordt een toename van deze gevallen vastgesteld.

Het opheffen van de anonimiteit in het registratiedocument laat ons toe de belangrijke rol van huisartsen vast te stellen, zowel als eerste aanspreekpunt voor patiënten als voor het eerste advies en de uitvoering van de euthanasie. Daarnaast is een opleiding in palliatieve zorg steeds meer verspreid onder de geraadpleegde artsen.

De Commissie is van oordeel dat alle ontvangen registratiedocumenten voldeden aan de essentiële voorwaarden van de wet en geen enkel dossier werd overgemaakt aan de procureur des Konings. De kwaliteit van de verstrekte informatie is toegenomen sinds de opheffing van de anonimiteit en de wijziging van het registratiedocument.

De Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie

Rol en opdracht

Elke arts die euthanasie heeft uitgevoerd, is verplicht aan de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie (hierna: de Commissie) een registratiedocument euthanasie te bezorgen. Dit document bevat de gegevens die nodig zijn om na te gaan of aan de voorwaarden en de procedure zoals bepaald door de wet is voldaan. Verzoeken die niet leiden tot een euthanasie, met inbegrip van weigeringen, worden niet geregistreerd en vallen niet onder de bevoegdheid van de Commissie.

De Commissie is samengesteld uit 8 artsen, 4 juristen en 4 personen afkomstig uit milieus die betrokken zijn bij de problematiek van patiënten met een ongeneeslijke ziekte, met inachtneming van de taalpariteit en het pluralisme. 16 leden worden aangewezen als effectieve leden, 16 andere als plaatsvervangende leden. Zij stelt een tweejaarlijks verslag op voor de Kamer van volksvertegenwoordigers, dat statistische gegevens bevat, een evaluatie van de toepassing van de wet en eventuele aanbevelingen.

De Commissie wordt bijgestaan door een administratief kader (ambtenaren die deel uitmaken van de FOD Volksgezondheid), dat instaat voor de verwerking van de registratiedocumenten en de coördinatie van alle activiteiten van de Commissie.

Ter herinnering: de Commissie beschikt over **geen enkele onderzoeksbevoegdheid noch over een disciplinaire bevoegdheid**.

Werking

In het kader van haar a posteriori controleopdracht onderzoekt de Commissie maandelijks de registratiedocumenten die worden overgemaakt door artsen die een euthanasie hebben uitgevoerd, **hetzij 350 tot meer dan 400 dossiers per vergadering** (cijfers 2024-2025), met **een minimum van twaalf vergaderingen per jaar**. Om een grondige en coherente beoordeling van alle documenten te waarborgen, steunt de evaluatie op een procedure die gestructureerd is in twee fasen: een voorafgaand individueel onderzoek en een collegiale analyse tijdens de vergadering.

In de maand voorafgaand aan elke vergadering ontvangen alle effectieve en plaatsvervangende leden de registratiedocumenten. Elk lid verricht een autonome analyse van de dossiers en kan die dossiers signaleren waarvoor bijkomende informatie nodig is of die vragen doen rijzen over de naleving van de wettelijke voorwaarden. Deze voorbereidende werkzaamheden, die op **vrijwillige** basis worden verricht, vormen een essentieel onderdeel van de activiteiten van de Commissie en komen boven op de deelname aan de maandelijkse vergaderingen en de bijhorende taken (zoals het opstellen van het verslag, het formuleren van specifieke adviezen, het ontvangen van buitenlandse delegaties, beantwoorden van vragen van journalisten, etc.).

De maandelijkse vergadering is gewijd aan het collegiale onderzoek van de dossiers die bijzondere aandacht vereisen. Dossiers waarvoor geen twijfel bestaat over de naleving van de wet worden zonder verdere bespreking goedgekeurd. In geval van aanhoudende twijfel kan de Commissie bijkomende informatie opvragen bij de meldende arts of, indien nodig, beslissen hem te horen.

Wanneer de Commissie van oordeel is dat niet aan de wettelijke voorwaarden is voldaan, wordt een stemming georganiseerd met het oog op een eventuele doorverwijzing van het dossier naar de procureur des Konings; deze beslissing vereist een gekwalificeerde meerderheid van twee derde van de stemmen.

De leden van de Commissie zijn onderworpen aan een strikte vertrouwelijkheidsplicht. Daarnaast dienen zij zich te onthouden wanneer zij betrokken zijn geweest bij een euthanasie die het voorwerp vormt van een onderzoek. De interne werking van de Commissie wordt geregeld door een huishoudelijk reglement, dat publiek toegankelijk is. ([Huishoudelijk reglement en werkwijze van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie voor Euthanasie](#))

Vragen aan de Commissie buiten haar controleopdracht

De Commissie ontvangt regelmatig verzoeken om advies van artsen of naasten van patiënten met betrekking tot een lopend euthanasiedossier. In dergelijke gevallen dient de Commissie haar terughoudendheid te bewaren, ze kan geen enkel antwoord geven dat zou kunnen worden geïnterpreteerd als een sturing of een goedkeuring van een specifiek dossier. De commissie beperkt zich er telkens toe het wettelijke kader in herinnering te brengen en verwijst naar andere instanties die hen kunnen bijstaan (zoals LEIF en het EOL-forum, Palliatieve Zorg Vlaanderen en Fédération Wallonne des Soins Palliatifs (FWSP)).

Naast deze verzoeken ontvangt het administratieve kader van de Commissie, via de FOD Volksgezondheid, ook vragen van burgers die in België, maar vooral in het buitenland verblijven, in het bijzonder van patiënten die in Frankrijk wonen (200 tot 250 aanvragen per jaar). Het enige antwoord dat kan worden gegeven, bestaat uit het herinneren aan de wettelijke bepalingen en het verstrekken van informatie over verenigingen die de betrokkenen eventueel kunnen begeleiden of ondersteunen.

De euthanasiewet: essentiële materiële voorwaarden en vorm- en procedurevoorwaarden

Overeenkomstig de wet betreffende euthanasie van 28 mei 2002 moet de arts die een euthanasie heeft uitgevoerd een registratiedocument invullen en dit binnen vier werkdagen na de uitvoering aan de Commissie overmaken.

Controle van euthanasie uitgevoerd op basis van een actueel verzoek: de betrokken persoon was bewust en wilsbekwaam en heeft uitdrukkelijk aan zijn arts om euthanasie verzocht.

De Commissie ziet er eveneens op toe dat de essentiële voorwaarden van de wet werden nageleefd. In dat kader controleert zij met name:

- Of de betrokkene zich bevond in een medisch uitzichtloze toestand als gevolg van een (of meerdere) ernstige en ongeneeslijke aandoening(en), veroorzaakt door een ongeval of ziekte;
- Of het lijden, veroorzaakt door deze aandoening(en), aanhoudend, ondraaglijk en niet te lenigen was;
- Of het verzoek om euthanasie vrijwillig, weloverwogen en herhaaldelijk werd geformuleerd, en niet tot stand kwam onder externe druk.

De Commissie ziet er eveneens op toe dat de vorm- en procedurevoorwaarden van de wet werden nageleefd. In dat kader controleert zij met name:

- Of de betrokkene werd geïnformeerd over zijn gezondheidstoestand, zijn levensverwachting, de mogelijke therapeutische opties en de palliatieve zorgen en hun gevolgen;
- Of de arts en de patiënt samen tot de overtuiging zijn gekomen dat er geen redelijke andere oplossing bestaat voor de medische situatie waarin de patiënt zich bevindt;
- Of het eventuele zorgteam werd geraadpleegd en of de door de betrokkene aangewezen naasten werden gecontacteerd indien hij of zij dat wenste;
- Of de patiënt de mogelijkheid had om vrij met personen naar keuze over zijn verzoek te spreken;

- Of er een schriftelijk, gedateerd en ondertekend verzoek werd opgesteld (of werd vastgelegd door een derde zonder materieel belang indien de patiënt niet zelf kan schrijven);
 - Of een onafhankelijke arts werd geraadpleegd die zich heeft uitgesproken over de ernst en de ongeneeslijkheid van de aandoening en over het aanhoudend, ondraaglijk en niet te lenigen karakter van het lijden (eerste medisch advies).
- **Indien de betrokkene minderjarig was:** dat de wettelijke vertegenwoordiger(s) hun toestemming hebben gegeven, dat een kinderpsychiater of psycholoog werd geraadpleegd om de oordeelsbekwaamheid te beoordelen, dat het overlijden binnen afzienbare tijd werd verwacht en dat er sprake was van lichamelijk lijden.
- **Indien het overlijden van de meerderjarige niet op korte termijn te verwachten was:** of een tweede advies werd ingewonnen van een onafhankelijke arts die specialist is in de aandoening of van een onafhankelijke psychiater (om zich uit te spreken over het aanhoudende, ondraaglijke en niet te lenigen lijden en over het overwogen, herhaald, vrijwillig en zonder externe druk karakter van het verzoek) en of er tussen het schriftelijk vastleggen van het verzoek en de uitvoering de wachttijd van minstens één maand werd nageleefd.

Controle van een euthanasie uitgevoerd op basis van een voorafgaande wilsverklaring: de betrokkene leed aan een ernstige en ongeneeslijke aandoening, was buiten bewustzijn, de medische toestand was onomkeerbaar.

Op basis van het registratiedocument gaat de Commissie na of de arts de door de wet vastgestelde **voorwaarden** heeft nageleefd. Zij controleert:

- Of de betrokkene meerderjarig was en een voorafgaande wilsverklaring inzake euthanasie had opgesteld die voldoet aan het wettelijk model;
- Of hij of zij buiten bewustzijn was (onomkeerbare coma of persisterende vegetatieve toestand) en leed aan één of meerdere ernstige en ongeneeslijke aandoeningen (ongeval of ziekte);
- Of zijn of haar medische toestand volgens de actuele stand van de wetenschap als onomkeerbaar werd beschouwd.
- Of de arts overleg heeft gepleegd met de vertrouwenspersoon/personen aangeduid in de voorafgaande wilsverklaring, met het zorgteam en met de door de vertrouwenspersoon/personen aangewezen naasten;
- Of een onafhankelijke arts werd geraadpleegd die zich heeft uitgesproken over het onomkeerbare karakter van de toestand.

Controle a posteriori

De Commissie evalueert elke euthanasie op basis van het registratiedocument dat door de arts wordt overgemaakt, zonder toegang te hebben tot het volledige medisch dossier. Het is dus essentieel dat de arts de klinische context nauwkeurig beschrijft, zodat alle leden van de Commissie — ook zij die geen arts zijn — een volledig en begrijpelijk onderzoek kunnen uitvoeren. Wanneer de verstrekte informatie onvoldoende is, vraagt de Commissie bijkomende toelichting of kan zij de arts horen om de context en de motieven van zijn beslissing te verduidelijken.

Tijdens de twee jaren waarop dit verslag betrekking heeft, stelde de Commissie vast dat sommige rubrieken kennelijk verkeerd werden begrepen. Zo gebeurt het bijvoorbeeld dat artsen slechts een onderdeel van een rubriek beantwoorden (bv. de aard van het lijden beschrijven zonder het niet-te-lenigen karakter ervan te preciseren), of dat zij zich beperken tot een antwoord zoals 'ja' op een vraag (met name wat betreft het vrijwillige, overwogen en herhaalde karakter van het verzoek), zonder voldoende concrete elementen te verstrekken die de Commissie in staat stellen de gegrondheid ervan te beoordelen. In andere gevallen houdt de moeilijkheid verband met technische aspecten (bijv. een kolom of rubriek die niet correct wordt weergegeven). Wanneer dit zich voordoet en de informatie niet elders in het

document kan worden teruggevonden, worden bijkomende gegevens opgevraagd. Uit de analyse van de registratiedocumenten blijkt ook dat in sommige gevallen verouderde documenten worden gebruikt. Deze situatie komt voor bij verschillende artsen, ook bij diegenen die slechts zelden euthanasie uitvoeren. In dergelijke gevallen wordt systematisch herinnerd aan de noodzaak om de website van de Commissie te raadplegen en de meest recente versie te gebruiken.

De opheffing van de anonimiteit heeft bovendien het toevoegen van bewijsstukken vereenvoudigd: artsen hoeven de documenten niet langer te anonimiseren en voegen daarom, naast het invullen van de verschillende rubrieken, vaak kopieën toe van hun eigen raadplegingen of van die van de geraadpleegde artsen.

Zij heeft bovendien mogelijk gemaakt om duidelijker de situaties te identificeren waarin de behandelende arts, om persoonlijke of technische redenen, ondersteuning vraagt voor de uitvoering van de handeling of, in uitzonderlijke omstandigheden (als gevolg van overmacht of zelfs een noodtoestand), de uitvoering overdraagt aan de geraadpleegde arts die deze bijstand verleent. Dergelijke situaties kunnen vragen oproepen over de rolverdeling, in het bijzonder met betrekking tot de identificatie van de arts die de verantwoordelijkheid voor de handeling draagt. Sommige gevallen worden gemeld door artsen die geconfronteerd worden met een bijzonder belangrijke morele en ethische beslissing: enerzijds zich strikt houden aan de formele en procedurele voorwaarden zoals voorzien door de wet, met name wanneer zij ook als consulterende arts in het dossier zijn tussengekomen, en anderzijds ingaan op het gerechtvaardigde euthanasieverzoek van de patiënt, zelfs wanneer een collega tekortschiet. Ongeacht de aangevoerde redenen moeten de wettelijke voorwaarden steeds strikt worden nageleefd.

Los van deze specifieke situaties stelt zich meer algemeen de vraag naar de onafhankelijkheid van de geraadpleegde arts. Deze mag geen hiërarchische of familiale band hebben, noch een doorlopende therapeutische relatie onderhouden met de patiënt wat betreft de aandoening die aanleiding geeft tot de vraag. Het is essentieel elk belangen- of loyaliteitsconflict te vermijden dat het advies zou kunnen beïnvloeden; bij twijfel dient dit te worden gesignaleerd en een bijkomende consultatie te worden aanbevolen. Deze vereiste beoogt de objectiviteit en een frisse blik op de situatie van de patiënt te waarborgen. Verschillende artsen benadrukken evenwel dat in bepaalde contexten, de behandelende arts de patiënt beter kent en de intensiteit van diens lijden beter kan inschatten. Hoewel dit correct is, dient eraan te worden herinnerd dat de arts uiteraard bijkomende consultaties kan organiseren bovenop de consultaties die wettelijk vereist zijn. Wanneer de behandelende arts niet zelf belast is met de behandeling van het euthanasieverzoek van zijn patiënt, doet de arts die het verzoek behandelt er goed aan de behandelende arts te raadplegen teneinde zijn dossier zorgvuldig te documenteren.

De Commissie heeft vastgesteld dat alle ontvangen registratiedocumenten voldeden aan de essentiële voorwaarden van de wet en geen enkel dossier werd overgemaakt aan de procureur des Konings. De kwaliteit van de verstrekte informatie is verbeterd sinds de opheffing van de anonimiteit en de aanpassing van het registratiedocument. In zeldzame gevallen werden aangiften door de Commissie aanvaard hoewel een of ander procedurepunt niet strikt werd nageleefd, maar telkens werd verzekerd dat de essentiële materiële voorwaarden van de wet volledig waren nageleefd. In dergelijke situaties hebben de betrokken artsen systematisch een didactische brief ontvangen.

Impact van de wetswijzigingen

De bovenstaande vaststellingen moeten worden geplaatst in de context van de recente wetsontwikkelingen, die de modaliteiten van de a posteriori controle rechtstreeks hebben beïnvloed. Het arrest *Mortier T. België* van 4 oktober 2020¹ vormt in dit opzicht een belangrijke mijlpaal in de beoordeling van het Belgische controlesysteem inzake euthanasie. Ter herinnering: het Europees Hof voor de Rechten van de Mens heeft de principes van de Belgische euthanasiewet, met inbegrip van de a posteriori controle, gevalideerd, maar heeft een kritiek geformuleerd met betrekking tot de onafhankelijkheid van de Commissie. Een arts kon immers

¹ *Mortier c. Belgique*, no 78017/17. (2022, 4 octobre). Cour européenne des droits de l'homme. [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:\[%22001-219559%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:[%22001-219559%22]}).

deelnemen aan het beraad over een aangifte van euthanasie terwijl hij zelf betrokken was geweest bij het proces. Wanneer deze arts aangaf dat hij de euthanasie had uitgevoerd of een advies had verstrekt, werd de anonimiteit doorbroken. Hoewel deze arts(en) doorgaans een terughoudende houding aannamen, heeft het Hof geoordeeld dat dit mechanisme onvoldoende waarborgen bood, aangezien het in wezen afhankelijk was van het individuele gedrag van de betrokken leden en op zich geen objectieve garantie bood voor de integriteit van het controleproces.

In dat perspectief werd de opheffing van de anonimiteit overwogen als een rechtstreeks antwoord op deze problematiek. De identificatie van de artsen die betrokken waren bij de uitvoering van euthanasie maakt het voortaan mogelijk om potentieel problematische situaties duidelijker in kaart te brengen. Tegelijkertijd wordt herinnerd aan de vertrouwelijkheid waaraan de leden van de Commissie onderworpen zijn. De namen van de artsen die betrokken waren bij een euthanasieprocedure mogen in geen geval openbaar worden gemaakt.

Het vorige verslag vormt de eerste concrete terugkoppeling over de toepassing van deze maatregelen, ingevoerd naar aanleiding van de wetswijziging van 27 maart 2024. Deze hervorming omvat eveneens specifieke strafrechtelijke sancties voor de essentiële voorwaarden, evenals voor een procedureel element, met name de raadpleging van één of twee artsen, en dit naar aanleiding arrest van het Grondwettelijk Hof van 20 oktober 2022 (arrest n° 134/2022).² Het Hof oordeelde dat de regeling zoals voorzien door de wet van 28 mei 2002 in strijd was met het gelijkheids- en niet-discriminatiebeginsel, aangezien “elke niet-naleving van de voorwaarden en procedures van de wet van 28 mei 2002 door de arts die euthanasie uitvoert [...] aanleiding kan geven tot één en dezelfde strafrechtelijke kwalificatie overeenkomstig de bestaande bepalingen van het Strafwetboek op grond waarvan euthanasie strafbaar kan worden gesteld”. Het Hof stelde aldus vast dat dit mechanisme leidde tot een disproportionele bestraffing van elke tekortkoming, ongeacht of het ging om essentiële inhoudelijke voorwaarden dan wel om procedurele vereisten.

In het licht van deze ontwikkelingen stelt de Commissie vast dat de opheffing van de anonimiteit bijdraagt tot een betere beheersing van de onpartijdigheid, aangezien de identificatie van de artsen het voortaan mogelijk maakt de respectieve tussenkomsten in elk dossier beter te duiden. Deze regeling gaat bovendien gepaard met een grotere efficiëntie in de werking, zowel op administratief vlak (waarbij het secretariaat, in voorkomend geval, de dossiers waarin een lid van de Commissie betrokken is, rechtstreeks kan verwerken) als in de werking van de Commissie zelf, aangezien de uitwisselingen hierdoor worden vergemakkelijkt.

De Commissie stelt eveneens een verbetering vast van de kwaliteit van de registratiedocumenten. De aangiften zijn vollediger en vaak worden gemotiveerde adviezen van de geraadpleegde artsen toegevoegd, wat een meer diepgaande beoordeling van de situaties mogelijk maakt en een meer kwalitatieve evaluatie van de toepassing van euthanasie mogelijk maakt. De Commissie kan de ontwikkeling van deze goede praktijk, namelijk het systematisch toevoegen van dergelijke adviezen, dan ook alleen maar aanmoedigen.

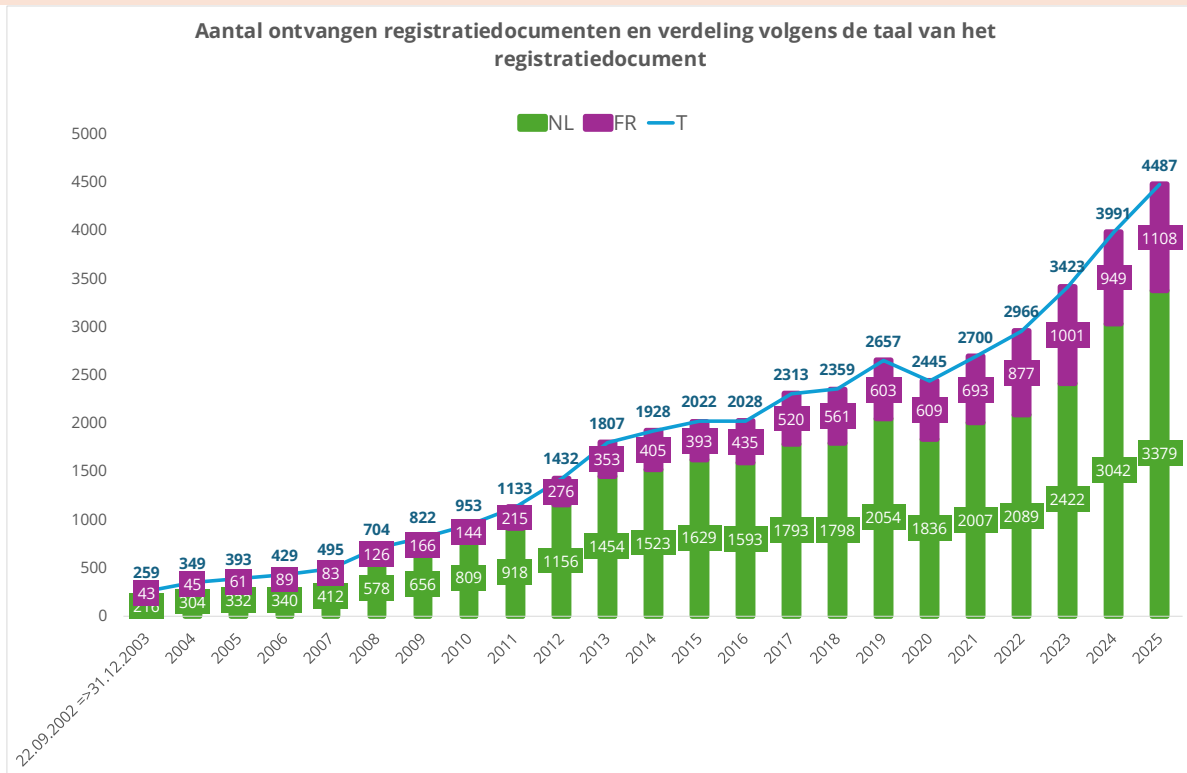
De Commissie stelt vast dat de opheffing van de anonimiteit het voortaan mogelijk maakt bepaalde vraagstukken nauwkeuriger te identificeren, met name wat betreft de verantwoordelijkheid verbonden aan de uitvoering van euthanasie. In dit kader heeft de Commissie specifieke richtlijnen uitgewerkt ter ondersteuning van de praktijk³, die bijdragen tot de ontwikkeling en verspreiding van goede praktijken, terwijl zij tegelijk de toepassing van de wettelijke voorwaarden verduidelijken. Deze evoluties zullen de komende jaren nauwgezet moeten worden opgevolgd.

Wat het stelsel van specifieke sancties betreft, wenst de Commissie zich niet verder uit te spreken, maar herinnert zij eraan dat zij de wetgever heeft verzocht om geen strafrechtelijke sanctie te voorzien voor een eventuele niet-naleving van een procedurele of vormvereiste.

²Grondwettelijk hof, arrest n° 134/2022, 20 oktober 2022, rol nr. 7727, ECLI:BE: GHCC:2022: ARR.134. <https://fr.const-court.be/public/f/2022/2022-134f.pdf>

³ Zie onder meer de nota « Specifieke sancties », dit werd eveneens opgenomen in dit verslag en kan worden gedownload via de site van de commissie: <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/specifieke-sancties> De website van de Commissie biedt bovendien toegang tot actuele informatie. [Inhoudstafel](#)

Aantal ontvangen registratiedocumenten



OVER TWEE JAAR

8 478 dossiers ontvangen

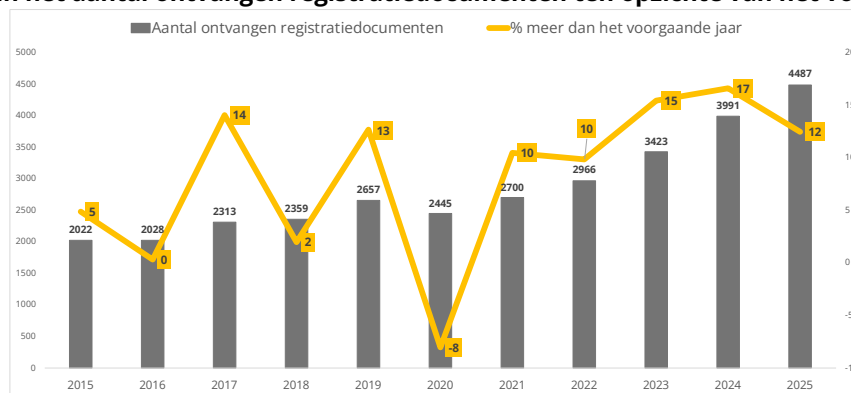
3,8% van de overlijdens in België

14,5% stijging sinds 2023

Aandeel van de gemelde overlijdens door euthanasie ten opzichte van het totaal aantal overlijdens in België (bron: StatBel).



% stijging van het aantal ontvangen registratiedocumenten ten opzichte van het voorgaande jaar



Profiel van de patiënten

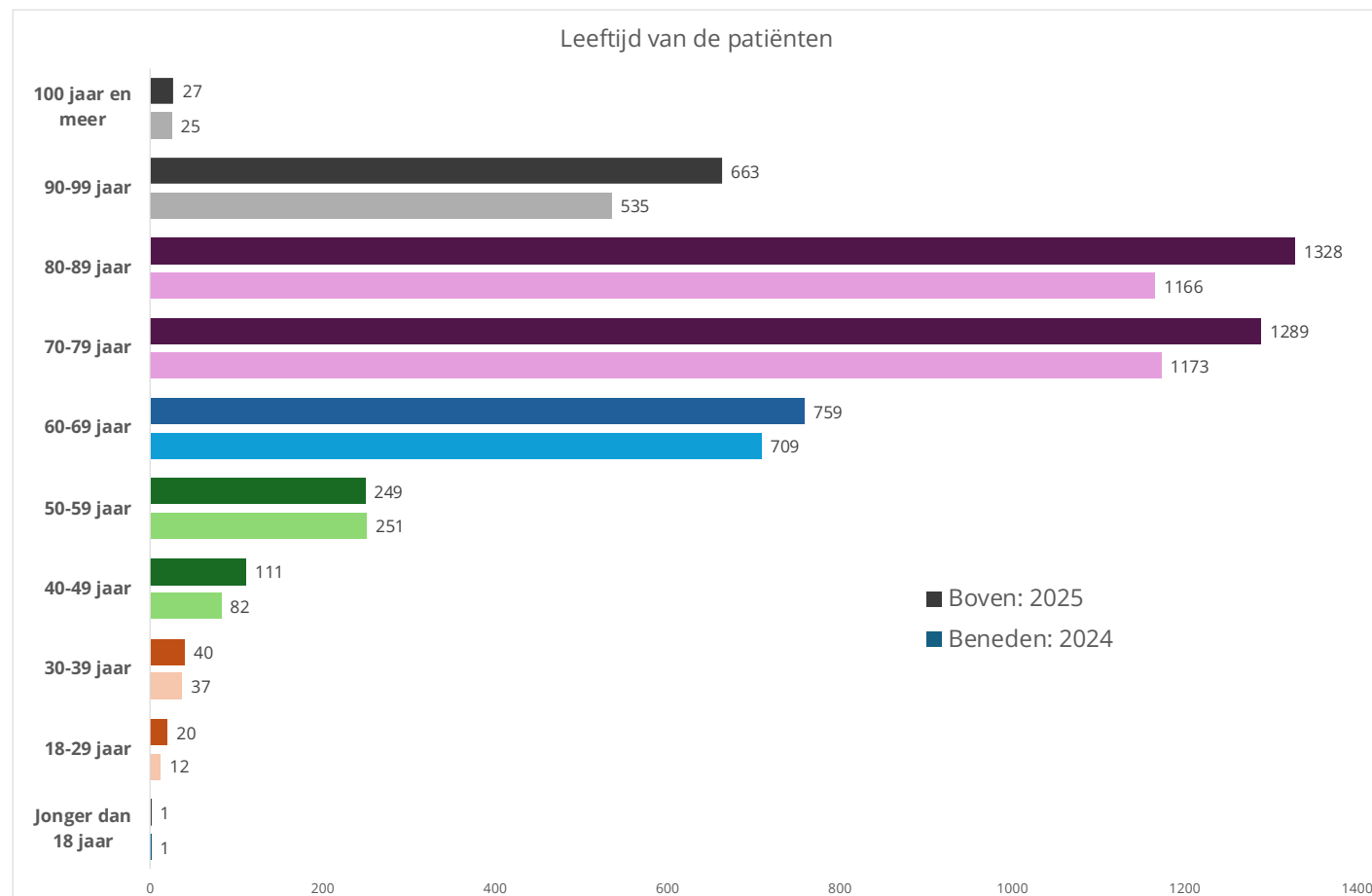
Leeftijd van de patiënten

OVER TWEE JAAR

73,1 % van de patiënten was ouder dan 70 jaar (6206)

1,3 % was jonger dan 40 jaar (111)

2 minderjarigen



Voor minderjarige patiënten voorziet de wet een aantal bijkomende voorwaarden, waarvan de belangrijkste de oordeelsbekwaamheid van de patiënt is. Ook moet de toestemming van de wettelijke vertegenwoordiger(s) worden verkregen. Alleen een actuele vraag is mogelijk en het lijden moet hoofdzakelijk fysiek zijn (dit houdt de uitsluiting in van een psychiatrische aandoening bij een minderjarige). Euthanasie is enkel mogelijk wanneer het overlijden van de minderjarige op korte termijn wordt verwacht (in de komende weken of maanden).

Gender van de patiënten: het totaal aantal aangiften is zowel bij vrouwen als bij mannen voortdurend gestegen, met een globaal evenwichtige verdeling tussen de genders.

Context

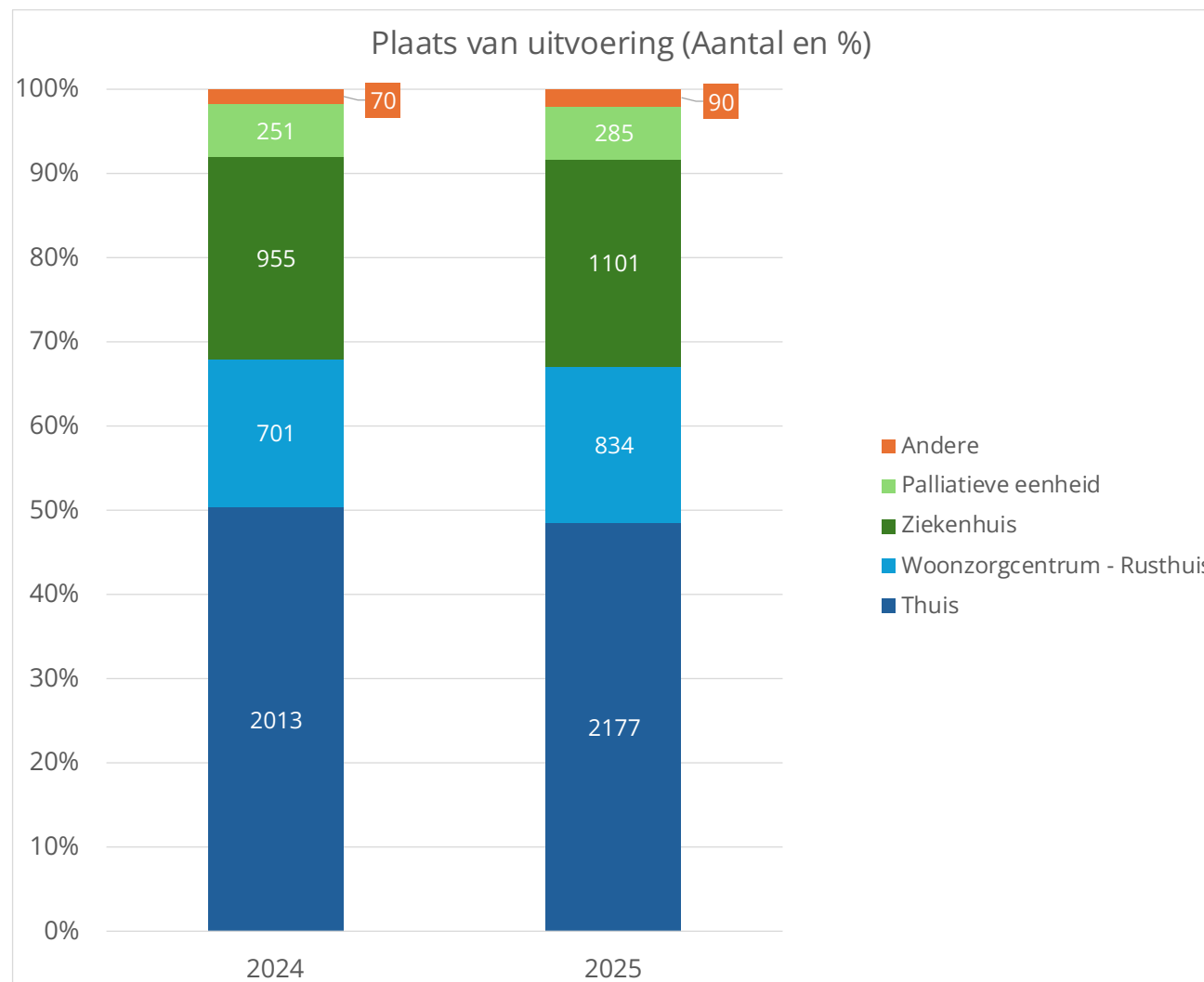
Taal van opstelling van de registratiedocumenten (taal van de uitvoerende arts): De registratiedocumenten nemen in beide talen toe, met een uiteenlopende evolutie van jaar tot jaar. Het verschil tussen de in het Nederlands en de in het Frans opgestelde documenten blijft echter aanzienlijk. Over een periode van twee jaar werd 75,7% van de dossiers in het Nederlands opgesteld (6421) en 24,3% in het Frans (2057).

Plaats van euthanasie

OVER TWEE JAAR

67,5% van de handelingen op de verblijfplaats van de patiënt

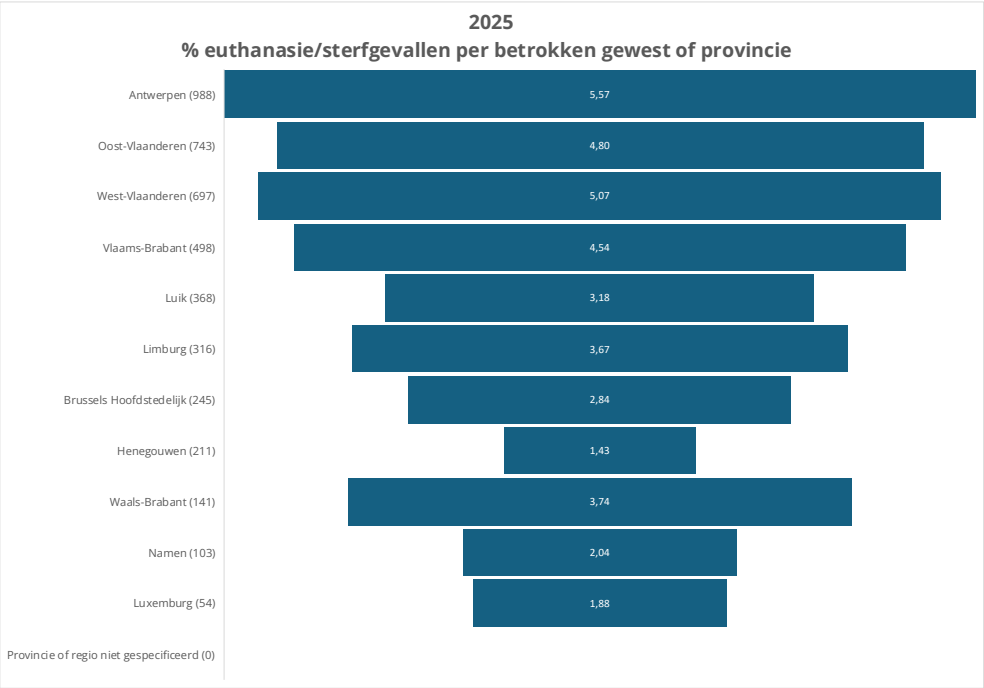
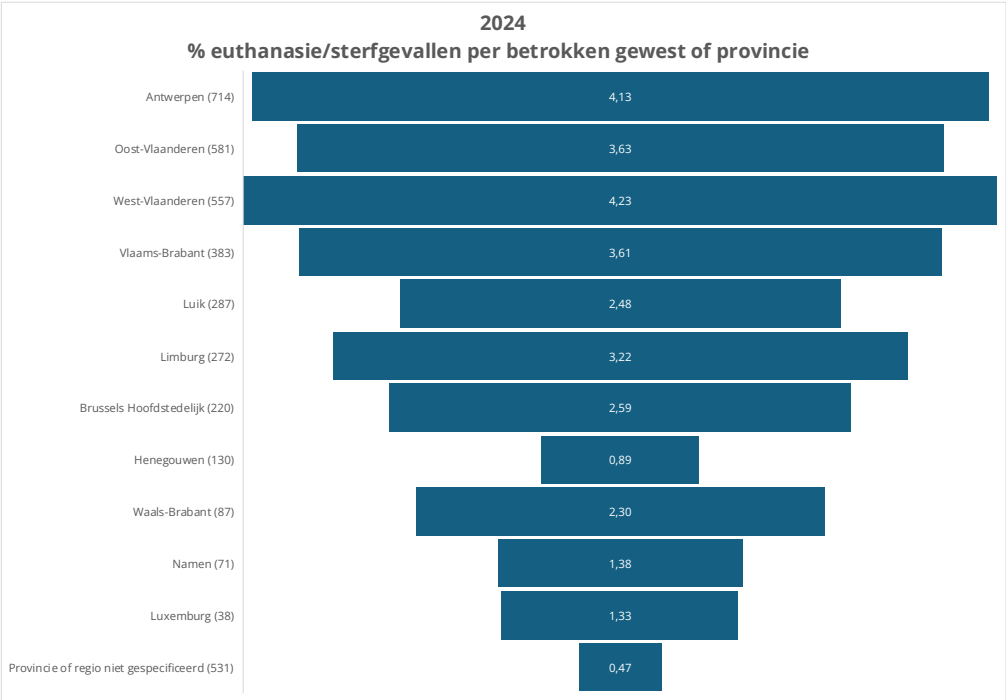
- 4190 thuis
- 1535 woonzorgcentrum



Geografische spreiding (Plaats van residentie patiënt)

België

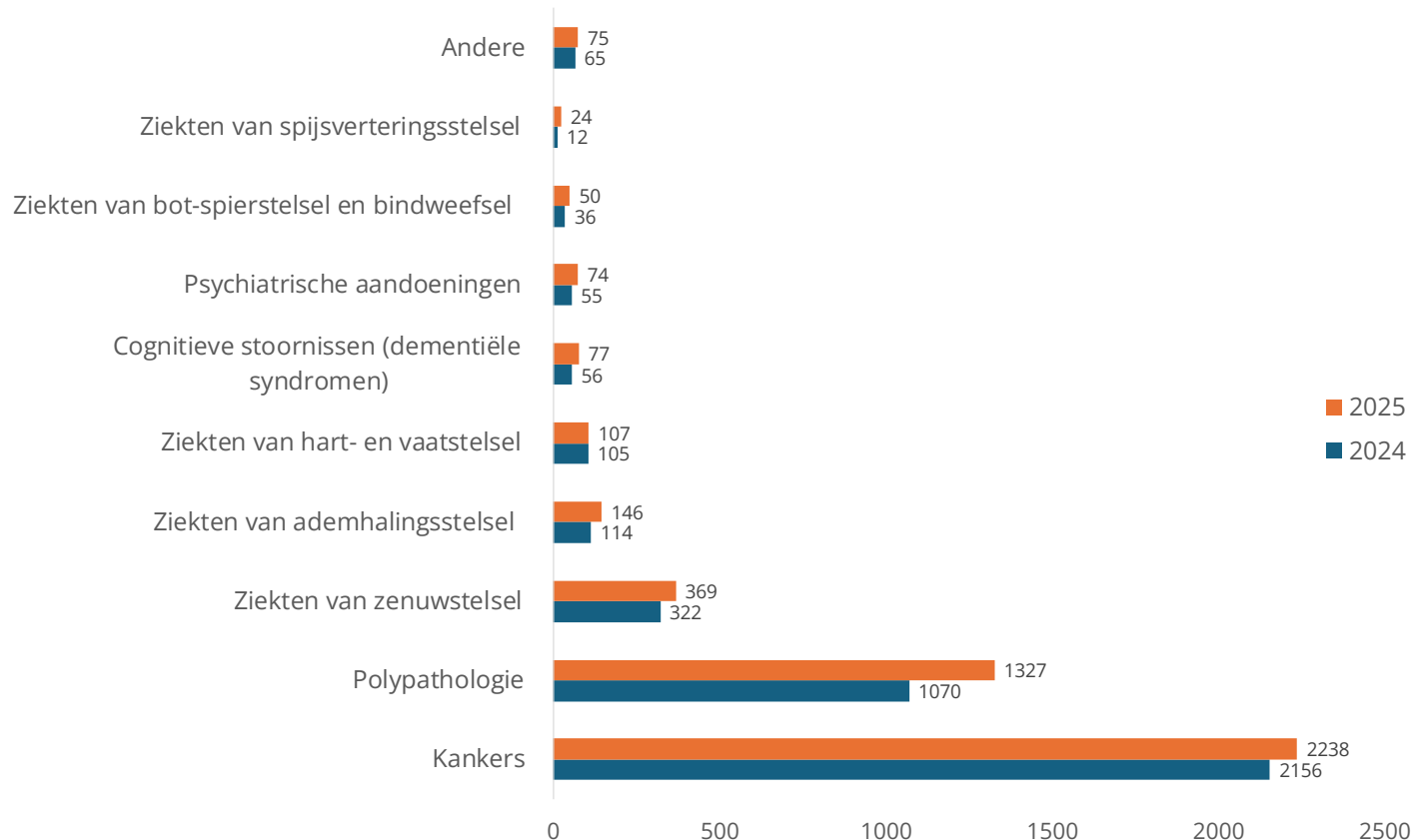
Let op: deze informatie is pas met zekerheid beschikbaar sinds de opheffing van de anonimiteit van het registratiedocument (april 2024) en heeft betrekking op de plaats van residentie van de patiënt, en niet op de plaats van het overlijden. Zij vereisen dan ook een voorzichtige analyse en zullen de komende jaren nauwgezet moeten worden opgevolgd, met name wat betreft hun interpretatie.



Medische aspecten

Aandoeningen

Categorieën van de aandoeningen, alle termijn (aantal)



OVER TWEE JAAR

51,8% kankers (4394)

28,3% polypathologie (2398)

8,1% neurologische aandoeningen (690)

3,1% ademhalingsaandoeningen (260)

2,5% hartaandoeningen (212)

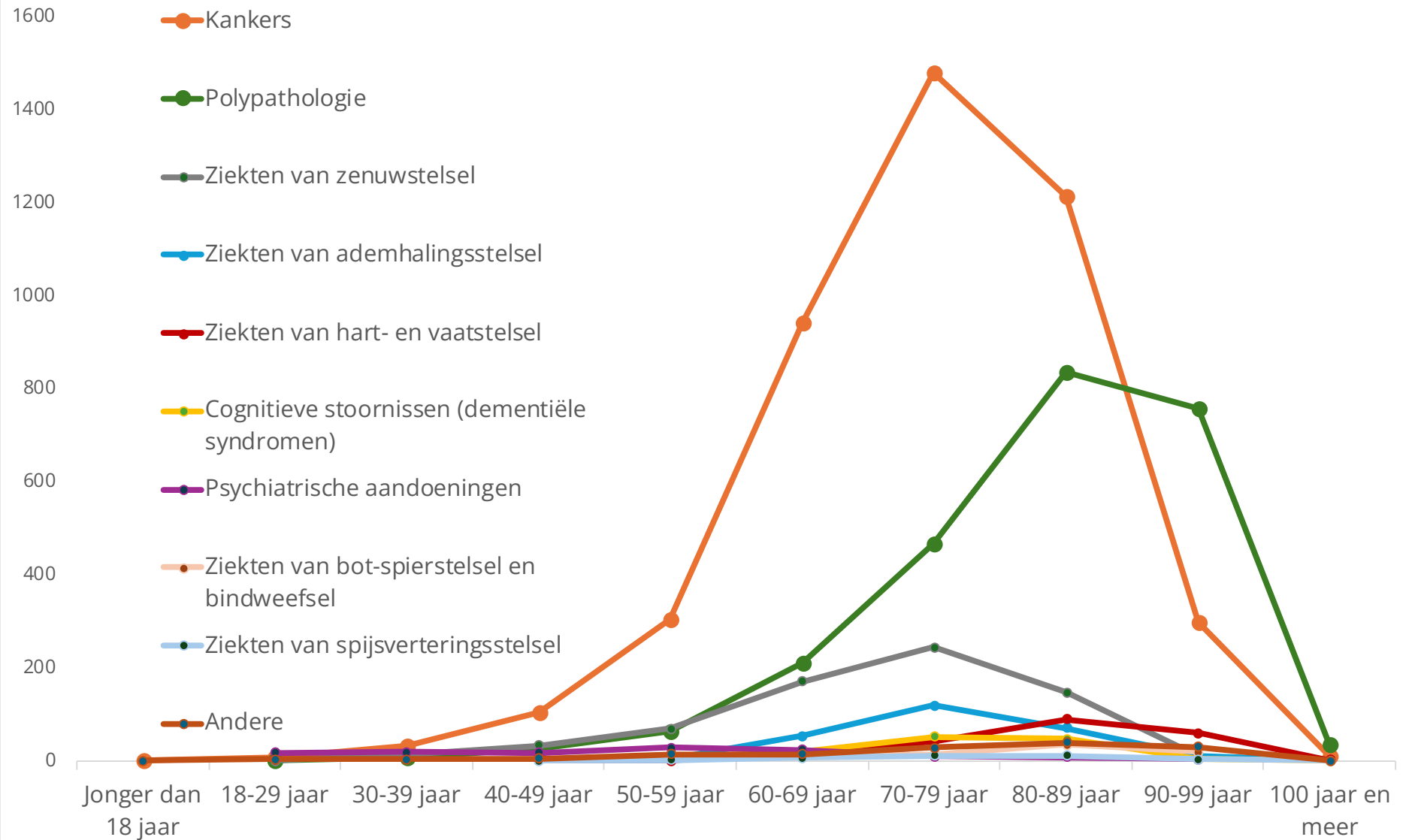
1,6% cognitieve stoornissen (dementieel syndroom) (133)

1,5% psychiatrische aandoeningen (129)

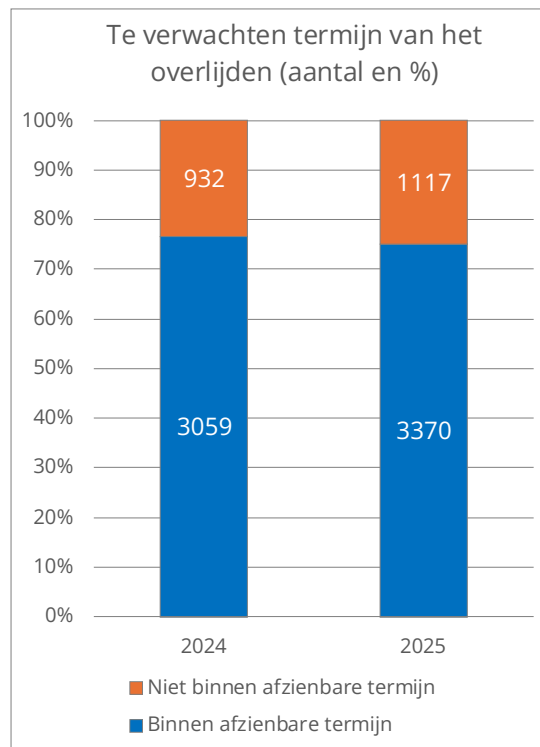
Wat is polypathologie (of multimorbiditeit)

Dit is de combinatie van “evolutieve” en “niet-verbeterbare” aandoeningen (soms tot orgaanfalen), die leiden tot een toenemend verlies van autonomie. Sommige aandoeningen zijn levensbedreigend, terwijl andere vooral de levenskwaliteit aantasten.

Aandoeningen en leeftijd van de patiënten - 2024-2025 (aantal)

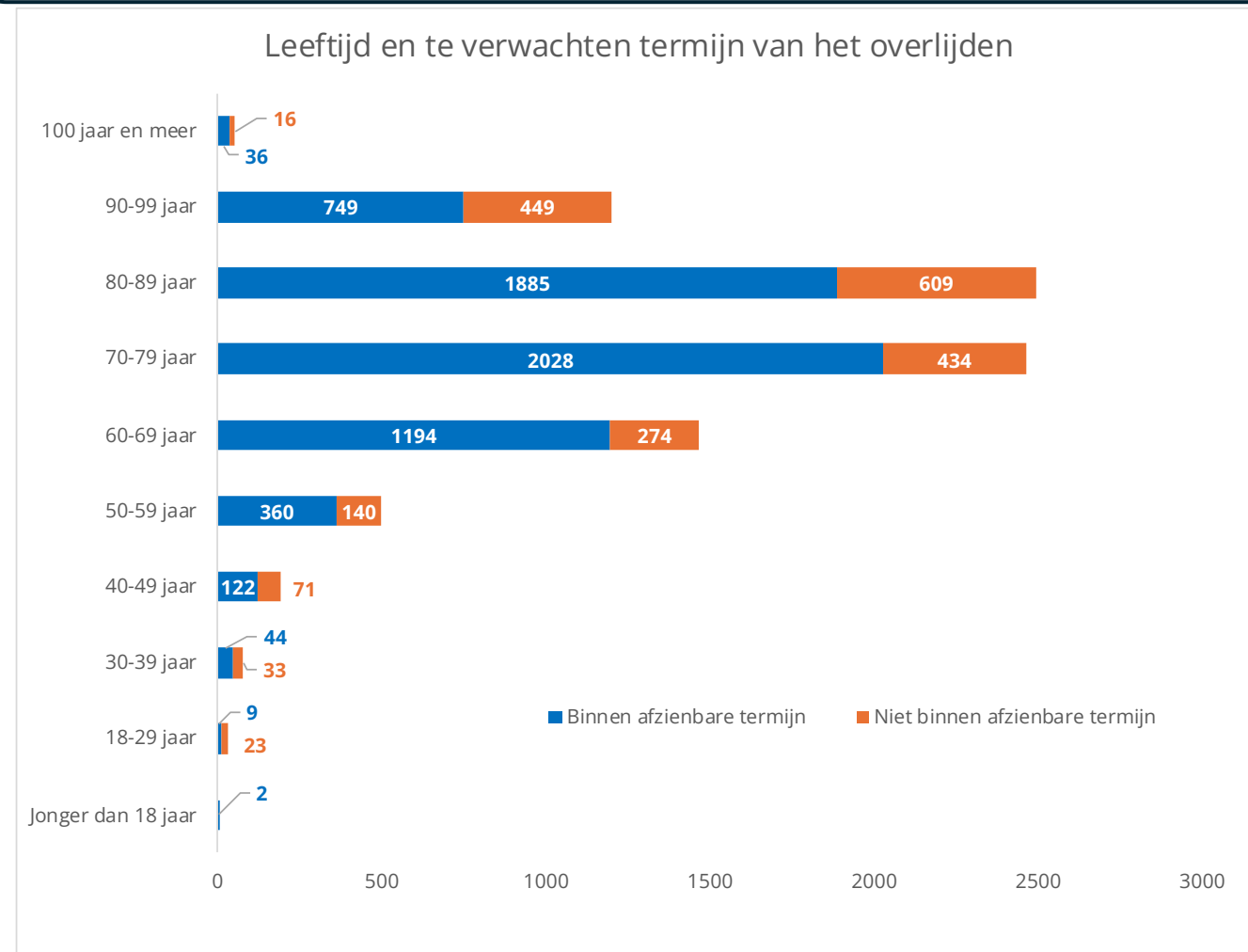


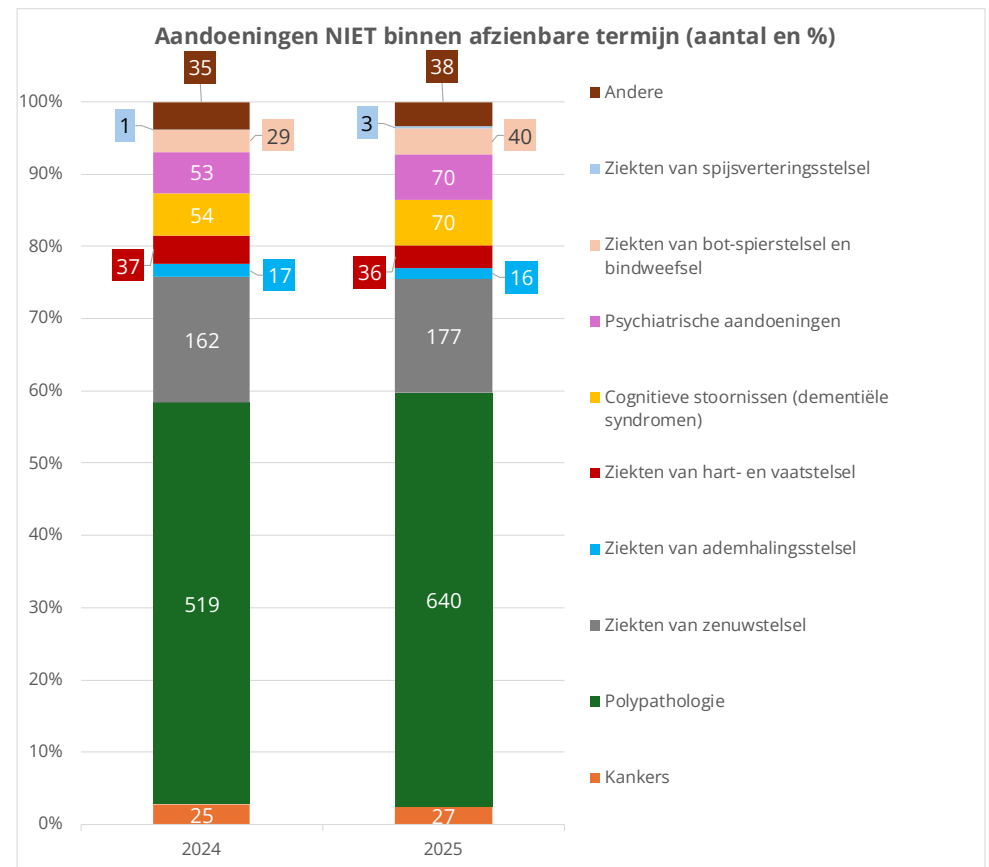
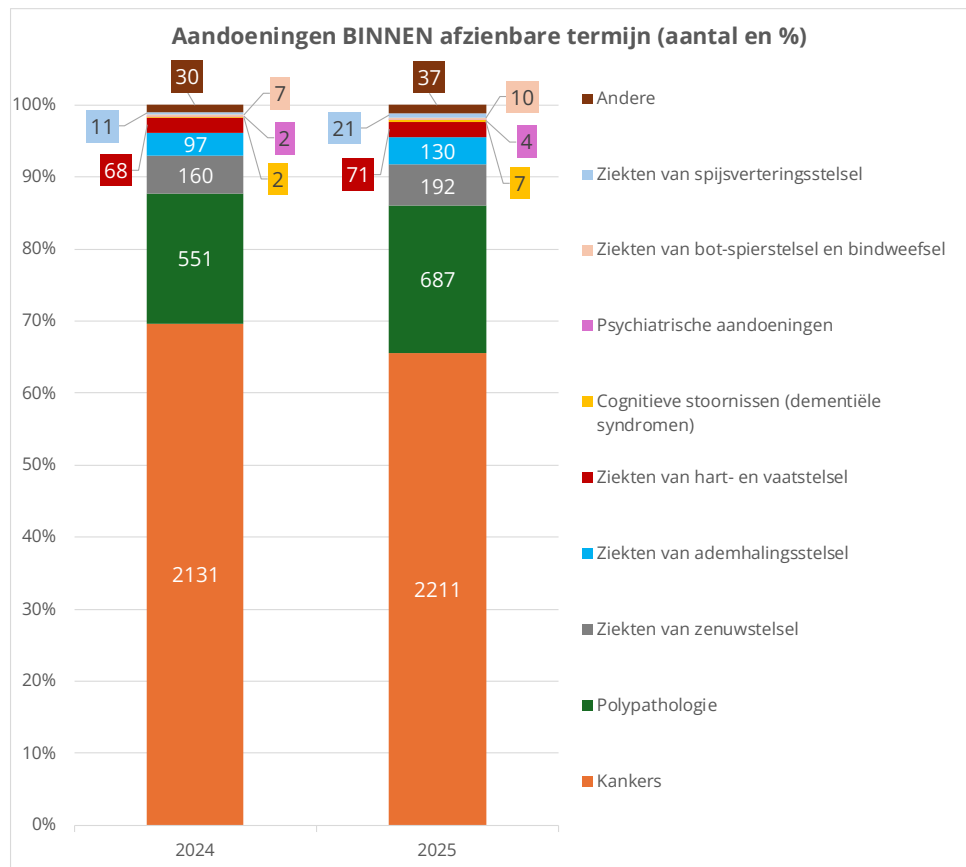
Termijn van het overlijden



Overlijden “binnen afzienbare termijn”: het overlijden wordt weldra verwacht (in de komende dagen/weken/maanden). In dit geval is de “standaardprocedure” van toepassing.

Overlijden “niet binnen afzienbare termijn” / “niet-korte termijn”: het overlijden wordt niet verwacht binnen de komende weken of maanden. Het gaat vooral om niet-evolutieve of zeer traag evoluerende aandoeningen. In dit geval is de “versterkte” procedure van toepassing.





Vermelde vormen van lijden

OVER TWEE JAAR

84,3% lichamelijk en psychisch lijden (7143)

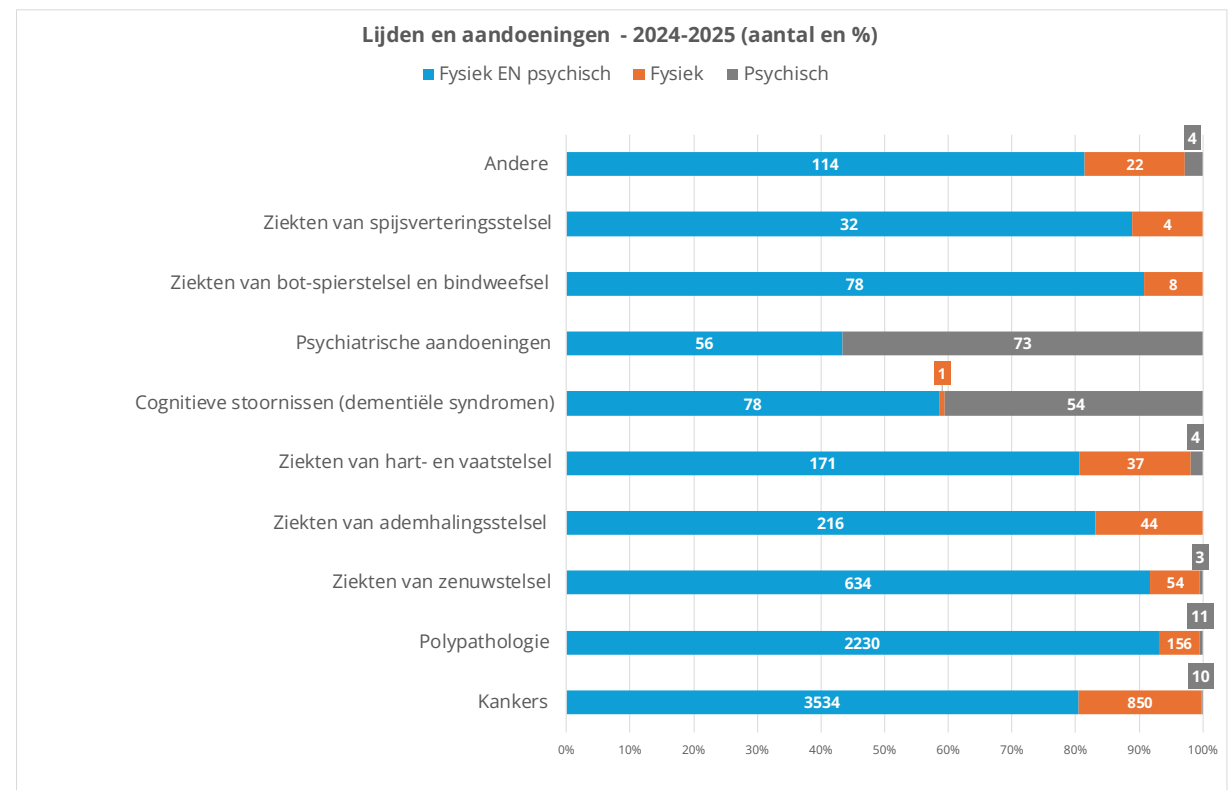
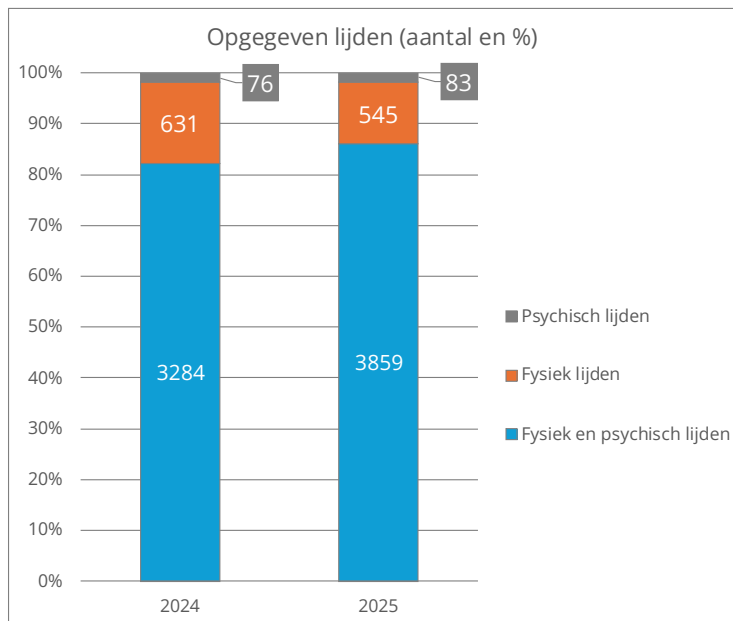
13,9% lichamelijk lijden (1176)

1,9 % psychisch lijden (159)

Lichamelijk lijden: pijn, dyspneu/dysfagie, uitputting, complicaties (bloedingen, obstructie), verlamming, doorligwonden, enz.

Psychisch lijden (verbonden met een psychiatrische of somatische aandoening*): verlies van autonomie/afhankelijkheid, gevoel van aftakeling, sociaal isolement, ongerustheid /eenzaamheid, verlies van houvast en zingeving.

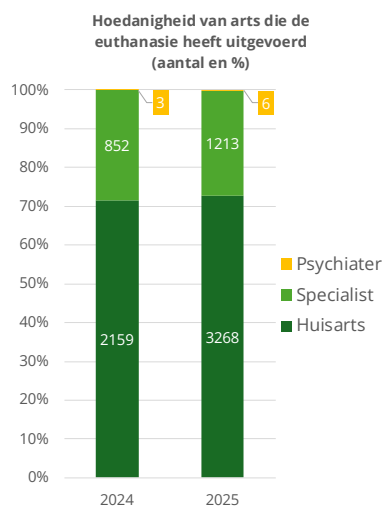
* Voorbeeld: zelfs als de pijn onder controle is (bv. kanker onder pijnstilling), kan psychisch lijden blijven bestaan (verlies van autonomie of waardigheid).



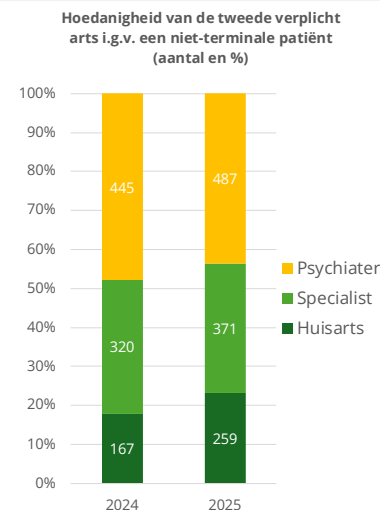
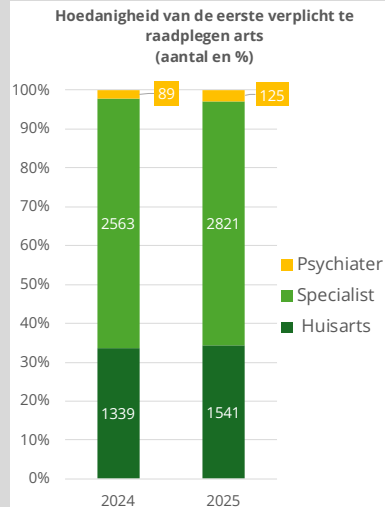
Proces

Tussenkommende artsen

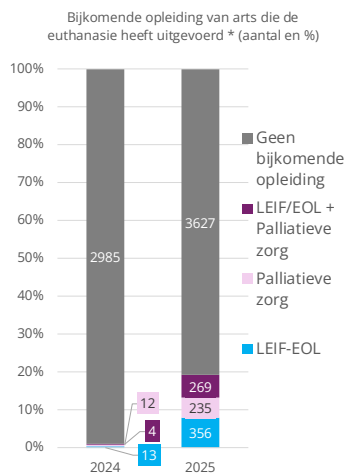
Huisartsen blijven het eerste aanspreekpunt voor patiënten die euthanasie wensen en zijn tevens de belangrijkste uitvoerders ervan.



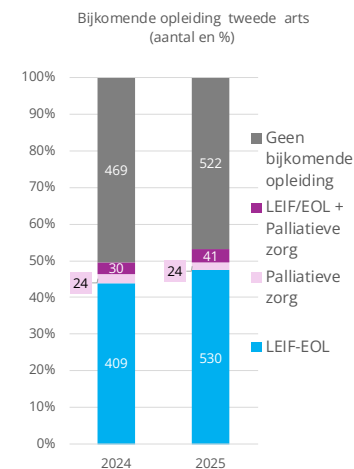
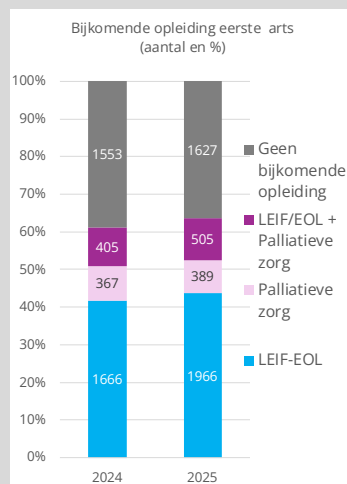
(*deze informatie wordt officieel gevraagd sinds april 2024)



Bij polypathologie kan de klinische ervaring van een huisarts een relevante expertise vormen om op te treden als specialist van de aandoening.



(* deze informatie wordt officieel gevraagd sinds maart 2025)

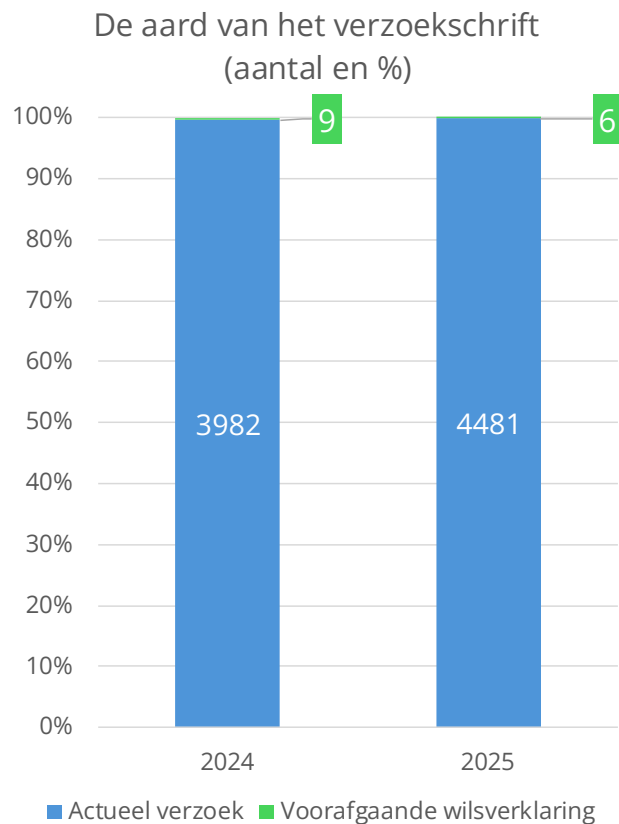


LEIF-EOL = aanvullende opleiding met betrekking tot de problematiek van de besluitvorming bij het levenseinde

De aard van het verzoekschrift

OVER TWEE JAAR

Minder dan 1 % van de euthanasieën werd uitgevoerd op basis van een **voorafgaande** wilsverklaring



Euthanasie op basis van een **actueel** verzoek = de persoon is **bij bewustzijn** en doet een uitdrukkelijk verzoek aan zijn of haar arts

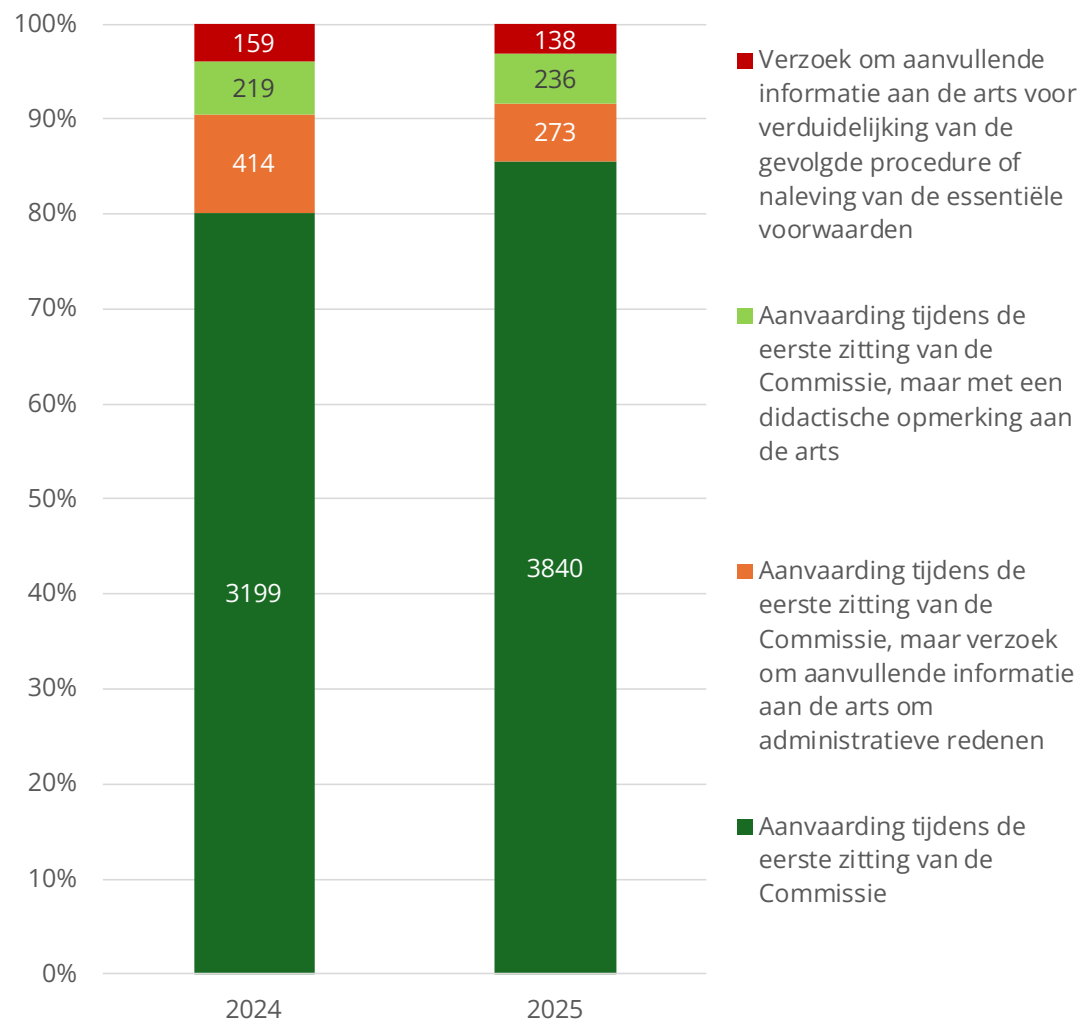
Euthanasie op basis van een **voorafgaande** wilsverklaring = de persoon is **buiten bewustzijn** (coma of persisterende vegetatieve toestand) en zijn of haar toestand is onomkeerbaar. Hij of zij heeft geen uitdrukkelijk verzoek aan zijn of haar arts gedaan, maar heeft eerder een voorafgaande wilsverklaring opgesteld die overeenstemt met het wettelijk model.

Voorbeelden van aandoeningen die de patiënt bewusteloos en onomkeerbaar maken volgens de huidige stand van de wetenschap: hersentumoren, cerebrovasculaire accidenten (CVA), posttraumatische bloedingen of een toestand van niet-responsieve waakzaamheid.

Controle

Tijdens het onderzoek van de registratiedocumenten neemt de Commissie verschillende beslissingen en formuleert zij uiteenlopende opmerkingen, afhankelijk van de elementen in de dossiers. Deze opmerkingen kaderen in haar controleopdracht, die in voorkomend geval kan leiden tot een doorverwijzing naar de procureur des Konings. Zij maken tevens deel uit van een begeleidende aanpak ten aanzien van de zorgverstrekkers en proberen bij te dragen tot een betere kennis en toepassing van de regels.

Acties van de Commissie (aantal en %)



OVER TWEE JAAR

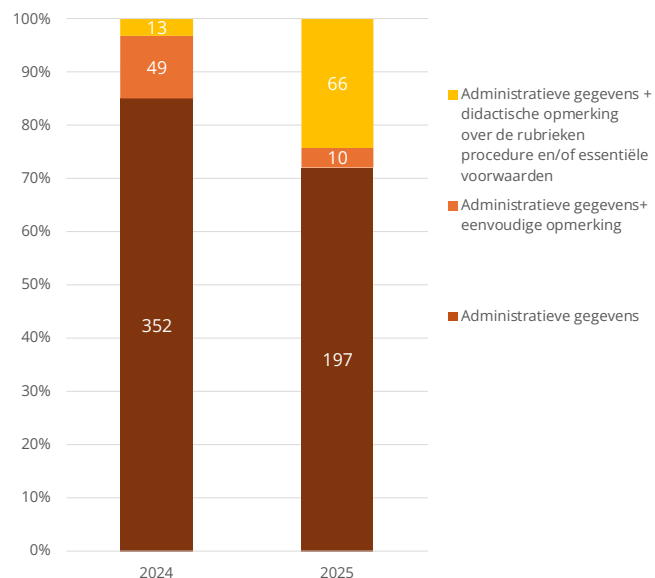
96,5% goedgekeurd in eerste lezing (8181)

3,5% na contact met de arts (297)

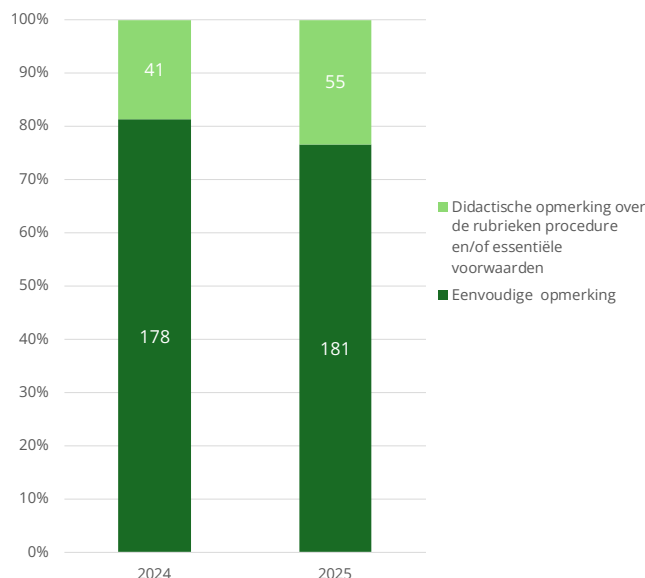
De Commissie heeft geoordeeld dat alle ontvangen registratiedocument voldeden aan de essentiële voorwaarden van de wet en geen enkele werd overgemaakt aan de procureur des Konings.

Het uitblijven van doorverwijzingen naar Justitie betekent niet dat er geen controle plaatsvindt: de procedure is vooraf omkaderd (naast de verplichte raadpleging worden vaak ook andere zorgverleners betrokken) en de Commissie oefent een a posteriori controle uit op elke aangifte, met, indien nodig, het opvragen van bijkomende informatie en het horen van de betrokken arts.

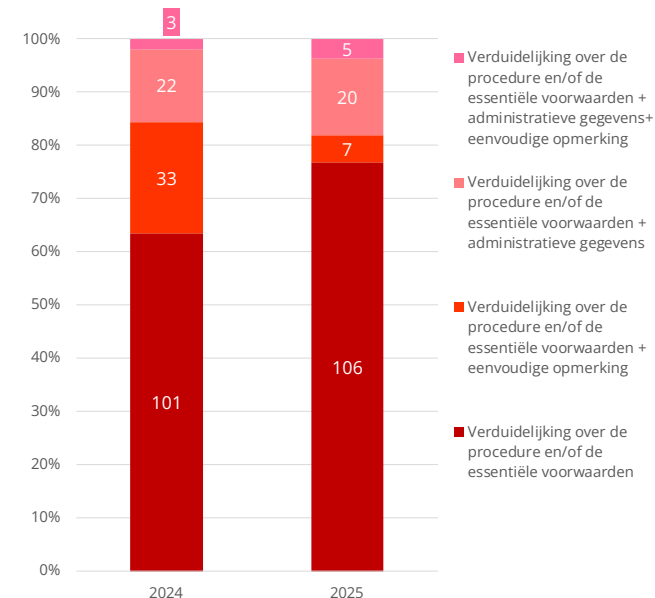
Aanvaarding tijdens de eerste zitting van de Commissie,
maar verzoek om aanvullende informatie aan de arts
om administratieve redenen (aantal en %)



Aanvaarding tijdens de eerste zitting van de Commissie,
maar met een didactische opmerking aan de arts
(aantal en %)



Verzoek om aanvullende informatie aan de arts voor
verduidelijking van de gevolgde procedure of naleving
van de essentiële voorwaarden (aantal en %)



Administratieve gegevens: vb.: geboortedatum

Eenvoudige opmerking: vb. : methode, verzendingstermijn, enz.

Opmerking over procedurele rubrieken en/of essentiële voorwaarden: vb. : beknopt antwoord, maar informatie is opgenomen in de bijlagen of elders in het document

Verzoek om nadere toelichting met betrekking tot de procedure en/of de essentiële voorwaarden: vb. : overmaking van het volledige advies van de geconsulteerde arts, verduidelijking van het onafwendbare karakter van het lijden, enz.

Alle registratiedocumenten waarvoor bijkomende informatie werd gevraagd, werden in tweede of derde lezing door de Commissie goedgekeurd naar aanleiding van de door de artsen verstrekte toelichtingen.

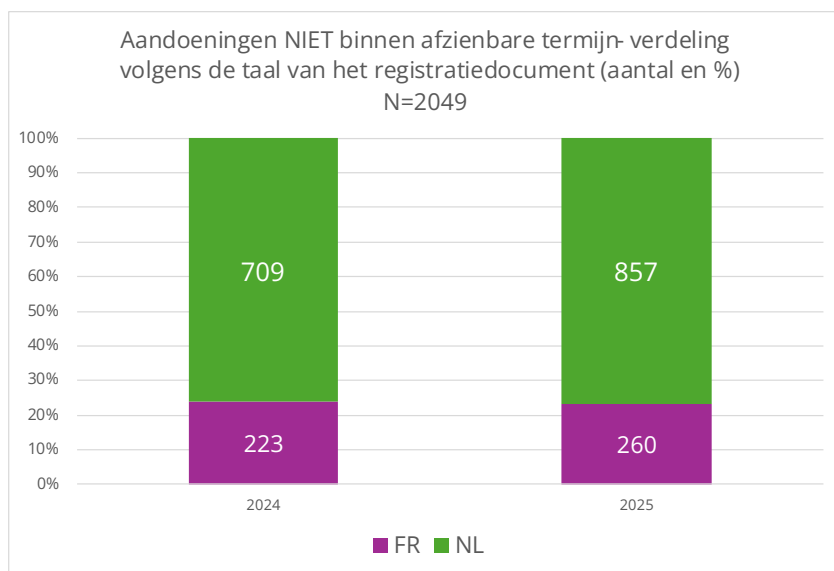
Thematische analyse

Opmerking

Deze analyses worden indicatief verstrekt en dekken niet alle voorkomende situaties. Aangezien de Commissie geen toegang heeft tot de medische dossiers, zijn zij uitsluitend gebaseerd op de gegevens die beschikbaar zijn in de aangiftes, alsook op een coderingswerk dat a posteriori door een arts-lid van de Commissie werd uitgevoerd.

Om de anonimiteit van de betrokken personen te waarborgen, werden bepaalde beschrijvende elementen in de voorbeelden die in dit verslag worden aangehaald weggelaten, veralgemeend of, waar nodig, in geaggregeerde vorm weergegeven. De beschreven gevallen zijn uitsluitend gebaseerd op de informatie in de door de Commissie onderzochte dossiers, maar bepaalde details zijn bewust aangepast of gewijzigd om elk risico op directe of indirecte identificatie van de patiënten, hun naasten of de betrokken zorgverleners te voorkomen.

Euthanasie bij patiënten die niet binnen afzienbare termijn zullen komen te sterven.

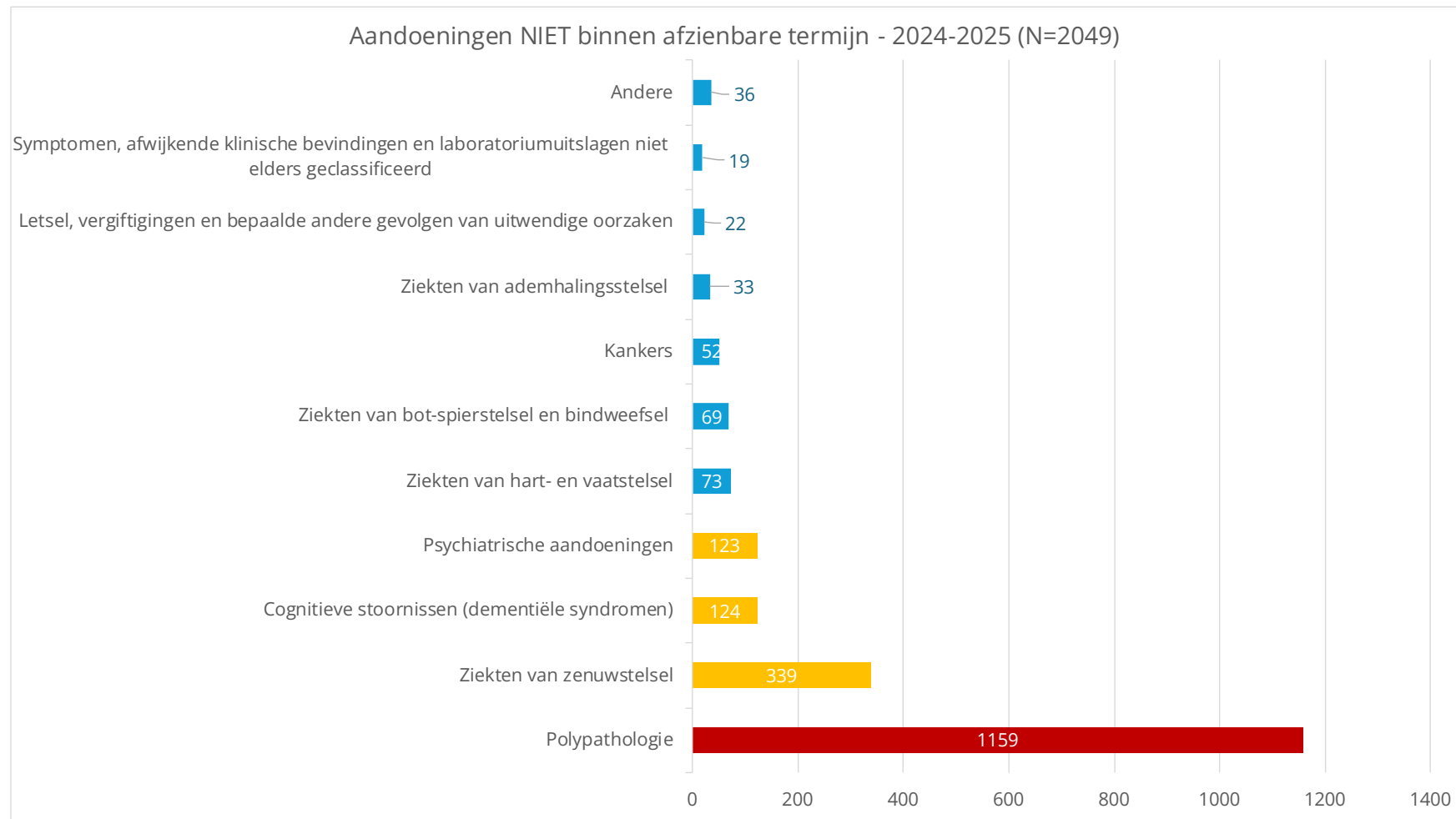


Er bestaat geen objectieve en definitieve wetenschappelijke definitie die een arts toelaat een onderscheid te maken tussen een patiënt die binnen afzienbare termijn zal komen te overlijden (terminaal) en een patiënt die niet binnen afzienbare termijn zal komen te overlijden (niet terminaal).

In de praktijk berust dit onderscheid op een globale klinische beoordeling, gebaseerd op de aard en het ongeneeslijke karakter van de aandoening(en), de inschatting van het ziektestadium, het ontbreken van curatieve therapeutische opties en de achteruitgang van de algemene toestand van de patiënt (vb.: Klinische toestand van verhoogde kwetsbaarheid / frailty⁴). De Commissie laat het dan ook aan de arts die de euthanasie uitvoert over om dit onderscheid te maken. Indien de Commissie twijfels heeft over de gegrondheid van het gemaakte onderscheid tussen afzienbare – niet afzienbare termijn, worden bijkomende inlichtingen gevraagd aan de uitvoerende arts. In ieder geval wijzigt de commissie nooit de termijn van het overlijden zonder overleg met de arts die de euthanasie heeft uitgevoerd. Sinds 2010 neemt het aandeel patiënten bij wie het overlijden niet binnen korte termijn wordt verwacht langzaam maar gestaag toe van 10% in 2010 naar 25% in 2025. De taalkundige verdeling van de documenten (Nederlandstalig/Franstalig) komt overeen met die welke wordt vastgesteld voor de volledige patiëntenpopulatie.

⁴ Een medische term voor een toestand waarin het lichaam minder reservekracht heeft en omvat het fysieke, psychologische en sociale kenmerk. Waardoor kleine verstoringen kunnen leiden tot de ontwikkeling van ernstige gezondheidsproblemen.

De belangrijkste groep patiënten waarbij het overlijden niet binnen afzienbare termijn werd verwacht, zijn patiënten die leden aan polypathologie nl. 57% gevolgd door patiënten met een neurologische aandoening, een dementieel syndroom, een psychiatrische aandoening, of een cardiovasculaire aandoening enz.



Het onderzoek van euthanasieverzoeken van deze patiëntengroep vereist een grondige klinische ervaring om zowel de ernst van het fysieke lijden als het daarmee gepaard gaande psychische lijden correct te kunnen beoordelen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat tal van artsen de evaluatie van dergelijke situaties toevertrouwen aan artsen met specifieke expertise in de euthanasiewetgeving, zoals artsen die zijn opgeleid binnen de netwerken LEIF/EOL en Palliatieve Zorg Vlaanderen / Fédération Wallonne des Soins Palliatifs.

Om de complexiteit van deze problematiek te illustreren, geeft de volgende tabel een overzicht van de zestien belangrijkste aandoeningen die werden vastgesteld bij patiënten van wie het overlijden niet binnen afzienbare termijn werd verwacht. Uit deze tabel blijkt dat het enerzijds gaat om evolutieve en ongeneeslijke aandoeningen vaak met een fataal verloop, zoals de ziekte van Parkinson, amyotrofe lateraal sclerose (ALS) en dementiële syndromen en anderzijds om aandoeningen waarvan het ziekteverloop wordt gekenmerkt door opeenvolgende opstoten met toenemende onomkeerbare letsels, zoals COPD en multiële systeem atrofie, of aandoeningen die reeds hebben geleid tot ernstige onomkeerbare schade, met als gevolg een ernstig tot zeer ernstig functieverlies.

In dergelijke gevallen is er sprake van aanhoudend en onbehandelbaar fysiek en psychisch lijden dat door de patiënt als ondraaglijk, zinloos en als een aantasting van de waardigheid van het bestaan wordt ervaren.

Voornaamste aandoeningen bij patiënten waarbij het overlijden niet te verwachten is binnen afzienbare termijn	
Diagnose	aantal
Polypathologie	1159
Dementieel syndroom	124
Parkinson	94
CVA	58
Recidiverende ernstige depressies	45
ALS	40
COPD	31
Paralysen en paralytische syndromen	31
Progressieve supranucleaire paralyse	29
Polyartrose	25
Multiple sclerose	22
Failed back surgery syndroom	20
Ziekte van Huntington	19
Persoonlijkheidsstoornis	17
Multiële systeem atrofie	17
Onbehandelbare chronische pijn	15

Voorbeeld van euthanasie bij een patiënt die niet op korte termijn overlijdt en lijdt aan een ernstige, progressieve en ongeneeslijke aandoening ziekte

Het betrof een patiënt van rond de zestig jaar met amyotrofische laterale sclerose, een progressieve, ernstige en ongeneeslijke neurologische aandoening, die in het dossier werd omschreven als aandoening met een "slechte langetermijn prognose". Sinds de diagnose "gaan zijn levensfuncties, zijn zelfredzaamheid en zijn kwaliteit van leven progressief achteruit".

De patiënt is volledig afhankelijk geworden van een rolstoel en ondervond grote moeilijkheden bij het zich verplaatsen, waardoor hij de hulp van een derde en mechanische hulpmiddelen nodig had. De functie van de bovenste ledematen was aanzienlijk verslechterd, waardoor typen erg moeilijk was, terwijl "zijn spraak is fel

achteruitgegaan". Hij hechtte veel waarde aan communicatie en intellectuele zelfredzaamheid en ervaarde deze ontwikkeling als een groot verlies aan levenskwaliteit. Het dossier vermeldt *"voelbaar lijden"*, met name in verband met het *"wegvallen van zijn zelfredzaamheid"*, dat als *"moeilijk te dragen"* werd ervaren. Ondanks aanpassingen en palliatieve begeleiding bleef de belasting toenemen. De patiënt had ook ernstige slaapstoornissen als gevolg van zijn mobiliteitsproblemen.

Op het moment van het verzoek, enkele jaren voor de uitvoering van de euthanasie, was er nog geen ernstige aantasting van de vitale functies en was er nog geen concrete datum voor een eventuele euthanasie vastgesteld (*"nog geen concrete datum [...] bepaald"*), hoewel hij hierover gesprekken was aangegaan met zijn behandelend arts en een, in dit kader, geraadpleegde arts. In deze context is het verzoek om euthanasie geleidelijk tot stand gekomen.

Gedurende deze periode hebben herhaaldelijk gesprekken plaatsgevonden met de patiënt en zijn familie (*"herhaaldelijk gesprekken gehad met patiënt en familie"*), evenals met de betrokken zorgverleners. Het verzoek werd daarin omschreven als *"weloverwogen en herhaald"*, een beoordeling die werd bevestigd door de opeenvolgende medische adviezen (*"tweede en derde advies bevestigen dit weloverwogen, herhaaldelijk verzoek"*) en die aantoont dat het verzoek al enige tijd speelde. De patiënt stelde zelf zijn grenzen vast: *"voor hem is de grens bereikt wanneer de communicatie moeilijker en moeilijker dreigt te verlopen"*. Meer in het algemeen overwoog hij euthanasie als hij niet meer thuis zou kunnen wonen of als zijn communicatieve vermogens te zeer zouden zijn aangetast, aangezien deze twee elementen in zijn ogen *"twee cruciale voorwaarden om nog een menswaardig bestaan te hebben"* waren. Een van de betrokken artsen beschrijft hem als *"perfect wilsbekwaam"* en *"volledig op de hoogte van zijn aandoening, de prognose en de onbehandelbaarheid"*.

Bijkomende procedurele voorwaarden wanneer het overlijden niet binnen afzienbare termijn wordt verwacht

Bij de beoordeling van euthanasieverzoeken van deze patiëntengroep heeft de wetgever twee bijkomende procedurele voorwaarden opgelegd. Enerzijds geldt een wettelijke wachttijd van ten minste één maand tussen de datum van het schriftelijk verzoek en de uitvoering van de euthanasie. Anderzijds moet een tweede advies worden ingewonnen van een arts die specialist is in de aandoening van de patiënt of van een psychiater.

Daarbij wordt aanvaard dat de huisarts beschouwd kan worden als een specialist van de polypathologie en bijgevolg in geval van polypathologie kan optreden als 2^e geraadpleegde arts, specialist in de aandoening van de patiënt.

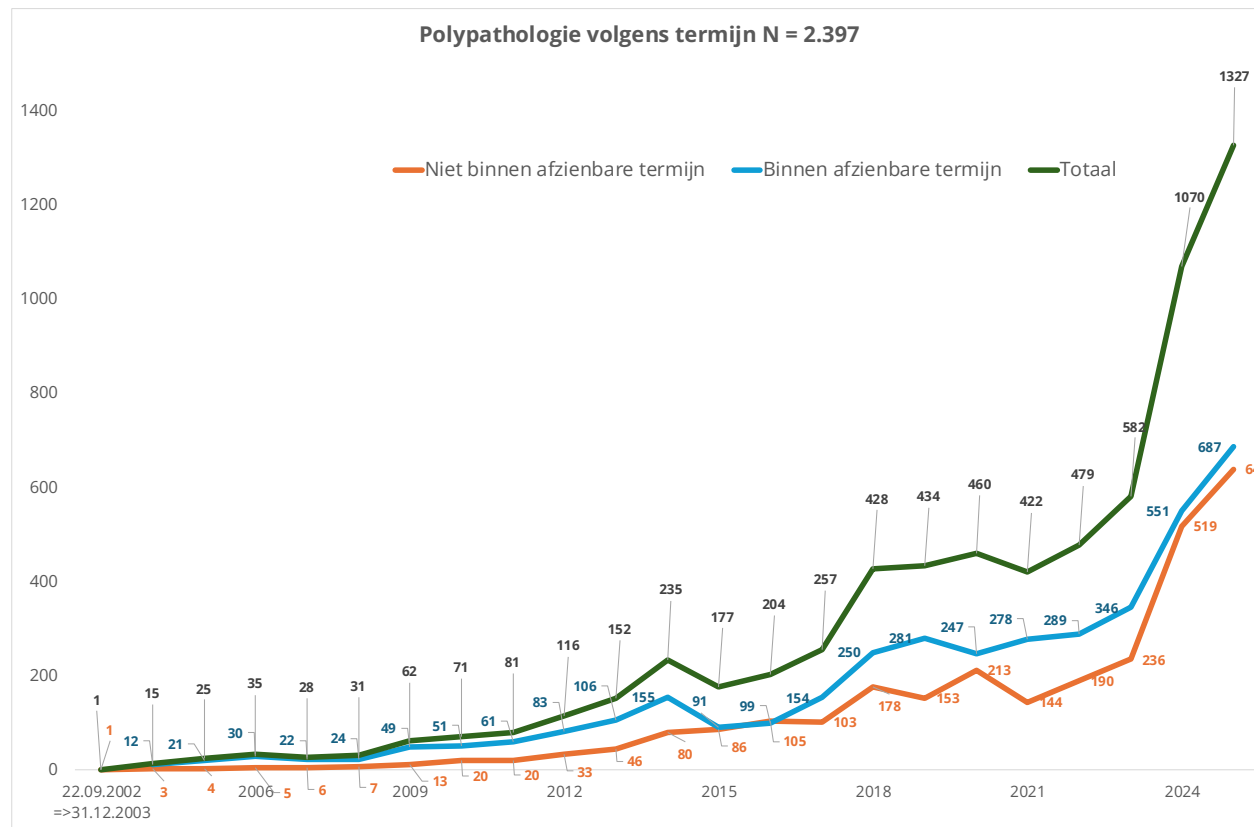
De hoedanigheid van de 2^{de} adviserende arts.

Hoedanigheid 2 ^{de} adv. arts	aantal
Huisarts	78
Huisarts EOL/LEIF	309
Huisarts EOL/LEIF + palliatieve zorgen	31
Huisarts – palliatief arts	6
Psychiater	534
Psychiater EOL/LEIF	395
Psychiater EOL/LEIF + palliatieve zorgen	7
Psychiater - palliatief arts	8
Specialist	380
Specialist EOL/LEIF	233
Specialist EOL/LEIF + palliatieve zorgen	33
Specialist - palliatief arts	35
Totaal	2049

Bij alle patiënten werd een tweede geraadpleegde arts betrokken. De 2^{de} adviserende arts was in 21% van de gevallen een huisarts, in 46% een psychiater en in 33% een specialist. In 49% van de gevallen betrof het een LEIF/EOL-arts en in 6% een arts gespecialiseerd in palliatieve zorg. Aan deze bijkomende procedurele voorwaarde werd altijd voldaan.

Euthanasie bij patiënten die lijden aan polypathologie.

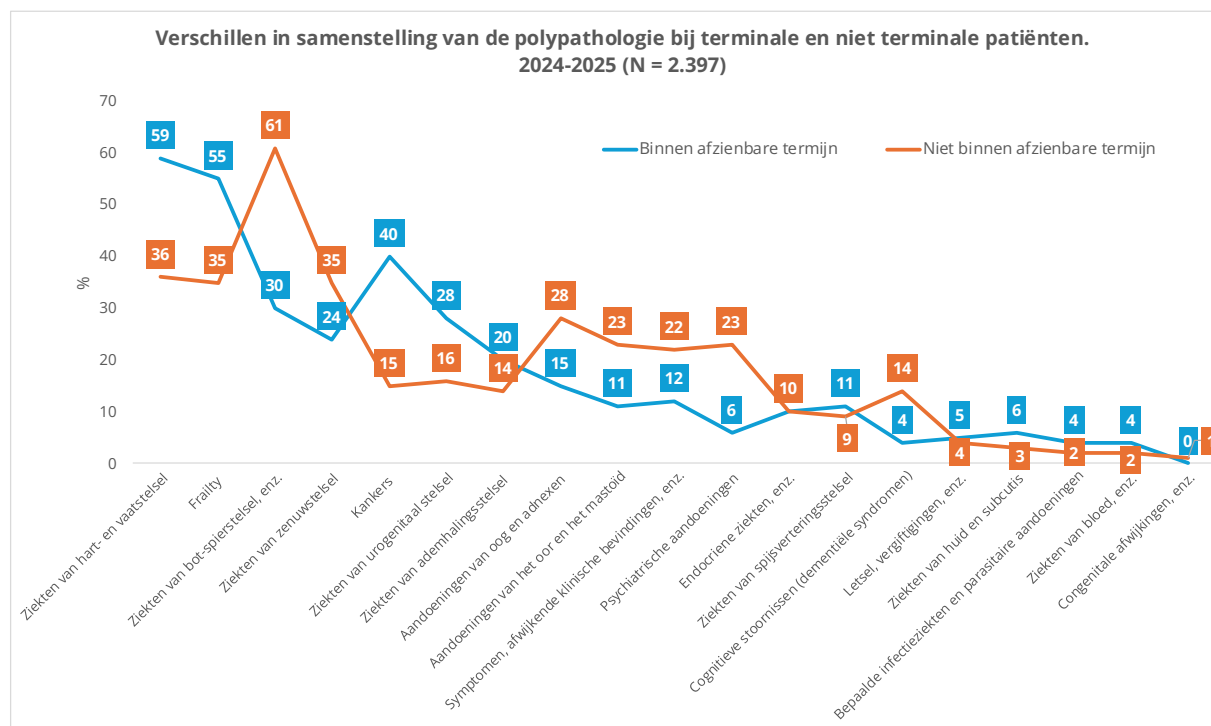
Zoals verwacht blijft het aantal patiënten die op basis van polypathologie euthanasie hebben ondergaan ook in 2024 – 2025 zowel in absolute cijfers als proportioneel verder toenemen nl. van 1.070 patiënten in 2024 naar 1.327 patiënten in 2025 of een toename met 23%. Daarnaast blijkt dat, in verhouding het aantal patiënten met polypathologie bij wie het overlijden niet op korte termijn wordt verwacht de laatste jaren blijft toenemen en in 2025 bijna 50% bedroeg



In het vorige tweejaarlijkse verslag werd de proportionele samenstelling van de polypathologie bij alle patiënten met polypathologie beschreven. In dit tweejaarlijks rapport werd nagegaan of er verschillen bestaan in de samenstelling van de polypathologie tussen patiënten die binnen afzienbare termijn zullen overlijden en patiënten bij wie dit niet binnen afzienbare termijn zullen overlijden.

Bij **patiënten van wie het overlijden binnen afzienbare termijn wordt verwacht**, kwamen vaker ernstige en levensbedreigende aandoeningen voor. Bij 59% van de patiënten was er sprake van hart- en vaatziekten, voornamelijk chronisch hartfalen; in 55% van ernstige tot zeer ernstige *frailty* (Klinische toestand van verhoogde kwetsbaarheid) in 40% van maligne aandoeningen aanwezig die niet curatief kunnen worden behandeld omwille van de polypathologie; en in 28% was er sprake van ernstig tot zeer ernstig nierinsufficiëntie.

Bij **patiënten van wie het overlijden niet binnen afzienbare termijn wordt verwacht**, ging het vaker om evolutieve aandoeningen die doorgaans niet onmiddellijk levensbedreigend waren. Opvallend was het hoge aandeel patiënten met musculoskeletale aandoeningen: 61% leed aan een pijnlijke polyartrose, al dan niet gepaard gaande met osteoporose, indeukingsfracturen en gangstoornissen. Daarnaast vertoonde 35% neurologische aandoeningen, vaak restletsels van cerebrale trombosen. Visusstoornissen tot blindheid kwamen voor in 28%, gehoorstoornissen tot totale doofheid in 23% en dementiële syndromen in 14% van de patiënten.



Let op: De gegevens in deze grafiek zijn bijgevolg gebaseerd op bepaalde details die in de registratiedocumenten zijn vermeld, evenals op een a posteriori uitgevoerd coderingswerk door een arts-lid van de Commissie.

Voorbeeld van een euthanasie bij een patiënt met polypathologie die niet binnen afzienbare termijn zal komen te overlijden

De patiënte, die ouder was dan 80 jaar, leed aan meerdere ernstige, evolutieve aandoeningen, waarbij neurologische, musculoskeletale en cardiovasculaire problemen de oorzaak waren van chronische pijn en mobiliteitsproblemen die een toenemend verlies aan zelfredzaamheid veroorzaakten. Ondanks talrijke behandelingen en ingrepen verslechterde in de afgelopen maanden haar toestand, met een duidelijke achteruitgang van de algemene conditie. Het dossier vermeldde herhaaldelijke valpartijen "*chutes répétées*" en ernstige evenwichtsstoornissen "*troubles de l'équilibre*", die meerdere revalidatieperiodes noodzakelijk maakten.

Deze behandelingen werden door de patiënte als zwaar ervaren. Zij vermeldde telkens een verlies van haar vermogens zonder herstel "*chaque fois [d'une] perte de ses capacités sans récupération*". Ondanks de inzet van hulpmiddelen bleef haar zelfredzaamheid afnemen. Op fysiek vlak vermeldde de arts: wat overheerst is pijn vrijwel overal maar vooral in de ledematen, een pijn van neuropathische oorsprong "*ce qui prédomine, ce sont ses douleurs, quasiment partout au niveau des membres, d'origine neuropathique*". De patiënte maakte ook melding van steeds moeilijker lopen "*une marche de plus en plus difficile*" gepaard aan een ernstige vermoeidheid. Op psychisch vlak beschreef de arts een angststoornis en een depressief syndroom "*syndrome anxio-dépressif*" dat verband hield met de snelle verslechtering van haar toestand. De patiënte vermeldde: een toenemende achteruitgang van haar geheugen "*un déclin progressif de sa mémoire*", wat zij met grote angst beleefde gezien het belang dat haar intellectuele en sociale activiteiten tot dan toe voor haar hadden gehad. Het dossier benadrukte: de vermoeidheid is zo ernstig geworden dat de patiënte haar intellectuele activiteiten niet langer kan voortzetten "*la fatigue est devenue tellement importante qu'elle empêche désormais la patiente de poursuivre ses activités*".

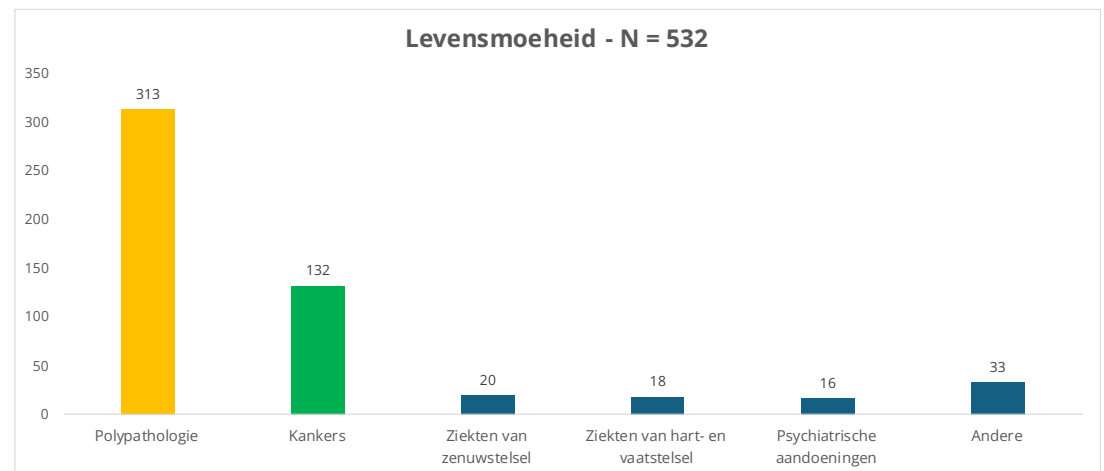
intellectuelles". Deze ontwikkeling had een ingrijpende invloed op haar levenskwaliteit. De arts gaf aan dat zowel het lichamelijke als het psychische lijden nu constant en ondraaglijk is, ondanks de intensifiëring van de behandeling *"la souffrance tant physique que psychique est à présent constante et insupportable malgré l'escalade thérapeutique"* en zij dit ervaart als een aantasting van haar waardigheid *"[vécue] comme une atteinte à sa dignité"*. Volgens hem gaat het in wezen om een existentieel psychisch lijden dat verband houdt met haar verlies aan fysieke en intellectuele autonomie *"il s'agit essentiellement d'une souffrance psychique existentielle liée à sa perte d'autonomie physique et intellectuelle"*. Hij vermeldde ook dat de patiënte zelf aangaf dat haar verlies aan fysieke en intellectuele autonomie ervoor zorgt dat haar leven geen zin meer heeft *"perte d'autonomie physique et intellectuelle fait que sa vie n'a plus de sens"*. Ondanks een aanwezige omgeving en intensieve medisch-sociale begeleiding, waaronder thuiszorg en palliatieve zorg, was zij van mening dat de verslechtering van haar toestand haar alle kwaliteit van leven had ontnomen. Uit het dossier blijkt dat de ingezette hulpmaatregelen het verlies aan zelfredzaamheid, de onmogelijkheid om zich te verplaatsen, het verlies aan waardigheid en het verlies aan houvast *"la perte d'autonomie, l'impossibilité de se déplacer, la perte de dignité et la perte de repères"* niet konden voorkomen. De arts vermeldde tevens dat de patiënte volledig was geïnformeerd over haar gezondheidstoestand en de beschikbare mogelijkheden, met name wat betreft palliatieve zorg en de middelen die beschikbaar zijn om de pijn te verlichten. De euthanasie werd door de arts bij de patiënte thuis uitgevoerd in overeenstemming met haar wens en in aanwezigheid van haar naasten, met de hulp van een verpleegkundige.

De problematiek van levensmoeheid

Regelmatig was er in de registratiedocumenten sprake van **levensmoeheid**. In de dagelijkse praktijk is het niet evident om te bepalen of levensmoeheid primair of secundair is aan de pathologie waaraan de patiënt lijdt en wat zijn impact is op de euthanasievraag van de patiënt. Opvallend is dat levensmoeheid frequent werd vermeld bij patiënten die lijden aan polypathologie ook als deze polypathologie niet levensbedreigend was en het overlijden niet binnen afzienbare termijn werd verwacht. Wanneer er een medische grondslag aanwezig is kan het zinvol zijn het euthanasieverzoek van deze patiënten te onderzoeken om de rol van de levensmoeheid in functie van het euthanasieverzoek te bepalen.

Deze medische grondslag kan zowel somatisch als psychisch van aard zijn. In dit laatste geval gaat het o.a. om een diepgaand gevoel van uitputting, zingevingverlies en het verlangen naar het einde van het leven, zonder dat er direct sprake is van een behandelbare psychiatrische aandoening. Desondanks worden veel van deze patiënten behandeld met antidepressiva. Alleen wanneer de levensmoeheid zijn oorsprong vindt in de polypathologie kan het euthanasieverzoek gunstig worden beoordeeld.

Bij 532 patiënten was er sprake van levensmoeheid. Hoewel de grootste groep patiënten met polypathologie zijn is eigenaardig genoeg de 2^{de} belangrijkste groep patiënten met een oncologische aandoening. 282 patiënten werden beschouwd als terminaal en 250 als niet terminaal. In 63% is de 1^{ste} adviserende arts een arts met een LEIF-opleiding.



Let op: de gegevens in deze grafiek zijn gebaseerd op bepaalde details uit de registratiedocumenten en op een codering die achteraf is uitgevoerd door een arts die lid is van de Commissie.

Voorbeeld dossier van een patiënt waarbij ook sprake was van levensmoeheid

Het betrof een tachtigjarige patiënt met een ernstige en ongeneeslijke polypathologie. De medische situatie werd gekenmerkt door een uitgesproken functionele achteruitgang, met onder meer een vermindering van de fijne motoriek, instabiliteit bij het stappen, duizeligheid, verhoogde valneigingen, uitgesproken neuropathische pijn en een toenemende zorgafhankelijkheid. De verschillende revalidatiemaatregelen en ondersteunende behandelingen leverden geen significante verbetering op. Naast het fysieke lijden nam ook het psychisch en existentieel lijden een prominente plaats in. De patiënt beschouwde zijn situatie als uitzichtloos en meende dat de geleidelijke verergering van zijn fysieke beperkingen had geleid tot het verdwijnen van elke, voor hem aanvaardbare levenskwaliteit. In het dossier werd aldus opgemerkt: dat *"Zijn toenemende handicaps maken dat hij in toenemende mate geen levenskwaliteit meer ervaart"*. Hij uitte bovendien een grote bezorgdheid over zijn toenemende afhankelijkheid van zorg en het geleidelijke verlies van zijn autonomie, en vreesde een verdere evolutie die hij niet wilde meemaken *"Hij vreest de toenemende zorgafhankelijkheid wat hij niet wenst. Hij geraakt stilaan zijn autonomie kwijt wat hij ernstig vindt"*. De patiënt benadrukte daarnaast dat zijn professionele ervaring in de zorgsector zijn overtuiging versterkte dat een betekenisvolle verbetering van zijn toestand niet langer te verwachten viel.

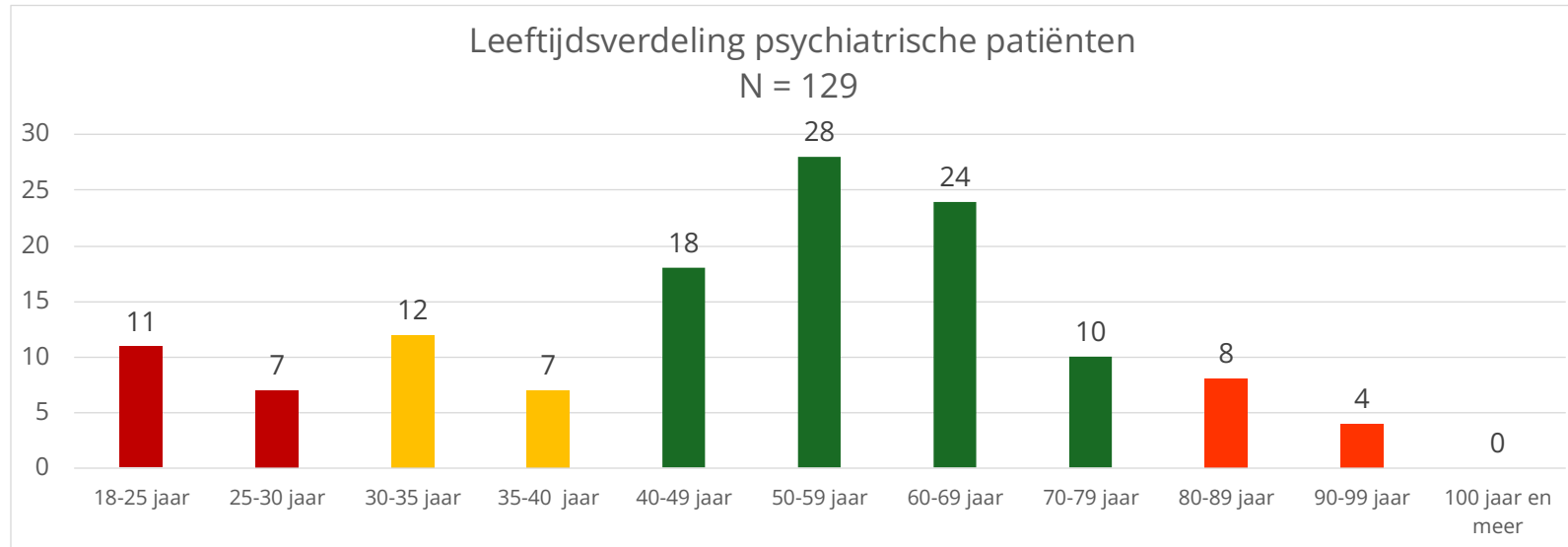
In deze context bleek ook levensmoeheid een centrale component van zijn lijden. Deze levensmoeheid was het gevolg van een langdurig proces van fysieke achteruitgang, verlies van autonomie, afname van de levenskwaliteit en een toenemende existentiële uitputting, die bleef aanhouden ondanks psychiatrische opvolging en een behandeling met antidepressiva. De meldende arts schreef: *"De toenemende handicaps veroorzaken een levensmoeheid die ondanks psychiatrische opvolging en behandeling met antidepressiva blijft aanhouden"*.

Uit de verslagen van zowel de behandelende arts als de geraadpleegde artsen, waaronder een psychiater, bleek evenwel dat het euthanasieverzoek niet werd beschouwd als de loutere uiting van een psychiatrische stoornis noch van de levensmoeheid. Integendeel, het werd beoordeeld binnen de ruimere context van een ernstige somatische polypathologie met aanhoudend en niet te lenigen lijden, en met een constante, herhaalde en autonome wilsuiting. Volgens de medische verslagen was de patiënt tot de conclusie gekomen dat euthanasie *"de enige manier om aan zijn toenemende onbehandelbare aftakeling te ontsnappen"*. De artsen waren bovendien van oordeel dat *"Zijn lijden is refractair en uitzichtloos"*.

Wat de relationele context betreft, merkte een van de artsen op: *"Zijn beslissing is zonder twijfel autonoom genomen"*. De euthanasievraag werd bovendien uitgebreid besproken met de naasten en met een vertrouwenspersoon. De gesprekken met de omgeving brachten bepaalde vragen en bezorgdheden aan het licht, die tijdens het besluitvormingsproces konden worden besproken en verduidelijkt. De euthanasie verliep uiteindelijk sereen, in aanwezigheid van de naasten.

Euthanasie bij patiënten die lijden aan een psychiatrische aandoening.

Euthanasie bij psychiatrische patiënten blijft een delicate evenwichtsoefening tussen enerzijds de moeilijke beoordeling van de therapieresistentie en de vraag of alle zinvolle behandelingsmogelijkheden al dan niet uitgeput zijn, en anderzijds de ernst van het lijden van de patiënt die ondanks langdurige behandeling geen perspectief meer ziet. In 2024 en 2025 nam het jaarlijks aantal euthanasieën bij deze patiënten toe. Het ging om 55 patiënten in 2024 en 74 patiënten in 2025.



De leeftijdsverdeling wijkt af van deze bij andere pathologieën: het gaat zowel om zeer jonge als zeer oude patiënten. 11 patiënten waren jonger dan 25 jaar en 7 patiënten tussen 25 en 30 jaar en 12 patiënten waren ouder dan 80 jaar.

Euthanasie bij psychiatrische patiënten jonger dan 40 jaar.

29% van de psychiatrische patiënten was jonger dan 40 jaar en 10% jonger dan 25 jaar. In deze leeftijdscategorie ging het om stemmingsstoornissen, neurotische stress-gebonden stoornissen, gedragsstoornissen en autismespectrumstoornissen.

ICD 10 code hoofddiagnose 18j - <40j - N = 37	18-25 jaar	25-30 jaar	30-35 jaar	35-40 jaar	Totaal
Stemmingsstoornissen (affectieve stoornissen)	4	1	5	3	13
Neurotische, stress-gebonden en somatoforme stoornissen	1	2	3	2	8
Stoornissen van persoonlijkheid en gedrag op volwassen leeftijd	3	1	2	1	7
Stoornissen in de psychische ontwikkeling	2	2	1	0	5
Schizofrenie, schizotypische stoornissen en waanstoornissen	0	1	0	0	1
Gedrag syndromen samengaand met lichamelijke symptomen en stoornissen	1	0	1	0	2
Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door gebruik van psychoactieve stoffen	0	0	0	1	1
Totaal	11	7	12	7	37

De psychiatrische aandoening is veel complexer dan wat de ICD 10 codes doet vermoeden. De klinische dossiers vermeldden eveneens angststoornissen, seksueel misbruik, geweldplegingen, dissociaties, hechtingsstoornissen, automutilatie en zelfs eetstoornissen. Al deze dossiers getuigen van een immense vorm van lijden die, ondanks grondige en langdurige behandelingen, nooit kon worden verlicht.

Voorbeeld van een verzoek om euthanasie van een patiënt jonger dan 40 jaar die lijdt aan een psychiatrische aandoening

De patiënt had een ernstige, complexe en chronische psychiatrische aandoening. Ondanks talrijke gespecialiseerde behandelingen sinds verschillende jaren, waaronder medicatie, psychotherapeutische begeleiding, ziekenhuisopnames en intensieve multidisciplinaire ondersteuning, kon geen duurzame verbetering worden bereikt. Het dossier beschrijft een lijden dat gekenmerkt wordt door ernstige angst, diepe psychische uitputting en terugkerende crises. De patiënt omschreef zijn situatie zelf als *"mensonwaardig met ontbreken van levenskwaliteit"*. De artsen maakten ook melding van aanzienlijke en aanhoudende moeilijkheden in de omgang met zijn omgeving, die ondanks de ingezette hulpmiddelen onvoldoende werden verlicht: *"nooit aflatende sensorische overbelasting die met alle hulpmiddelen wordt tegengegaan maar niet wordt verzacht"*, evenals een aanhoudend gevoel van verlies van controle over zijn leven. Deze situatie ging gepaard met een diep gevoel van wanhoop en een voortdurende strijd om te overleven die volgens de patiënt onmogelijk was geworden: *"een chronisch gevecht om te overleven wat niet verder haalbaar is"*.

De klachten bleven bovendien verergeren ondanks de ondernomen behandelingen: *"de klachten nemen ondanks therapie steeds verder toe"*. Volgens de geraadpleegde artsen hadden de talrijke therapeutische interventies die in de loop van meerdere jaren van gespecialiseerde zorg waren ingezet, geen duurzame verbetering van de toestand van de patiënt opgeleverd. Een van hen benadrukt: *"de enorme inspanningen die nu geleverd worden, het lijden nauwelijks kunnen verzachten"*.

De patiënt zag geen realistisch vooruitzicht meer op verbetering en gaf herhaaldelijk aan dat *"de veerkracht op is en het lijden moet stoppen"*. Het verzoek om euthanasie was al enkele jaren aanwezig. De behandelende en adviserende psychiaters bevestigden het wilsvermogen van de patiënt en het vrijwillige karakter van zijn verzoek. Zij merkten met name op dat *"hij kent de diagnoses, hij kent de behandelingen, hij kent de zorgvormen en hij weet wat hij wel en niet kan verwachten"* en dat hij *"begrijpt heel*

goed wat er aan de hand is en kan dit heel goed toepassen op zijn eigen situatie". De arts benadrukte dan ook dat het verzoek paste in een lang therapeutisch traject en het resultaat was van een diepgaand reflectieproces: "hij heeft met zijn doodswens al een uitgebreid therapeutisch proces doorlopen waardoor er sprake is van beredeneren".

Euthanasie bij psychiatrische patiënten ouder dan 80 jaar.

Van de 12 patiënten ouder dan 80 jaar vertoonden er 4 patiënten een persisterende complexe rouwstoornis (pathologische rouw) en 8 patiënten een aanhoudende en therapieresistente stemmingsstoornis (depressie) en 5 patiënten meldden bovendien klachten die kunnen worden omschreven als levensmoeheid.

Voorbeeld van een verzoek om euthanasie in de context van een pathologisch rouwproces dat niet op behandeling reageert

De patiënt vertoonde aanhoudend psychisch lijden na het overlijden van zijn partner, voor wie hij gedurende een lange ziekteperiode de belangrijkste verzorger was geweest. Sinds dit verlies was hij van mening dat *"Het leven heeft geen zin meer voor hem"*. De artsen vermeldden ook een diep en overweldigend schuldgevoel in verband met de ziekte, de zorg en het overlijden van zijn partner. Dit schuldgevoel werd beschreven als *"helemaal niet rationeel"*, maar bleef bijzonder hardnekkig. Volgens de artsen speelden dit schuldgevoel en het daarmee gepaard gaande pathologische rouwproces een centrale rol in het psychisch lijden van de patiënt en waren ze niet te beïnvloeden door de verschillende ondernomen therapeutische interventies: *"zijn schuldgevoel en pathologisch rouwproces was niet te controleren"*. Ondanks langdurige psychotherapeutische begeleiding en verschillende therapeutische pogingen kon er immers geen blijvende verbetering worden bereikt. De behandelingen hadden *"geen soelaas"* gebracht en gingen soms gepaard met bijwerkingen die de voortzetting ervan beperkten. Het dossier benadrukt bovendien dat de patiënt over intacte cognitieve vermogens beschikte en volledig bij zijn verstand was. De psychiater concludeerde dat er sprake was *"onbehandelbaar rouwproces en therapieresistent en uitputtend pathologisch schuldgevoel"*. Volgens hem overschreed dit lijden *een redelijke grens "zelfverwijt de grens overschrijdt van wat redelijk en leefbaar is"* ondanks de ondernomen therapeutische interventies. Het dossier maakt ook melding van herhaald overleg tussen de verschillende bij de zorg betrokken professionals en met de naasten van de patiënt, wat getuigt van een beoordeling die in een collegiaal en gezamenlijk kader is uitgevoerd.

De hoedanigheid van de adviserende artsen bij het onderzoek van een euthanasievraag bij een psychiatrische patiënt

Slechts 6 psychiatrische patiënten werden als terminaal beschouwd. De overige 123 patiënten werden als niet-terminaal beschreven. In deze context dient wettelijk enkel het 2de advies afkomstig te zijn van een psychiater. De Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP) en de Nationale Orde van Artsen daarentegen pleiten ervoor dat de beide adviserende artsen psychiater zouden zijn.⁵

Slechts bij 50 patiënten was de eerste adviserende arts een psychiater. Bij 124 patiënten was de 2de geraadpleegde arts een psychiater. Slechts bij 3 patiënten was het 2de advies niet afkomstig van een psychiater. Tweemaal was de 2de adviserende arts een huisarts en éénmaal een geriater.

⁵ 19.02.2022: [Deontologische richtlijnen voor de toepassing van euthanasie bij patiënten die psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening – Actualisering advies van de nationale raad van 27 april 2019.](#)

In vier dossiers werd een tweede arts geraadpleegd terwijl het overlijden van de patiënt op korte termijn werd verwacht. Deze consultaties, op initiatief van de artsen, werden uitgevoerd door psychiaters of door specialisten van de betreffende aandoening.

Hoedanigheid adviserende artsen bij psychiatrische patiënten - N = 129		
Hoedanigheid arts	1ste adv. arts	2de adv. arts
Huisarts	8	1
Huisarts EOL/LEIF	53	1
Huisarts EOL/LEIF + palliatieve zorgen	5	0
Psychiater	22	52
Psychiater EOL/LEIF	27	72
Psychiater EOL/LEIF + palliatieve zorgen	1	0
Specialist	4	1
Specialist EOL/LEIF	8	0
Specialist EOL/LEIF + palliatieve zorgen	1	0
Total	129	127 waarvan 4 gevallen waarin het overlijden op korte termijn werd verwacht

Euthanasie bij patiënten die lijden aan een cognitieve stoornis (dementieel syndroom.)

Dementiële syndromen hebben als gemeenschappelijk kenmerk dat ze uiteindelijk leiden tot een definitieve verworven wilsonbekwaamheid. Deze definitieve wilsonbekwaamheid kan vrij plots of geleidelijk optreden.

Enerzijds kan een definitieve wilsonbekwaamheid die plots of zeer snel optreedt, onder meer het gevolg zijn van een cerebrale trombose, een hersenbloeding, een herseninfectie, een hersentrauma of een cerebrale anoxie na een hartstilstand. Dergelijke situaties vallen doorgaans niet binnen het toepassingsgebied van de euthanasiewet, aangezien de betrokken patiënten niet langer in staat zijn hun wil kenbaar te maken. Anderzijds kan een definitieve wilsonbekwaamheid zich geleidelijk ontwikkelen als gevolg van een neurodegeneratieve aandoening zoals de ziekte van Alzheimer. Dit betreft een groep patiënten die eventueel in aanmerking kan komen voor euthanasie. De progressieve evolutie van dergelijke aandoeningen roept evenwel de vraag op tot wanneer een euthanasieverzoek kan worden geformuleerd, aangezien de patiënt nog in staat moet zijn om zijn wil te uiten, terwijl hij tegelijkertijd moet anticiperen op het risico van een later verlies van zijn wilsbekwaamheid.

Sinds 2020 wordt een systematische toename vastgesteld van het aantal euthanasieën binnen deze patiëntengroep, van 23 gevallen in 2020 naar 77 gevallen in 2025. Hoewel dit aantal stijgt, blijft het beperkt in verhouding tot de prevalentie van dementie in België en tot de cijfers die in sommige buurlanden worden gerapporteerd.

Ter illustratie: in Nederland werden in 2025 427 euthanasieën uitgevoerd bij patiënten met dementie, tegenover 77 in België. Een van de verschillen tussen beide wettelijke en maatschappelijke kaders die aan dit verschil kan bijdragen, is de vaststelling dat de Nederlandse wetgeving onder bepaalde omstandigheden euthanasie toestaat op basis van een voorafgaande wilsverklaring bij patiënten met vergevorderde dementie die niet langer wilsbekwaam zijn. In dit kader werden in 2023 8 en in 2024 6 euthanasieën uitgevoerd bij patiënten die niet langer wilsbekwaam waren. Daarnaast werd in 2023 één euthanasie verricht bij een patiënt die ten gevolge van een herseninfarct plotseling wilsonbekwaam was geworden.

Deze situaties vertegenwoordigen echter slechts een minderheid van de euthanasieën die in Nederland bij patiënten met dementie worden uitgevoerd en kunnen op zich niet alle vastgestelde verschillen tussen beide landen verklaren.

Dergelijke vormen van voorafgaande anticipatie vallen momenteel niet binnen het toepassingsgebied van de voorafgaande wilsverklaring zoals voorzien in onze wet van 28 mei 2002. Zij vormen echter een belangrijk onderwerp van het hedendaagse debat binnen de maatschappij, de academische wereld en de kringen die betrokken zijn bij vraagstukken rond het levenseinde.⁶

Voorbeeld van een verzoek om euthanasie bij een patiënte met dementie

De patiënte leed aan een dementiesyndroom dat had geleid tot een geleidelijke achteruitgang van haar cognitieve vermogens, haar zelfredzaamheid en haar vermogen om dagelijkse activiteiten uit te voeren. Volgens het medisch dossier ervaarde zij deze ontwikkeling als een geleidelijk verlies van controle over haar eigen leven en als een ernstige aantasting van haar identiteit.

Het beschreven lijden was voornamelijk psychisch. De arts merkte op dat de patiënte zich terdege bewust was van de vooruitzichten voor het verloop van haar ziekte *"bien consciente des perspectives d'évolution de sa maladie"* en dat zij een verslechtering wilde vermijden die haar anosognosisch (zonder ziekte-inzicht) zou maken *"éviter une dégradation qui la rendrait anosognosique (sans conscience de sa maladie)"*. Zij leed enorm onder wat zij omschreef als een mentale mist *"brouillard mental"* en kon het niet langer verdragen de controle over haar leven en de dingen te verliezen *"de perdre le contrôle sur sa vie et les choses"*. Het dossier vermeldt ook dat ze erg angstig was voor kleine details van het dagelijks leven waar ze geen controle meer over had, *"très angoissée par des menus détails de la vie courante qu'elle ne maîtrise plus"* in een context van voortdurend psychisch lijden *"souffrance psychique constante"* en zeer grote vermoeidheid *"très grande fatigabilité"*. Ten slotte benadrukte de arts dat ze niet langer in staat was bepaalde activiteiten voort te zetten die voorheen een belangrijke plaats in haar leven innamen. Volgens zijn woorden ging het om een lijden dat verband hield met het verlies van haar vermogens en het ontbreken van de mogelijkheid om zin te vinden in het leven dat haar nog rest *"une souffrance liée à la perte de ses capacités et à l'absence de possibilité de trouver du sens à sa vie qui lui reste"*. Naast intensieve medische en psychosociale begeleiding kon de patiënte rekenen op een aanwezige en ondersteunende omgeving, maar geen enkele ingezette hulp had de angst in verband met het verloop van de ziekte kunnen verminderen. Het vooruitzicht van een verlies van zelfredzaamheid waardoor opname in een instelling noodzakelijk zou worden, werd eveneens als onaanvaardbaar ervaren en versterkte haar gevoel van uitzichtloosheid. De arts meldt dat de patiënte zich er ook ten volle van bewust was dat zij, naarmate de ziekte vorderde, het risico liep haar vermogen om zelf om euthanasie te vragen te verliezen. Volgens het dossier aanvaardde zij voor haar naasten om nog een tijdje in leven te blijven *"pour ses proches de rester en vie encore un peu"*, maar gaf zij ook aan dat, als het aan haar lag *"si cela ne tenait qu'à elle"*, zij zou willen dat de handeling zo snel mogelijk *"aussi vite que possible"* werd uitgevoerd, aangezien het vooruitzicht de mogelijkheid te verliezen om zelf haar verzoek te formuleren voor haar een extra bron van leed en ongerustheid vormde.

⁶ Advies nr. 89 - Euthanasie op basis van een voorafgaande wilsverklaring bij bewuste personen van wie de wilsbekwaamheid en het vermogen hun wil te uiten onherstelbaar is aangetast

<https://www.belgiumnationalbioethicscommittee.be/nl/demence>

Regeerakkoord van de federale regering Bart De Wever bl.126 "Op een grondige wetenschappelijke basis streven we naar een uitbreiding van de voorafgaande wilsverklaring naar personen met wilsonbekwaamheid omwille van dementie en onderzoeken we onder welke voorwaarden dit haalbaar is". https://www.belgium.be/nl/publicaties/regeerakkoord_van_de_federale_regering_bart_de_wever
[Inhoudstafel](#)

De euthanasie uitvoering.

Een euthanasie uitvoering moet veilig en zeker zijn. De patiënt moet in korte tijd komen te overlijden. Dat is één van de redenen waarom men standaarddoseringen gebruikt i.p.v. berekende dosering volgens gewicht. Dit alles veronderstelt een goede intraveneuze toegangsweg. Daarom is het belangrijk vooraf na te gaan of patiënt goed aanprikbaar is. In geval van twijfel kan men best beroep doen op ofwel een ervaren verpleegkundige ofwel op een anesthesist.

Een euthanasie uitvoering kan op verschillende manieren 'degelijk' worden uitgevoerd. Het kan nuttig zijn om de patiënt eerst in slaap te brengen zoals voor een operatie. Veelal gebruikt men hiervoor Midazolam. Dit laat toe naasten die de eigenlijke euthanasie niet wensen mee te maken na de slaapinductie de kamer te verlaten. De eigenlijke euthanasie gebeurt met een coma-inductor zoals thiopental of propofol of per os met een drankje waarin thiopental is verwerkt. Frequent treedt na de toediening van de coma inductor een ademhalingsstilstand op gevolgd door een hartstilstand met de dood als gevolg. Het toedienen van een curare of een zgn. spierrelaxans is dan niet nodig. Indien toch een curare of spierrelaxans wordt toegediend gebeurt dit pas nadat patiënt in diep coma is.

Alle gebruikte variaties van de euthanasie uitvoering werden weergegeven in onderstaande tabel.

De gebruikte euthanatica		
Producten	%	Aantal
Slaapinductor + coma inductor + spierrelaxans	54,1	4.588
Slaapinductor + coma inductor	17,2	1.459
Slaapinductor + coma inductor+ spierrelaxans + kaliumchloride	1,3	114
Slaapinductor + coma inductor + kaliumchloride	0,4	38
Slaapinductor + spierrelaxans	0,3	29
Slaapinductor	0,0	2
Coma inductor + spierrelaxans	15,3	1.295
Coma inductor	9,4	796
Coma inductor + spierrelaxans + kaliumchloride	1,8	154
Spierrelaxans	0,0	2
Slaapinductor + spierrelaxans + kaliumchloride	0,0	1
Totaal	100,0	8.478

Let op: de gegevens in deze grafiek zijn gebaseerd op een a posteriori uitgevoerd coderingswerk door een arts-lid van de Commissie.

Euthanasie en orgaandonatie

De vermelding van orgaandonatie is niet verplicht; het komt evenwel voor in 14 documenten (2024-2025). Daartegenover werden aan Eurotransplant International Foundation (Eurotransplant) 27 orgaandonaties na euthanasie gemeld (13 in 2024 en 14 in 2025; cijfers beschikbaar <https://www.eurotransplant.org>).

Duo Euthanasie

Op basis van de ontvangen gegevens konden in 2024 zes gevallen en in 2025 zeven gevallen worden geïdentificeerd van wat men “duo-euthanasie” noemt, namelijk euthanasie uitgevoerd bij een koppel. Artsen zijn niet verplicht dit te melden. Het is dus mogelijk dat er nog andere koppels zijn die de Commissie niet heeft kunnen identificeren.

Het is belangrijk te benadrukken dat de voorwaarden die door de euthanasiewet worden gesteld strikt moeten worden vervuld voor de beide partners. Gezien het lage aantal (minder dan 10) is het niet wenselijk om hier verder op in te gaan.

Patiënten die in het buitenland verblijven

In ons land kunnen ook patiënten die niet in België verblijven, euthanasie aanvragen, op voorwaarde dat hun verzoek voldoet aan de essentiële vereisten van de wet en de procedure correct wordt gevolgd. De behandelende arts moet bovendien een therapeutische relatie met deze patiënten opbouwen, wat in de praktijk meerdere consultaties en verplaatsingen naar België impliceert.

In de periode 2024-2025 werden in 2024 120 patiënten die in het buitenland verblijven geregistreerd (waarvan 6 Belgen die in het buitenland verblijven) en 123 in 2025 (waarvan 2 Belgen die in het buitenland verblijven). De opheffing van de anonimiteit en de aanpassing van het registratiedocument in 2024 maken het mogelijk om deze gegevens met grotere betrouwbaarheid te beoordelen en beter te vergelijken met eerdere perioden. De opheffing van de anonimiteit maakt het immers mogelijk om de landen van verblijf van de patiënten nauwkeuriger te identificeren, wat de statistische analyse en de vergelijking met voorgaande jaren vergemakkelijkt.

In deze situaties hadden de aandoeningen die aan de oorsprong van het verzoek lagen allemaal betrekking op ernstige en ongeneeslijke aandoeningen, met name neurologische aandoeningen, tumoren of polypathologieën. De ontvangen aangiften betroffen vooral het Franstalige deel van het land, met evenwel enkele gevallen die werden opgevolgd door Nederlandstalige artsen. In de meeste gevallen werd het overlijden van de patiënten op korte termijn verwacht.

De meerderheid van de gevallen betreft patiënten die in Frankrijk verblijven: 106 in 2024 en 110 in 2025.

Naast Frankrijk verbleven de betrokken patiënten ook in Duitsland, Engeland, Spanje, Hongarije, Italië, Nederland, Portugal, Thailand en Rusland.

Euthanasie bij patiënten die in het buitenland verblijven, roept fundamentele vragen op over de toegankelijkheid van euthanasie voor deze patiënten. Dit omvat niet alleen de noodzakelijke aanpassingen voor de behandeling van deze specifieke verzoeken door Belgische artsen en medische diensten, maar ook de risico's op mogelijke discriminatie ten aanzien van deze patiënten – boven op de moeilijkheden en het isolement die deze patiënten en hun naasten reeds ervaren in hun zorgtraject. Hoewel talrijke dossiers getuigen van samenwerkingen tussen Belgische en Franse zorgverleners, brengen zij immers ook de communicatie-uitdagingen en de onderbrekingen in de continuïteit van de zorg voor deze patiënten aan het licht.

Daarnaast tonen zij de logistieke moeilijkheden aan die gepaard gaan met de uitvoering van de euthanasie, in het bijzonder binnen een palliatieve context die soms wordt verergerd door ernstige complicaties, zoals een darmobstructie of een maligne paraplegie.

Aanbevelingen met betrekking tot de praktijk en de registratie van euthanasie

1. Beschikbaarheid en kosten van medicijnen

Propofol en thiopental worden ongeveer even vaak gebruikt als coma-inductor. Veel artsen gebruiken liever thiopental omdat het gebruikte volume cc veelal de helft is van dat van propofol en ook via een fijnere vene kan veilig worden toegediend. Heel wat artsen klagen over de wisselende beschikbaarheid van thiopental en de kostprijs die aan de patiënt moet worden doorgerekend. (Om problemen met stock te voorkomen en informatie te hebben over de beschikbaarheid is grondig overleg arts-apotheker bij het plannen van euthanasie aangewezen.)

Thiopental kan slechts per doos van 10 ampullen van 1 of 0,5 gram worden besteld. In het kader van de veiligheid van de uitvoering neemt de arts de volledig doos mee als reserve. Het overschot moet naderhand aan de apotheek terugbezorgd worden die dit verplicht moet vernietigen. Op het moment van schaarste lijkt dit onlogisch. Bovendien wordt aan de patiënt de volledige doos aangerekend zijnde 243,4€. In Nederland bestaat deze schaarste niet en kosten 10 ampullen van 0,5 gram 67,6€. Ziekenhuizen ondervinden minder problemen met beschikbaarheid en kunnen hun voorraad thiopental rationeler beheren. Het is dringend noodzakelijk dat thiopental ook voor de thuissituaties beschikbaar is en dat in elke geval de gebruikte euthanatica volledig worden terugbetaald.

De euthanatica in woonzorgcentra worden meestal niet door een huisapotheker geleverd, maar door een apotheek die via mandaat de medicatie voor alle bewoners levert, wat ook soms tot problemen leidt voor overleg, teruggave en rekening.

De Commissie verzoekt de bevoegde autoriteiten de nodige maatregelen te nemen om de beschikbaarheid van euthanatica voor de patiënt te verbeteren, de kosten te verlagen en om de aflevering per eenheid toe te laten.

2. Modernisering van het meldingssysteem (elektronisch registratiedocument)

De Commissie is verheugd over de vooruitgang die werd geboekt bij de ontwikkeling van een elektronisch registratiedocument voor euthanasie, dat naar verwachting begin 2027 in gebruik zal worden genomen. Dit project vormt een essentiële stap in de modernisering van het meldingssysteem, waar reeds lange tijd naar werd uitgekeken. Het zal op termijn dan ook een verlichting van het werk betekenen wat betreft de registratie en controle van de aangiften.

De Commissie is echter van oordeel dat de ingebruikname van dit instrument het begin van het project markeert, en niet de voltooiing ervan. Deze ingebruikname zal gepaard moeten gaan met voortdurende bijstellingen. De ervaring leert dat geen enkel systeem van deze omvang bij de lancering als definitief kan worden beschouwd: bij het gebruik ervan zullen onvermijdelijk nieuwe aandachtspunten aan het licht brengen, zowel van praktische, technische, regelgevende of statistische aard. Het instrument zal derhalve in de loop van de opgedane ervaring en in functie van de evoluerende noden op het terrein moeten kunnen worden aangepast. Er zal een budget moeten voorzien worden om hierop te antwoorden.

3. Naar een betere verspreiding van de controlepraktijk

De recente wetswijzigingen hebben voornamelijk betrekking op de opheffing van de anonimiteit en de invoering van een specifiek sanctieregime. Deze hervormingen hebben het kader waarin de Commissie haar werkzaamheden uitoefent gewijzigd, maar zij hebben de wettelijke criteria die op euthanasie van toepassing zijn niet

wezenlijk aangepast, noch de concrete modaliteiten verduidelijkt volgens dewelke het toezicht binnen dit nieuwe kader moet worden uitgeoefend. De uitvoering van deze hervormingen heeft evenwel nieuwe vragen doen rijzen waarop de Commissie zich heeft moeten beraden, met name wat betreft de opheffing van de anonimiteit. De Commissie heeft er bovendien op toegezien de artsen te informeren over de draagwijdte van de strafrechtelijke sancties die zijn ingevoerd bij wet van 28 februari 2024.

Sinds haar oprichting (2002) heeft de Commissie geleidelijk een benadering van het toezicht ontwikkeld die steunt op de ervaring die werd opgebouwd bij het onderzoek van dossiers, op de uitwisselingen met de meldende artsen en op de lessen die werden getrokken uit de haar voorgelegde situaties. Deze ervaring heeft bijgedragen tot een coherente toepassing van de wet, rekening houdend met de diversiteit van de omstandigheden die zich in de klinische praktijk voordoen. Deze ervaring heeft bijgedragen tot een coherente toepassing van de wet, waarbij tegelijk rekening wordt gehouden met de diversiteit van de omstandigheden die zich in de klinische praktijk voordoen. De lessen die hieruit voortvloeien worden vandaag onder meer verspreid via de tweejaarlijkse verslagen en de toelichtende documenten van de Commissie.

In Nederland publiceren de regionale toetsingscommissies voortaan een referentiedocument waarin de belangrijkste lessen uit hun ervaring zijn gebundeld en regelmatig worden bijgewerkt genoemd "Euthanasie Code" ⁷ . Dit document wijzigt de wet niet en beperkt evenmin de beoordelingsvrijheid van de commissies in individuele gevallen; het is echter bedoeld om te verduidelijken hoe de wettelijke criteria in verschillende concrete situaties worden toegepast, en om bepaalde terugkerende moeilijkheden in de dossiers te illustreren, dit draagt bij tot een grotere transparantie van het toezicht en de gehanteerde methodologie ervan, de voorspelbaarheid van de beslissingen en de rechtszekerheid voor de zorgverleners.

De Commissie had weliswaar reeds een eerste stap in die richting gezet door een brochure voor het medische korps op te stellen. Deze dient echter, na meer dan twintig jaar toepassing van de wet, te worden geactualiseerd en verder worden uitgediept. In die geest wenst de Commissie haar reflectie voort te zetten, met name met het oog op het verbeteren van de dialoog met de praktijkbeoefenaars.

Hiervoor is het noodzakelijk om de Commissie van adequate middelen te voorzien, zie het hoofdstuk over de werking van de Commissie.

4. Reflecties betreffende de voorafgaande wilsverklaring inzake euthanasie

Een vaststelling dringt zich op: jaar na jaar daalt het aantal euthanasieën dat wordt uitgevoerd op basis van een voorafgaande wilsverklaring. Dit kan mogelijk worden verklaard door het zeer beperkte toepassingsgebied van de voorafgaande wilsverklaring, waarbij moet worden benadrukt dat er vaak grote misverstanden bestaan over de draagwijdte ervan. Er dient op gewezen te worden dat dit onderwerp aan bod komt in de federale regeringsverklaring 2025-2029: "Op basis van een grondige wetenschappelijke onderbouwing streven wij ernaar de voorafgaande wilsverklaring uit te breiden tot personen die bij dementie niet meer in staat zijn hun toestemming te geven, en onderzoeken wij onder welke voorwaarden dit mogelijk is." Daarnaast heeft het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek op 10 november 2025 een advies uitgebracht over euthanasie op basis van een voorafgaande wilsverklaring bij bewuste personen van wie het vermogen om zelf beslissingen te nemen en hun wil uit te drukken onherstelbaar is aangetast ⁸.

⁷ Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE). (2026). *Euthanasia code: Review procedures in practice* (editie 2026). <https://www.euthanasiecommissie.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2026/01/01/euthanasiecode/euthanasiacode-jan-2026-en-pdf.pdf>

⁸ <https://www.belgiumnationalbioethicscommittee.be/odoo/documents/0tmVjp24Q9ut-lHzdmv3Ao466>
[Inhoudstafel](#)

1. Versterking van het administratieve kader: een einde maken aan de gespannen werksituatie

In haar vorige verslag deed de Commissie verschillende aanbevelingen om de duurzaamheid van haar werking te garanderen en haar middelen dringend aan te passen aan de evolutie van haar taken.

De Commissie wil haar waardering uitspreken voor de inspanningen die in 2025 zijn geleverd, met name de voorgestelde oplossing om de administratieve knelpunten te overwinnen door de integratie van haar secretariaat in de FOD Volksgezondheid, alsook de herlancering van het project voor het elektronisch registratiedocument. Deze vorderingen getuigen van een duidelijk engagement voor een modernisering waar al lang naar werd uitgekeken. Zoals hierboven vermeld, vormen ze een onmisbare voorwaarde om de Commissie in staat te stellen het hoofd te bieden aan de voortdurende toename van het aantal meldingen en een efficiënte behandeling van de dossiers te handhaven.

Deze ontwikkelingen volstaan echter nog niet om op bevredigende wijze het hoofd te bieden aan de uitdagingen waarmee de Commissie wordt geconfronteerd. Weliswaar werd de procedure om iemand aan te werven binnen de cel "Ethische uitdagingen in de gezondheidszorg" ter ondersteuning van met name het secretariaat van de Commissie (dat momenteel uit twee personen bestaat) opgestart in de lente van 2026. Toch bestaat het risico dat deze versterking ontoereikend blijft gezien de toenemende werklust.

De Commissie benadrukt dat de aangekondigde middelen moeten leiden tot een daadwerkelijke versterking. Zij zal er in het bijzonder op toezien dat de doorgevoerde hervormingen resulteren in een daadwerkelijke uitbreiding van de ondersteuningscapaciteit waarover zij beschikt, en niet in een loutere herverdeling van bestaande middelen.

Al vele jaren wordt de toegenomen werkdruk voornamelijk opgevangen dankzij de grote inzet van het secretariaat en de leden van de Commissie voor de goede werking van de Commissie. Deze situatie heeft nu haar grenzen bereikt: de Commissie kan niet blijvend vertrouwen op de persoonlijke inzet van haar leden en haar secretariaat om het tekort aan structurele middelen daarvan te compenseren.

2. De verhoging van de vergoeding van de leden: een nog steeds hangende kwestie

De Commissie herhaalt dat het dringend noodzakelijk is de vergoeding van haar leden te verhogen. Deze vergoeding, die in 2004 werd vastgesteld op 20 euro per vergadering (25 euro voor de voorzitters), na aftrek van een voorheffing en sinds kort voorbehouden aan de effectieve leden, lijkt vandaag de dag duidelijk onevenredig ten opzichte van het volume, de technische complexiteit en de verantwoordelijkheden die gepaard gaan met de uitgevoerde taken.

Naast hun deelname aan de vergaderingen verrichten de leden op vrijwillige basis talrijke taken die essentieel zijn voor de werking van de Commissie, met name de voorafgaande analyse van de ongeveer vierhonderd dossiers die maandelijks worden ontvangen, de contacten met de aangevende artsen, de beantwoording van verzoeken van het maatschappelijk middenveld en de deelname aan verschillende projecten, werkgroepen en nationale of internationale bijeenkomsten. De werkelijke werklust die met de uitoefening van het mandaat gepaard gaat, overschrijdt dus ruimschoots het kader waarvoor momenteel een vergoeding is voorzien. **De werking van de Commissie blijft steunen op de persoonlijke inzet van haar leden, wat op lange termijn geen vervanging kan zijn voor erkenning en middelen die werkelijk zijn afgestemd op de uitgeoefende verantwoordelijkheden; de grenzen van dit model zijn vandaag bereikt.**

Zonder snelle vooruitgang zou de vernieuwing van de Commissie in 2027 op grote rekruteringsproblemen kunnen stuiten, wat een risico vormt voor de continuïteit van haar werkzaamheden.

3. De oprichting van een speciaal departement: een ongewijzigde prioriteit

In haar 11e verslag had de Commissie reeds een ambitieus project vermeld: de oprichting van een departement dat specifiek gewijd is aan de problematiek van euthanasie. De Commissie herhaalt dit voorstel, dat de bestaande structuren zou versterken door een doeltreffende afstemming van de administratieve en medisch-juridische opvolging met de communicatieve en wetenschappelijke dimensies, binnen een gecoördineerde aanpak.

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:

- **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.

Uitvoering van nationale wetenschappelijke studies over alle medische beslissingen aan het levenseinde

Sinds de inwerkingtreding van de euthanasiewet werden in Vlaanderen twee belangrijke studies uitgevoerd naar de aard en de praktijk van euthanasie en andere beslissingen aan het levenseinde⁹. De gebruikte methodologie is afgeleid van die van drie studies die in Nederland werden uitgevoerd, met name via sterfteonderzoeken. Deze onderzoeken werden onder meer verricht aan de hand van vragenlijsten die zich in Nederland niet beperkten tot euthanasie, maar ook alle beslissingen aan het levenseinde en de weigeringen van euthanasieverzoeken in kaart brachten¹⁰.

Dergelijke studies zouden niet uitsluitend in Vlaanderen mogen worden uitgevoerd, maar zouden moeten worden uitgebreid tot België. Hoewel deze kwestie reeds aan bod kwam in het kader van het project voor een gespecialiseerd departement, gaat het hier om een specifieke aanbeveling die kan worden uitgevoerd nog vóór de effectieve oprichting van dat departement.

Wat betreft de noodzaak om burgers te informeren en zorgverleners op te leiden

De Commissie is van oordeel dat, met het oog op een correcte toepassing van de euthanasiewet, zowel burgers als artsen en, ruimer beschouwd, alle zorgverleners voldoende moeten worden geïnformeerd. Ondanks verschillende niet-gouvernementele initiatieven is dit vandaag nog onvoldoende het geval. Daarom is het belangrijk dat de overheid zelf initiatieven neemt of initiatieven van derden financieel ondersteunt.

In het kader van dit verslag heeft de Commissie erop gewezen dat opleidingen inzake zorg aan het levenseinde steeds vaker worden gevolgd door de geraadpleegde artsen. Het betreft echter voornamelijk permanente vorming. De universiteiten en hogescholen die instaan voor de opleiding van gezondheidszorgbeoefenaars zouden verplicht een substantiële opleiding over zorg aan het levenseinde moeten opnemen in hun curricula.

Zoals hierboven vermeld, zou een van de opdrachten van het gespecialiseerde departement erin bestaan academische en wetenschappelijke ondersteuning te bieden door samen te werken met universiteiten en hogescholen, zodat verplichte opleidingen over zorg aan het levenseinde worden geïntegreerd in de opleidingen van gezondheidszorgprofessionals.

⁹ Bilsen J., en al. N Engl J Med 2009 ; 361 :1117-1121 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc0904292> et Chambaere K., et al. N Engl J Med 2015; 372:1179-1181. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc1414527>

¹⁰ Vierde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding <https://open.overheid.nl/documenten/c59d186d-36c8-47e9-ab2e-762fef4f92d7/file>

Bijlagen

Bijlage 1: Gedetailleerde cijfers 2024-2025

Verdeling van de patiënten volgens de taal van het registratiedocument	2024	2025	TOTAAL
NL	3042 (76,2%)	3379 (75,3%)	6421 (75,7%)
FR	949 (23,8%)	1108 (24,7%)	2057 (24,3%)

De aard van het verzoekschrift	2024	2025	TOTAAL
Actueel verzoek	3982 (99,8%)	4481 (99,9%)	8463 (99,8%)
Voorafgaande wilsverklaring euthanasie	9 (0,2%)	6 (0,1%)	15 (0,2%)

Genderverdeling van de patiënten	2024	2025	TOTAAL
Mannen	1989 (49,8%)	2344 (52,2%)	4333 (51,1%)
Vrouwen	2002 (50,2%)	2143 (47,8%)	4145 (48,9%)

Leeftijd van de patiënten	2024	2025	TOTAAL
Jonger dan 18 jaar	1 (0%)	1 (0%)	2 (0%)
18-29 jaar	12 (0,3%)	20 (0,4%)	32 (0,4%)
30-39 jaar	37 (0,9%)	40 (0,9%)	77 (0,9%)
40-49 jaar	82 (2,1%)	111 (2,5%)	193 (2,3%)
50-59 jaar	251 (6,3%)	249 (5,5%)	500 (5,9%)
60-69 jaar	709 (17,8%)	759 (16,9%)	1468 (17,3%)
70-79 jaar	1173 (29,4%)	1289 (28,7%)	2462 (29%)
80-89 jaar	1166 (29,2%)	1328 (29,6%)	2494 (29,4%)
90-99 jaar	535 (13,4%)	663 (14,8%)	1198 (14,1%)
100 jaar en meer	25 (0,6%)	27 (0,6%)	52 (0,6%)

Plaats van uitvoering	2024	2025	TOTAAL
Thuis	2013 (50,4%)	2177 (48,5%)	4190 (49,4%)
Ziekenhuis incl. PE	1206 (30,2%)	1386 (30,9%)	2592 (30,6%)
Ziekenhuis	955 (23,9%)	1101 (24,5%)	2056 (24,3%)
Palliatieve eenheid (PE)	251 (6,2%)	285 (6,3%)	536 (6,3%)
Woonzorgcentrum/Rusthuis	701 (17,6%)	834 (18,6%)	1535 (18,1%)
Andere	70 (1,8%)	90 (2%)	160 (1,9%)

Ontbreken deel I in 2024

Te verwachten termijn van het overlijden	2024	2025	TOTAAL
Binnen afzienbare termijn	3059 (76,6%)	3370 (75,1%)	6429 (75,8%)
Niet binnen afzienbare termijn	932 (23,4%)	1117 (24,9%)	2049 (24,2%)

De categorieën van de aandoeningen die aan de basis lagen van het euthanasieverzoek, ongeacht patiënt terminaal (Term) of niet-terminaal (N-Term) was.	2024	2025	TOTAAL
Nieuwvormingen (kankers)	2156 (54%)	2238 (49,9%)	4394 (51,8%)
Polypathologie (combinatie van refractaire chronische aandoeningen)	1071 (26,8%)	1327 (29,6%)	2398 (28,3%)
Ziekten van zenuwstelsel	321 (8%)	369 (8,2%)	690 (8,1%)
Ziekten van ademhalingsstelsel	114 (2,9%)	146 (3,3%)	260 (3,1%)
Ziekten van hart- en vaatstelsel	105 (2,6%)	107 (2,4%)	212 (2,5%)
Cognitieve stoornissen (dementiële syndromen)	56 (1,4%)	77 (1,7%)	133 (1,6%)
Psychiatrische aandoeningen	55 (1,4%)	74 (1,6%)	129 (1,5%)
Ziekten van bot-spierstelsel en bindweefsel	36 (0,9%)	50 (1,1%)	86 (1%)
Letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	17 (0,4%)	20 (0,4%)	37 (0,4%)
Ziekten van spijsverteringsstelsel	12 (0,3%)	24 (0,5%)	36 (0,4%)
Ziekten van urogenitaal stelsel	10 (0,3%)	17 (0,4%)	27 (0,3%)
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen niet elders geclassificeerd	12 (0,3%)	10 (0,2%)	22 (0,3%)
Bepaalde infectieziekten en parasitaire aandoeningen	4 (0,1%)	8 (0,2%)	12 (0,1%)
Aandoeningen van oog en adnexe	4 (0,1%)	6 (0,1%)	10 (0,1%)
Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoomafwijkingen	5 (0,1%)	4 (0,1%)	9 (0,1%)
Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen	7 (0,2%)	1 (0%)	8 (0,1%)
Ziekten van bloed, bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen die het immuunsysteem beïnvloeden	4 (0,1%)	2 (0%)	6 (0,1%)
Ziekten van huid en subcutis	2 (0,1%)	3 (0,1%)	5 (0,1%)
Aandoeningen van het oor en het mastoïd	0 (0%)	2 (0%)	2 (0%)
Bepaalde aandoeningen waarvan hun oorsprong in de perinatale periode	0 (0%)	2 (0%)	2 (0%)

De categorieën van de aandoeningen, patiënt terminaal (Term).	2024	2025	TOTAAL
Nieuwvormingen (kankers)	2131 (69,7%)	2211 (65,6%)	4342 (67,5%)
Polypathologie (combinatie van refractaire chronische aandoeningen)	552 (18%)	687 (20,4%)	1239 (19,3%)
Ziekten van zenuwstelsel	159 (5,2%)	192 (5,7%)	351 (5,5%)
Ziekten van ademhalingsstelsel	97 (3,2%)	130 (3,9%)	227 (3,5%)
Ziekten van hart- en vaatstelsel	68 (2,2%)	71 (2,1%)	139 (2,2%)
Ziekten van spijsverteringsstelsel	11 (0,4%)	21 (0,6%)	32 (0,5%)
Ziekten van urogenitaal stelsel	10 (0,3%)	16 (0,5%)	26 (0,4%)
Ziekten van bot-spierstelsel en bindweefsel	7 (0,2%)	10 (0,3%)	17 (0,3%)
Letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	7 (0,2%)	8 (0,2%)	15 (0,2%)
Bepaalde infectieziekten en parasitaire aandoeningen	4 (0,1%)	7 (0,2%)	11 (0,2%)
Cognitieve stoornissen (dementiële syndromen)	2 (0,1%)	7 (0,2%)	9 (0,1%)
Psychiatrische aandoeningen	2 (0,1%)	4 (0,1%)	6 (0,1%)
Ziekten van bloed, bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen die het immuunsysteem beïnvloeden	4 (0,1%)	1 (0%)	5 (0,1%)
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen niet elders geassocieerd	0 (0%)	3 (0,1%)	3 (0%)
Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen	3 (0,1%)	0 (0%)	3 (0%)
Ziekten van huid en subcutis	2 (0,1%)	0 (0%)	2 (0%)
Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoomafwijkingen	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)
Aandoeningen van het oor en het mastoïd	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)
Aandoeningen van oog en adnexe	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Bepaalde aandoeningen waarvan hun oorsprong in de perinatale periode	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Verdeling volgens de categorie van aandoeningen, patiënt NIET-terminaal (N-Term).	2024	2025	TOTAAL
Polypathologie (combinatie van refractaire chronische aandoeningen)	519 (55,7%)	640 (57,3%)	1159 (56,6%)
Ziekten van zenuwstelsel	162 (17,4%)	177 (15,8%)	339 (16,5%)
Cognitieve stoornissen (dementiële syndromen)	54 (5,8%)	70 (6,3%)	124 (6,1%)
Psychiatrische aandoeningen	53 (5,7%)	70 (6,3%)	123 (6%)
Ziekten van hart- en vaatstelsel	37 (4%)	36 (3,2%)	73 (3,6%)
Ziekten van bot-spierstelsel en bindweefsel	29 (3,1%)	40 (3,6%)	69 (3,4%)
Nieuwvormingen (kankers)	25 (2,7%)	27 (2,4%)	52 (2,5%)
Ziekten van ademhalingsstelsel	17 (1,8%)	16 (1,4%)	33 (1,6%)
Letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	10 (1,1%)	12 (1,1%)	22 (1,1%)
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen niet elders geassocieerd	12 (1,3%)	7 (0,6%)	19 (0,9%)
Aandoeningen van oog en adnexe	4 (0,4%)	6 (0,5%)	10 (0,5%)
Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoomafwijkingen	5 (0,5%)	3 (0,3%)	8 (0,4%)
Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen	4 (0,4%)	1 (0,1%)	5 (0,2%)
Ziekten van spijsverteringsstelsel	1 (0,1%)	3 (0,3%)	4 (0,2%)
Ziekten van huid en subcutis	0 (0%)	3 (0,3%)	3 (0,1%)
Bepaalde aandoeningen waarvan hun oorsprong in de perinatale periode	0 (0%)	2 (0,2%)	2 (0,1%)
Ziekten van urogenitaal stelsel	0 (0%)	1 (0,1%)	1 (0%)
Bepaalde infectieziekten en parasitaire aandoeningen	0 (0%)	1 (0,1%)	1 (0%)
Ziekten van bloed, bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen die het immuunsysteem beïnvloeden	0 (0%)	1 (0,1%)	1 (0%)
Aandoeningen van het oor en het mastoïd	0 (0%)	1 (0,1%)	1 (0%)

Hoedanigheid van de aangevende arts*	2024	2025	TOTAAL
Huisarts	2157 (71,8%)	3268 (72,8%)	5425 (72,4%)
Specialist	845 (28,1%)	1213 (27%)	2058 (27,5%)
Psychiater	3 (0,1%)	6 (0,1%)	9 (0,1%)

* gegevens die sinds april 2024 officieel worden gevraagd (opheffing anonimiteit)

Bijkomende opleiding gevolgd **	2024	2025	TOTAL
LEIF-EOL	13 (0,43%)	356 (7,9%)	369 (4,9%)
Palliatieve zorg	12 (0,40%)	235 (5,2%)	247 (3,3%)
LEIF/EOL + Palliatieve zorg	4 (0,13%)	269 (6%)	273 (3,6%)
Geen bijkomende opleiding	2985 (99,14%)	3627 (80,8%)	6612 (88,1%)

**gegevens die sinds maart 2025 officieel worden gevraagd (aanpassing van het document)

Hoedanigheid van de eerste verplicht te raadplegen arts	2024	2025	TOTAAL
Huisarts	2563 (64,2%)	2821 (62,9%)	5384 (63,5%)
Specialist	1339 (33,6%)	1541 (34,4%)	2880 (34%)
Psychiater	89 (2,2%)	125 (2,8%)	214 (2,5%)
Bijkomende opleiding gevolgd	2024	2025	% TOTAAL van de geconsulteerde artsen
LEIF-EOL	1666 (41,7%)	1966 (43,8%)	3632 (42,8%)
Palliatieve zorg	367 (9,2%)	389 (8,7%)	756 (8,9%)
LEIF/EOL + Palliatieve zorg	405 (10,1%)	505 (11,3%)	910 (10,7%)
Geen bijkomende opleiding	1553 (38,9%)	1627 (36,2%)	3180 (37,5%)

Hoedanigheid van de tweede verplicht te raadplegen arts i.g.v. een niet-terminale patiënt	2024	2025	TOTAAL
Psychiater	445 (47,7%)	487 (43,6%)	932 (45,5%)
Specialist	320 (34,3%)	371 (33,2%)	691 (33,7%)
Huisarts	167 (17,9%)	259 (23,2%)	426 (20,8%)

	2024	2025	% TOTAAL van de geconsulteerde artsen
Bijkomende opleiding gevolgd			
LEIF-EOL	409 (43,9%)	530 (47,4%)	939 (45,8%)
Palliatieve zorg	24 (2,6%)	24 (2,1%)	48 (2,3%)
LEIF/EOL + Palliatieve zorg	30 (3,2%)	41 (3,7%)	71 (3,5%)
Geen bijkomende opleiding	469 (50,3%)	522 (46,7%)	991 (48,4%)

Opgegeven lijden	2024	2025	TOTAAL
Lijden, zowel fysiek als psychisch tegelijkertijd gerapporteerd	3284 (82,3%)	3859 (86%)	7143 (84,3%)
Enkel fysiek lijden gerapporteerd	631 (15,8%)	545 (12,1%)	1176 (13,9%)
Enkel psychisch lijden (Zowel bij psychiatrische als somatische aandoeningen) gerapporteerd	76 (1,9%)	83 (1,9%)	159 (1,9%)

Middelen en gebruikte producten	2024	2025	TOTAAL
Propofol + spierrelaxans intraveneus	1991 (49,9%)	2221 (49,5%)	4212 (49,7%)
Thiopental + spierrelaxans intraveneus	1377 (34,5%)	1542 (34,4%)	2919 (34,4%)
Thiopental intraveneus Propofol	585 (14,7%)	676 (15,1%)	1261 (14,9%)
Barbituraat per os (oraal)	15 (0,4%)	19 (0,4%)	34 (0,4%)
Morfine en/of anxiolyticum + spierrelaxans intraveneus	11 (0,3%)	19 (0,4%)	30 (0,4%)
Andere	12 (0,3%)	10 (0,2%)	22 (0,3%)

Acties van de Commissie	2024	2025	TOTAAL
Aanvaarding tijdens de eerste zitting van de Commissie <i>Er werd geen bijkomende informatie opgevraagd.</i>	3199 (80,2%)	3840 (85,6%)	7039 (83%)
Aanvaarding tijdens de eerste zitting van de Commissie, maar verzoek om aanvullende informatie aan de arts om administratieve redenen	414 (10,4%)	273 (6,1%)	687 (8,1%)
<i>Verzoek om ontbrekende administratieve gegevens (bijv. plaats van overlijden, RIZIV-nummer, etc.).</i>	352 (8,8%)	197 (4,4%)	549 (6,5%)
<i>Verzoek om ontbrekende administratieve gegevens en didactische opmerking (bijv. methode, termijn verzending...)</i>	49 (1,2%)	10 (0,2%)	59 (0,7%)
<i>Verzoek om ontbrekende administratieve gegevens en didactische opmerking over de manier waarop de rubrieken "procedure" en/of "essentiële voorwaarden" zijn ingevuld (bijv. beknopt antwoord, maar informatie aanwezig in de bijlagen of elders in het document).</i>	13 (0,3%)	66 (1,5%)	79 (0,9%)
Aanvaarding tijdens de eerste zitting van de Commissie, maar met een didactische opmerking aan de arts	219 (5,5%)	236 (5,3%)	455 (5,4%)
<i>Document correct ingevuld, maar met een eenvoudige didactische opmerking (bijv. methode, verzendtermijn, ...).</i>	178 (4,5%)	181 (4%)	358 (4,2%)
<i>Didactische opmerking over de manier waarop de rubrieken "procedure" en/of "essentiële voorwaarden" zijn ingevuld (bijv. beknopt antwoord, maar informatie aanwezig in de bijlagen of elders in het document).</i>	41 (1%)	55 (1,2%)	96 (1,1%)
Verzoek om aanvullende informatie aan de arts voor verduidelijking van de gevolgde procedure of naleving van de essentiële voorwaarden*	159 (4%)	138 (3,1%)	297 (3,5%)
<i>Verzoek om verduidelijking over de procedure en/of de essentiële voorwaarden</i>	101 (2,5%)	106 (2,4%)	207 (2,4%)
<i>Verzoek om verduidelijking over de procedure en/of de essentiële voorwaarden en eenvoudige didactische opmerking (bijv. methode, verzendtermijn, ...).</i>	33 (0,8%)	7 (0,2%)	40 (0,5%)
<i>Verzoek om verduidelijking over de procedure en/of de essentiële voorwaarden en verzoek om ontbrekende administratieve gegevens</i>	22 (0,6%)	20 (0,4%)	42 (0,5%)
<i>Verzoek om verduidelijking over de procedure en/of de essentiële voorwaarden, verzoek om ontbrekende administratieve gegevens en eenvoudige didactische opmerking (bijv. methode, verzendtermijn, ...).</i>	3 (0,1%)	5 (0,1%)	8 (0,1%)

* Alle dossiers waarvoor aanvullende informatie werd gevraagd, werden goedgekeurd tijdens de tweede of derde zitting van de Commissie na toelichting door de artsen.

Let op: de volgende gegevens zijn pas met zekerheid beschikbaar sinds de opheffing van de anonimiteit van het registratiedocument (april 2024) en hebben betrekking op de plaats van residentie van de patiënt, en niet op de plaats van het overlijden. Zij vereisen dan ook een voorzichtige analyse en zullen de komende jaren nauwgezet moeten worden opgevolgd, met name wat betreft hun interpretatie.

Plaats van residentie patiënt	2024	2025	TOTAAL
Provincie Antwerpen	714 (18,5%)	988 (22,0%)	1702 (20,7%)
Provincie Oost-Vlaanderen	557 (14,5%)	743 (16,6%)	1300 (15,8%)
Provincie West-Vlaanderen	581 (15,1%)	697 (15,5%)	1278 (15,6%)
Provincie Vlaams-Brabant	383 (9,9%)	498 (11,1%)	881 (10,7%)
Provincie Luik	272 (7,1%)	368 (8,2%)	640 (7,8%)
Provincie Limburg	287 (7,4%)	316 (7,0%)	603 (7,3%)
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	220 (5,7%)	244 (5,4%)	465 (5,7%)
Provincie Henegouwen	130 (3,4%)	211 (4,7%)	341 (4,1%)
Provincie Waals-Brabant	87 (2,3%)	141 (3,1%)	228 (2,8%)
Provincie Namen	71 (1,8%)	103 (2,3%)	174 (2,1%)
Provincie Luxemburg	38 (1%)	54 (1,2%)	92 (1,1%)
Provincie of regio niet gespecificeerd	514 (13,3%)		514 (6,3%)
Geen info doorgegeven (oud registratiedocument)	17 (0,4%)		17 (0,2%)
Woonachtig in België	3854 (96,6%)	4363 (97,3%)	8218 (96,9%)
Woonachtig in het buitenland	120 (3%)	123 (2,7%)	243 (2,9%)

Patiënten woonachtig in het buitenland	2024	2025	TOTAAL
TOTAAL	120	123	243
Frankrijk	106 (88,3%)	110 (89,4%)	216 (88,5%)
Duitsland	2 (1,7%)		2 (0,8%)
Nederland	2 (1,7%)	7 (5,7%)	9 (3,7%)
Belg woonachtig in Frankrijk	1 (0,8%)		1 (0,4%)
Belg woonachtig in USA	1 (0,8%)	1 (0,8%)	2 (0,8%)
Belg woonachtig in Zwitserland		1 (0,8%)	1 (0,4%)
Belg woonachtig in Nederland	1 (0,8%)		1 (0,4%)
Belg woonachtig in Portugal	1 (0,8%)		1 (0,4%)
Belg woonachtig in Duitsland	1 (0,8%)		1 (0,4%)
Belg woonachtig in Italië	1 (0,8%)		1 (0,4%)
Spanje	1 (0,8%)	1 (0,8%)	2 (0,8%)
Italië		1 (0,8%)	1 (0,4%)
Hongarije	1 (0,8%)		1 (0,4%)
Portugal	1 (0,8%)		1 (0,4%)
Engeland	1 (0,8%)		1 (0,4%)
Rusland		1 (0,8%)	1 (0,4%)
Thailand		1 (0,8%)	1 (0,4%)

Bijlage 2 : Geconsolideerde wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie

(De wijzigingen aangebracht door de wet van 27 maart 2024 (BS 29 maart 2024) in grijs weergegeven)

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.
4. 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;
5. 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;
6. Indien de patiënt dat wenst, het verzoek van de patiënt bespreken met zijn naasten die hij aanwijst;
7. Zich ervan verzekeren dat de patiënt de gelegenheid heeft gehad om over zijn verzoek te spreken met de personen die hij wenste te ontmoeten.
8. Indien de patiënt een niet-ontvoogde minderjarige is, bovendien een kinder- en jeugdpsychiater of een psycholoog raadplegen en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging.

De geraadpleegde specialist neemt kennis van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt, vergewist zich van de oordeelsbekwaamheid van de minderjarige en attesteert dit schriftelijk.

De behandelende arts brengt de patiënt en zijn wettelijke vertegenwoordigers op de hoogte van het resultaat van deze raadpleging.

Tijdens een onderhoud met de wettelijke vertegenwoordigers van de minderjarige bezorgt de behandelende arts hen alle in § 2, 1°, bedoelde informatie, en vergewist hij zich ervan dat zij hun akkoord geven betreffende het verzoek van de minderjarige patiënt

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

1. Een tweede arts raadplegen, die psychiater is of specialist in de aandoening in kwestie, en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en van het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van het verzoek. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als

de behandelende arts en de eerste geraadpleegde arts. De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging;

2. Minstens één maand laten verlopen tussen het schriftelijke verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie.

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

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

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

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

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

Art. 3bis.

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

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

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

Art. 3ter.

De arts of de psycholoog die in het kader van de toepassing van artikel 3, § 2, 3° en 7°, artikel 3, § 3, 1° of artikel 4, § 2, tweede lid, 1°, 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, verhinderdheid, onbekwaamheid of overlijden. De behandelende arts van de patiënt, de geraadpleegde arts en de leden van het verplegend team kunnen niet als vertrouwenspersoon optreden.

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

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

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

De wilsverklaring is geldig voor onbepaalde duur.

De wilsverklaring kan op elk moment aangepast of ingetrokken worden.

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

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

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

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

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

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

HOOFDSTUK IV. - Aangifte.

Art. 5.

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

HOOFDSTUK V. - De Federale Controle- en Evaluatiecommissie.

Art. 6.

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

§ 2. De commissie bestaat uit zestien leden. Zij worden aangewezen op basis van hun kennis en ervaring inzake de materies die tot de bevoegdheid van de commissie behoren. Acht leden zijn doctor in de geneeskunde, van wie er minstens 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(n)en(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 controletaak zoals bepaald in artikel 8.

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

Art. 10.

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

Art. 11.

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

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 politiestraffen. 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 03-03-2026 gepubliceerd op 10-03-2026 (gewijzigde art.: 12; 13/3)
- 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 3: ledenlijst van de commissie

Leden in functie op het moment van het opstellen van dit verslag

Als doctor in de geneeskunde van wie er minstens vier docent, hoogleraar of emeritus-hoogleraar zijn aan een Belgische universiteit	
1. De heer Jacques Brotschi (F) ; 2. De heer Didier Giet (F) ; 3. Mevrouw Nina Kjeldahl (F) ; 4. De heer Wim Distelmans (N) ; – Nederlandstalige voorzitter 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 Dirk Lafaut (N) ; 6. De heer Emmanuel Keirse (N) ; 7. De heer Jean-François Brichant (F) ;
Als docent, hoogleraar of emeritus-hoogleraar in de rechten aan een Belgische universiteit of advocaat	
9. Mevrouw Jacqueline Herremans (F) ; - Franstalige voorzitter 10. De heer Yves-Henri Leleu (F) ; 11. De heer Patrick Henry (F) ; 12. De heer Lecoutre Rudi (N)	8. De heer Hugo Decker (N) ; 9. De heer Anthony Rizzo (F) ; 10. De heer Guillaume Pomes Bordededebat (F);
Als leden uit kringen die belast zijn met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten:	
11. Mevrouw Natasia Hamarat (F), 12. Mevrouw Eliane Janssens (F), 13. De heer Marc Desmet (N), 14. Mevrouw Mariette Van Hoek (N).	11. De heer Paul Destrooper (N) ; 12. Mevrouw Annemie Van De Casteele (N) ; 13. Mevrouw Ines Taymans d'Eypernon (F) ; 14. Mevrouw Corinne Vaysse (F)

Bijlage 4 : Registratiedocumenten geldig vanaf april 2024 tem mei 2026

Gelieve steeds www.euthanasiecommissie.be te consulteren zodat u over de meest recente versie van het registratiedocument beschikt (rubriek formulier).

REGISTRATIEDOCUMENT EUTHANASIE Volwassen of ontvoogde minderjarige patiënt				
Registratiedocument binnen de vier werkdagen na de euthanasie te bezorgen op volgend adres (Verzenden via een beveiligde mail OF via de post): - Federale Controle en Evaluatiecommissie Euthanasie (FCEE) verder Commissie genoemd. Galileelaan 5/2 1210 BRUSSEL euthanasiecom@health.fgov.be De verwijzingen naar de wetsartikelen in dit document hebben betrekking op de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie (versie 29/03/2024). De geslachtsgebonden woorden moeten als genderneutraal gelezen worden ongeacht het geslacht van de betrokkene. Indien u een opmerking of een vraag wil richten aan de Euthanasie Commissie, die geen betrekking heeft op dit registratiedocument, kan dit via : - het Secretariaat van de Euthanasiecommissie euthanasiecom@health.fgov.be NL : +32 2 524 92 64 FR : +32 2 524 92 63 De persoonsgegevens zijn beschermd volgens de GDPR Meer info op: https://www.health.belgium.be/nl/bescherming-van-persoonsgegevens De rubrieken met * moeten worden ingevuld. Gelieve het document in te vullen via de PC/Word.				
1. ARTS die verantwoordelijk is voor het registratiedocument (degene die zich ervan verzekerd heeft dat de essentiële voorwaarden en de formele en procedurele vereisten van de wet werden gerespecteerd) ¹				
Naam *	Woonplaats (volledig adres) *			
Voorna(m)(en) *				
Registratienummer RIZIV *	Gegevens voor eventuele correspondentie (in geval de Commissie bijkomende vragen heeft)			
Hoedanigheid: ☐ Huisarts ☐ Psychiater ☐ Andere specialiteit, preciseer:	Adres:			
Bijkomende opleiding gevolgd: ☐ LEIF/EOL ☐ Palliatieve zorg	Telefoonnummer: E-mail:			
2. PATIËNT				
Naam *	Datum en uur van overlijden:/...../.....			
Voorna(m)(en) :				
Geslacht *	Plaats van overlijden *			
☐ Mannelijk ☐ Vrouwelijk ☐ X	☐ Thuis (met inbegrip van of naast woonzorgcentrum, of serviceflat) ☐ Woonzorgcentrum/Rusthuis ☐ Ziekenhuis ☐ Palliatieve eenheid ☐ Andere Preciseer:			
Woonplaats (volledig adres) *:				
Datum van geboorte *:/...../.....				
Plaats van geboorte indien bekend * (opgelet niet de woonplaats!):				
3. WIJZE waarop de euthanasie werd toegepast				
Naam van APOTHEKER die producten heeft afgeleverd *:				
Voornamen *:				
Registratienummer RIZIV :				
Adres :				
De GEBRUIKTE producten *				
Naam van geneesmiddel * (in volgorde van het gebruik)	Aantal ampullen/facons en dosering per ampullen/facons (mg/ml, %)	Totaal gebruikte dosis* (mcg, mg, gr, mg/ml, %)	Toedieningswijze* (intraveneus (IV), oraal (PO), subcutaan (SC), intramusculair (IM))	Eventueel het overschot dat aan de apotheker werd terugbezorgd: aantal ampullen/facons
4. ONDERGERAAD EEGDE (persoon of instelling) (s) indi van toe ssing Gelieve niet éénmaal in bepa te pers te vullen, onge us van aantal "consultaties". Gelieve GEEN aan te melden die advies geeft in t kader van he euthanasie onderzoek.				
Naam:		Naam:		
Voorna(m)(en):		Voorna(m)(en):		
Woonplaats (volledig adres):		Woonplaats (volledig adres):		
Hoedanigheid * :		Hoedanigheid * :		
Datum van raadpleging:/...../.....		Datum van raadpleging:/...../.....		
Naam:		Naam:		
Voorna(m)(en):		Voorna(m)(en):		
Woonplaats (volledig adres):		Woonplaats (volledig adres):		
Hoedanigheid * :		Hoedanigheid * :		
Datum van raadpleging:/...../.....		Datum van raadpleging:/...../.....		

¹ Voor meer informatie over wie het document moet invullen, raadpleeg www.euthanasiecommissie.be rubriek formulier.

5. DIAGNOSE

(OPGELET: in dit kader niet het lijden/ symptomen vermelden dat voortkomt uit de aandoening(en))

Omschrijf in enkele zinnen de precieze medische aandoening(en) en de ernst hiervan: ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening(en) die aan de basis ligt van het euthanasieverzoek van de patiënt: *

OM VERWARRING TE VERMIJDEN

Overeenkomstig de wet betreffende de euthanasie wordt in het registratieformulier een onderscheid gemaakt tussen de euthanasie uitgevoerd op basis van een actueel verzoek om euthanasie en euthanasie uitgevoerd op basis van een vroeger gemaakte wilsverklaring.

Als de patiënt:	Als de patiënt:
- bij bewustzijn is - in staat is om zijn verzoek te uiten en - zich in een medische toestand bevindt waarin alle voorwaarden die bij wet zijn vastgelegd is voldaan (medisch uitzichtloze toestand en aanhoudend en ondraaglijk fysiek en/of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ziekte of ongeval veroorzaakte aandoening)	- niet in staat is om zijn verzoek te uiten omdat hij onomkeerbaar buiten bewustzijn is (bv: coma, alisterende vegetatieve toestand) - zich in een medische toestand bevindt waarin aan alle voorwaarden die bij wet zijn vastgelegd is voldaan (onomkeerbaar buiten bewustzijn volgens de stand van de wetenschap en ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening); en - een wilsverklaring heeft opgesteld volgens het model waarin de wet voorziet (twee verplichte getuigen, facultatieve aanwijzing van een vertrouwenspersoon, enz.)
Dan betreft het een EUTHANASIE OP BASIS VAN EEN ACTUEEL VERZOEK Het verzoek dient bevestigd te worden in een schriftelijk document (zelfs als er vooraf een wilsverklaring inzake euthanasie werd opgesteld) en blijft geldig gedurende de hele tijdsspanne die nodig is voor het uitvoeren van de euthanasie, zelfs indien de patiënt, nadat hij zijn verzoek tot euthanasie heeft geuit, beland is in een toestand van bewusteloosheid. In dit geval dienen <u>punten 6 tot en met 11</u> van het registratie-document te worden ingevuld.	Dan betreft het een EUTHANASIE OP BASIS VAN EEN VOORAFGAANDE WILSVERKLARING In dit geval dienen <u>punten 12 tot en met 17</u> van het registratie-document te worden ingevuld.

Versie 12.03.2025 - 3/9

Euthanasie op basis van een ACTUEEL VERZOEK

Patiënt is bij bewustzijn en in staat om zijn verzoek te uiten

6. FYSIEK en/of PSYCHISCH LIJDEN

Aard en beschrijving van het AANHOUDEND en ONDRAAGLIJK lijden *

Omschrijf het FYSIEK en/of PSYCHISCH aanhoudend en ondraaglijk lijden uitgedrukt door de patiënt dat voortkomt uit deze aandoening(en)

FYSIEK lijden:

En/of PSYCHISCH lijden:

NIET GELENIGD aspect van het lijden *

Omschrijf in enkele zinnen de REDENEN (objectieve en subjectieve) waarom dit lijden NIET GELENIGD KON WORDEN (onder andere het behandelingstraject)

7. VERZOEK TOT EUTHANASIE van de patiënt

Verzoek OVERWOGEN, HERHAALD, VRIJWILLIG en ZONDER EXTERNE DRUK

Wat heeft u ervan overtuigd dat het verzoek van uw patiënt overwogen, herhaald, vrijwillig en zonder druk was? *(gelieve voldoende elementen te beschrijven en niet te antwoorden met "ja")

HET OPSTELLEN van het schriftelijk verzoek

Was het verzoek tot euthanasie op schrift gesteld? *

- ☐ Ja
☐ Nee, waarom?:

Datum van het schriftelijk actueel verzoek *:/...../.....

DOOR WIE werd het schriftelijk verzoek opgesteld?

Werd het schriftelijk verzoek opgesteld en getekend door de patiënt? *

- ☐ Ja
☐ Nee

Indien nee: Werd in dit geval het verzoek op schrift gesteld door een meerderjarige persoon gekozen door de patiënt? (omdat de patiënt niet meer fysiek in staat was dit zelf te doen en deze persoon heeft geen materieel belang bij de dood van de patiënt.) Werden de redenen waarom de patiënt niet in staat was zijn verzoek op schrift te stellen en te tekenen in het verzoek genoteerd? Werd het verzoek op schrift gesteld door een derde in het bijzijn van de arts? *

- ☐ Ja
☐ Nee, waarom?:

Versie 12.03.2025 - 4/9

8. PROCEDURE gevolgd door de arts	
Heeft u uw patiënt over zijn <u>gezondheidstoestand</u> en zijn <u>levensverwachtingen</u> geïnformeerd? *	Heeft u het verzoek om euthanasie met het <u>verplegend team</u> (Indien bestaande) of leden van dat team besproken? *
☐ Ja, eventuele opmerking :	☐ Ja, eventuele opmerking :
☐ Nee, waarom?:	☐ Nee, waarom?:
Heeft u <u>een overleg gehad met de patiënt</u> m.b.t. het verzoek tot euthanasie? *	Heeft u het verzoek, indien de patiënt dat wenst, met de aangewezen <u>naasten</u> besproken? *
☐ Ja, eventuele opmerking :	☐ Ja, eventuele opmerking :
☐ Nee, waarom?:	☐ Nee, waarom?:
Heeft u uw patiënt over de resterende <u>therapeutische mogelijkheden</u> en gevolgen geïnformeerd? *	Heeft de patiënt het verzoek om euthanasie kunnen bespreken met de <u>personen</u> die hij wenste te ontmoeten? *
☐ Ja, eventuele opmerking :	☐ Ja, eventuele opmerking :
☐ Nee, waarom?:	☐ Nee, waarom?:
Heeft u uw patiënt geïnformeerd over <u>palliatieve zorg</u> (indien van toepassing) en de consequenties? *	Is het verloop van de gevolgde procedure en de geschreven documenten (verzoek, advies,...) opgetekend in het <u>medisch dossier</u> ? *
☐ Ja, eventuele opmerking :	☐ Ja, eventuele opmerking :
☐ Nee, waarom?:	☐ Nee, waarom?:

(gebruik de beide kolommen aan te vullen)

9. TE VERWACHTEN TIJD VAN OVERLIJDEN
De te verwachten termijn van overlijden? :
☐ BINNEN een bepaalde termijn (binnen de komende weken of maanden)
☐ NIET binnen een bepaalde termijn

10. ONAFHANKELIJK VERZICHT GERAADPLEEGDE ARTS(EN) (Een advies geven aan het kader van het verzoek om euthanasie)
Naam *:
Voorna(a)m(en) *:
Woonplaats (volledig adres) *:
Registratienummer RIZIV ² *:
Hoedanigheid *
☐ Huisarts
☐ Psychiater
☐ Andere specialiteit (hier geen specialisatie in LEIF/EOL of Palliatieve zorg vermelden)
Preciseer:
Datum van raadpleging * :/...../.....
Heeft deze geraadpleegde arts een bijkomende opleiding gevolgd?
☐ LEIF/EOL ³
☐ Palliatieve zorg

² Indien u dit nummer niet kan u dit terugvinden via de site van het RIZIV via "Webtoepassingen" - "Een zorgverlener zoeken".

<https://www.riziv.fgov.be/nl/toepassingen/aanvragen/zorgverlener-zoeken.aspx>

³ LEIF/EOL = opleiding i.v.m. de problematiek van euthanasie en beslissingen omtrent het levenseinde

<https://leif.be/opleidingen/professioneel/artsen/>

ADVIES van de geraadpleegde arts (in elk geval verplicht)
Wat zegt de eerste geraadpleegde arts over het ernstig en ongeneeslijk karakter van de AANDOENING? * <i>Onschrijf in enkele zinnen, kopieer of voeg hier het verslag van de geraadpleegde arts toe.</i>
Wat zegt de eerste geraadpleegde arts over het aanhoudend, ondraaglijk en niet te lenigen karakter van het LIJDEN? * <i>Onschrijf in enkele zinnen, kopieer of voeg hier het verslag van de geraadpleegde arts toe.</i>
Indien de patiënt NIET binnen een bepaalde termijn wil overlijden, heeft de tweede geraadpleegde arts, psychiater of specialist in de aandoening, die een advies gaf in het kader van het verzoek om euthanasie, een advies gegeven? *
Naam *
Voorna(a)m(en) *:
Woonplaats (volledig adres) *:
Registratienummer RIZIV ⁴ *:
Hoedanigheid *
☐ Psychiater
☐ Huisarts
☐ Andere specialiteit (hier geen specialisatie in LEIF/EOL of Palliatieve zorg vermelden)
Preciseer:
Datum van raadpleging * :/...../.....
Heeft deze tweede geraadpleegde arts een bijkomende opleiding gevolgd?
☐ LEIF/EOL
☐ Palliatieve zorg

⁴ Indien u dit nummer niet kan u dit terugvinden via de site van het RIZIV via "Webtoepassingen" - "Een zorgverlener zoeken".

<https://www.riziv.fgov.be/nl/toepassingen/aanvragen/zorgverlener-zoeken.aspx>

ADVIES tweede arts, psychiater of specialist in de aandoening in kwestie

Wat zegt de tweede geraadpleegde arts over het aanhoudend, ondraaglijk en niet te lenigen karakter van het LIJDEN? * Omschrijf in enkele zinnen, kopieer of voeg hier het verslag van de geraadpleegde arts toe.

Wat zegt de tweede geraadpleegde arts over het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van het verzoek? * Omschrijf in enkele zinnen, kopieer of voeg hier het verslag toe van de geraadpleegde arts.

11. BIJKOMENDE INZICHTEN

DATUM, HANDTEKENING EN STEMPEL VAN DE ARTS

Versie 12.03.2025 - 7/9

EUTHANASIE OP BASIS VAN EEN WILSVERKLARING

Patiënt is niet in staat om zijn verzoek te uiten omdat hij onomkeerbaar buiten bewustzijn was

Opgelet: als de patiënt bij bewustzijn was en in staat was om zijn verzoek te uiten, werd de euthanasie op basis van een actueel verzoek uitgevoerd, zelfs als er op voorhand een wilsverklaring inzake euthanasie werd opgesteld.

• (ga terug naar punt 6)

12. BEWUSTELOZE TOESTAND

De BEWUSTELOZE TOESTAND van de patiënt(e) was onomkeerbaar *

- ☐ Ja, eventuele opmerking:
☐ Nee, vul de punten 6 tot 11 aan (actueel verzoek)

13. TE VERWACHTEN TERMIJN VAN OVERLIJDEN

De te verwachten termijn van overlijden *:

- ☐ BINNEN afzienbare termijn (binnen de komende weken of maanden)
☐ NIET binnen afzienbare termijn

14. WILSVERKLARING

Bestaat er een opgemaakte VOORAFGAANDE WILSVERKLARING overeenkomstig de wet van 28 mei 2002 (twee verplichte getuigen, eventuele aanduiding van een vertrouwenspersoon, ...)? *

- ☐ Ja, eventuele opmerking:
Datum van de wilsverklaring *:/...../.....
☐ Nee, vul de punten 6 tot 11 aan (actueel verzoek blijft geldig, zelfs indien de patiënt tijdens het proces plots in een onomkeerbare bewusteloosheid zou belanden)

15. De eventueel aangeduide VERTROUWENSPERSON(EN)

Naam van de eventueel aangeduide vertrouwenspersoon *: Naam van de eventueel aangeduide vertrouwenspersoon *:
 Voornaam(en) *: Voornaam(en) *:
 Datum van raadpleging *:/...../..... Datum van raadpleging *:/...../.....

16. PROCEDURE

Heeft u het verzoek om euthanasie met de eventueel aangeduide vertrouwenspersoon(en) besproken? *

- ☐ Ja, eventuele opmerking:
☐ Nee, waarom:

Heeft u de inhoud van de wilsverklaring met de leden van het verplegend team (indien bestaande) of leden van dat team besproken? *

- ☐ Ja, eventuele opmerking:
☐ Nee, waarom:

(gelieve de beide kolommen aan te vullen)

Heeft u de inhoud van de wilsverklaring met de naasten van de patiënt, aangeduid door de vertrouwenspersoon, besproken? *

- ☐ Ja, eventuele opmerking:
☐ Nee, waarom:

Is het verloop van de gevolgde procedure en de geschreven documenten (wilsverklaring, advies,...) opgetekend in het medisch dossier? *

- ☐ Ja, eventuele opmerking:
☐ Nee, waarom:

17. ONAFHANKELIJK VERPLICHT GERAADPLEEGDE ARTS die een advies gaf in het kader van het verzoek om euthanasie

Naam *:
 Voornaam(en) *:
 Woonplaats (volledig adres) *:

Versie 12.03.2025 - 8/9

Registratienummer RIZIV³ * :

Hoedanigheid⁴ :

- ☐ Huisarts
☐ Psychiater
☐ Andere specialiteit (hier geen specialisatie in LEIF/EOL of Palliatieve zorg vermelden)

Preciseer:

Datum van raadpleging * : ____/____/____

Heeft deze geraadpleegde arts een bijkomende opleiding gevolgd?

- ☐ LEIF/EOL⁵
☐ Palliatieve zorg

ADVIES van de geraadpleegde arts

Wat zegt de geraadpleegde arts over de ONOMKEERBARE medische toestand? *

Omschrijf in enkele zinnen, kopieer of voeg hier het verslag van de geraadpleegde arts toe.

Niet gebruiken

18. BIJKOMENDE INLICHTINGEN die men wenst te bezorgen

DATUM, HANDTEKENING EN STEMPEL VAN DE ARTS

³ Indien u dit nummer niet kan u dit terugvinden via de site van het RIZIV via "Webtoepassingen" - "Een zorgverlener zoeken".

<https://www.riziv.fgov.be/nl/toepassingen/saploas/zorgverlener-zoeken.aspx>

⁴ LEIF/EOL = opleiding i.v.m. de problematiek van euthanasie en beslissingen omtrent het levenseinde

<https://leif.be/opleidingen/professioneel/artsen/>

REGISTRATIEDOCUMENT EUTHANASIE MINDERJARIGE PATIENT¹

Registratiedocument **binnen de vier werkdagen** na de euthanasie te bezorgen op volgend adres (Verzenden via een beveiligde mail OF via de post):

- Federale Controle en Evaluatiecommissie Euthanasie (FCEE) verder Commissie genoemd.
Galilleelaan 5/2
1210 BRUSSEL
www.euthanasiacommissie.be – euthanasiacom@health.fgov.be

De verwijzingen naar de wetsartikelen in dit document hebben betrekking op de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie (versie 29.03.2024). De geslachtsgebonden woorden moeten als genderneutraal gelezen worden ongeacht het geslacht van de betrokkene.

Indien u een opmerking of een vraag wilt richten aan de Euthanasie Commissie, die geen betrekking heeft op dit registratiedocument, kan dit via :

- het Secretariaat van de Euthanasiecommissie
euthanasiacom@health.fgov.be
NL : +32 2 524 92 64
FR : +32 2 524 92 63

De persoonsgegevens zijn beschermd volgens de GDPR. Meer info op:
<https://www.health.belgium.be/nl/bescherming-van-persoonsgegevens>

De rubrieken met * moeten worden ingevuld. Gelieve het document in te vullen via de PC/Word.

1. ARTS die verantwoordelijk is voor het registratiedocument (degene die zich ervan verzekerd heeft dat de essentiële voorwaarden en de formele en procedurele vereisten van de wet werden gerespecteerd) ²	
Naam * :	Woonplaats (volledig adres) * :
Voorna(a)m(en) :	
Registratienummer RIV * :	Gedrag van eventuele correspondentie (In geval de Commissie bijkomende vragen heeft)
Hoedanigheid: ☐ Huisarts ☐ Psychiater ☐ Andere specialist, precisie :	Adres :
Bijkomende opleiding gevolgd: ☐ LEIF/EOL ☐ Palliatieve zorg	Telefoonnummer : E-mail :
2. MINDERJARIGE PATIËNT	
Naam * :	Datum en uur van overlijden * :/...../..... ..u..
Voorna(a)m(en) * :	
Geslacht * ☐ Mannelijk ☐ Vrouwelijk ☐ X	Plaats van overlijden * ☐ Thuis ☐ Ziekenhuis ☐ Palliatieve eenheid ☐ Andere Precisieer :
Woonplaats (volledig adres) * :	
Datum van geboorte * :/...../.....	
Plaats van geboorte indien gekend * (opgelet niet de woonplaats!):	

¹ **OPGELET:** Voor de aangifte van euthanasie bij een handelingsbekwame ontvoogde minderjarige patiënt wordt het algemene registratieformulier gestuurd.

² Voor meer informatie over wie het document moet invullen, raadpleeg www.euthanasiacommissie.be rubriek formulier.

Plaats van residentie				
☐ België		☐ Andere land		
☐ Brussel Hoofdstad ☐ Provincie Antwerpen ☐ Provincie Henegouwen ☐ Provincie Limburg ☐ Provincie Luik ☐ Provincie Luxemburg ☐ Provincie Namen ☐ Provincie Oost-Vlaanderen ☐ Provincie Vlaams-Brabant ☐ Provincie Waals-Brabant ☐ Provincie West-Vlaanderen		Specifieer:		
3. WETTELIJKE VERTEGENWOORDIGER(S) van de minderjarige				
Eerste wettelijke vertegenwoordiger		Desgevallend tweede wettelijke vertegenwoordiger		
Naam * :		Naam * :		
Voorna(a)m(en) * :		Voorna(a)m(en) * :		
Woonplaats (volledig adres) * :		Woonplaats (volledig adres) * :		
Hoedanigheid * :		Hoedanigheid * :		
4. WIJZE waarop de euthanasie werd begeleid				
Naam van de GEBRUIKTE die producten heeft afgeleverd * :				
Voorna(a)m(en) * :				
Registratienummer RIV * :				
Adres :				
De GEBRUIKTE producten *				
Naam van geneesmiddel * (in volgorde van het gebruik)	Aantal ampullen/flacons en dosering per ampullen/flacons (mg/ml, %)	Totaal gebruikte dosis * (mcg, mg, gr, mg/ml, %)	Toedieningswijze* (intraveneus (IV), oraal (PO), subcutaan (SC), intramusculair (IM))	Eventueel het overschot dat aan de apotheker werd terugbezorgd: aantal ampullen/flacons

5. ANDERE GERAADPLEEGDE personen of instantie(s) indien van toepassing
Gelieve maar éénmaal een bepaalde persoon te vermelden, ongeacht het aantal "consultaties".

Gelieve hier GEEN artsen te vermelden die advies gaven in het kader van het euthanasieverzoek.

Naam:	Naam:
Voorna(a)m(en):	Voorna(a)m(en):
Woonplaats (volledig adres):	Woonplaats (volledig adres):
Hoedanigheid *:	Hoedanigheid *:
Datum van raadpleging:/...../.....	Datum van raadpleging:/...../.....
Naam:	Naam:
Voorna(a)m(en):	Voorna(a)m(en):
Woonplaats (volledig adres):	Woonplaats (volledig adres):
Hoedanigheid *:	Hoedanigheid *:
Datum van raadpleging:/...../.....	Datum van raadpleging:/...../.....

6. DIAGNOSE

(OPGELET: in dit kader niet het lijden/ symptomen vermelden dat voortkomt uit de aandoening(en))

*Omschrijf in enkele zinnen de precieze medische aandoening(en) en de ernst hiervan: ernstige en onomkeerbare, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening (en) die aan de basis ligt van het euthanasieverzoek van de patiënt: **

7. FYSIEK LIJDEN

Aard en beschrijving van het AANHOUDEND en ONDRAAGLIJK lijden *

Omschrijf het FYSIEK aanhoudend en ondraaglijk lijden uitgedrukt door de patiënt dat voortkomt uit deze aandoening(en)

FYSIEK lijden:

Versie 12.03.2025 - 3/7

NIET GELENIGD aspect van de lijden *

Omschrijf in enkele zinnen de REDENEN (objectieve en subjectieve) waarom dit lijden NIET GELENIGD KON WORDEN (onder andere het behandelingstraject)

8. OORDEELSBEKWAAMHEID

Was de patiënt (e) oordeelsbekwaam? *

- ☐ Ja
☐ Nee

9. VERZOEK TOT EUTHANASIE van de patiënt

Verzoek OVERWOGEN, HERHAALD, VRIJWILLIG en ZONDER EXTERNE DRUK

Wat heeft u ervan overtuigd dat het verzoek van uw patiënt overwogen, herhaald, vrijwillig en zonder externe druk was? * *(gelieve voldoende elementen te bezorgen en niet te antwoorden met "ja")*

TOEGESTEMD *(van het schriftelijk verzoek)*

Wanneer het verzoek tot euthanasie op schrift is gesteld? *

- ☐ Ja
☐ Nee, waarom?:

Datum van het schriftelijke verzoek:/...../.....

DOOR WIE werd het schriftelijk verzoek opgesteld?

Werd het schriftelijk verzoek opgesteld en getekend door de patiënt? *

- ☐ Ja
☐ Nee

Indien nee: Werd in dit geval het verzoek op schrift gesteld door een meerderjarige persoon gekozen door de patiënt? (omdat de patiënt niet meer fysiek in staat was dit zelf te doen en deze persoon heeft geen materieel belang bij de dood van de patiënt.) Werden de redenen waarom de patiënt niet in staat was zijn verzoek op schrift te stellen en te tekenen in het verzoek genoteerd? Werd het verzoek op schrift gesteld door een derde in het bijzijn van de arts? *

- ☐ Ja
☐ Nee, waarom?:

Hebben de wettelijke vertegenwoordigers hun akkoord geven betreffende het verzoek? *

- ☐ Ja
☐ Nee

Versie 12.03.2025 - 4/7

10. PROCEDURE gevolgd door de arts (art. 3) (gelieve de beide kolommen aan te vullen)

Heeft u uw patiënt over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachtingen geïnformeerd? *

☐ Ja, eventuele opmerking :

☐ Nee, waarom? :

Heeft u een overleg gehad met de patiënt m.b.t. het verzoek tot euthanasie? *

☐ Ja, eventuele opmerking :

☐ Nee, waarom? :

Heeft u uw patiënt over de resterende therapeutische mogelijkheden en gevolgen geïnformeerd? *

☐ Ja, eventuele opmerking :

☐ Nee, waarom? :

Heeft u uw patiënt geïnformeerd over palliatieve zorg (indien van toepassing) en de consequenties? *

☐ Ja, eventuele opmerking :

☐ Nee, waarom? :

Heeft u het verzoek om euthanasie met het verleggend team (indien bestaande) of leden van dat team besproken? *

☐ Ja, eventuele opmerking :

☐ Nee, waarom? :

(gelieve de beide kolommen aan te vullen)

Heeft u het verzoek, indien de patiënt dat wenst, met de aangewezen naasten besproken? *

☐ Ja, eventuele opmerking :

☐ Nee, waarom? :

Heeft de patiënt het verzoek om euthanasie kunnen bespreken met de personen die hij wenste te ontmoeten? *

☐ Ja, eventuele opmerking :

☐ Nee, waarom? :

Is het verloop van de gevolgde procedure en de geschreven documenten (verzoek, advies,...) opgetekend in het medisch dossier? *

☐ Ja, eventuele opmerking :

☐ Nee, waarom? :

Nadat de arts het verzoek van de patiënt(e) heeft behandeld, werd er aan de betrokkenen de mogelijk van psychologische bijstand geboden? *

☐ Ja, eventuele opmerking :

☐ Nee, waarom? :

11. TE VERWACHTEN TEGENWOZEN VAN OORLIDEN

Kon aangenomen worden dat de patiënt binnenzelfdood heeft gepleegd (binnen de laatste maanden) ? *

☐ Ja, eventuele opmerking :

☐ Nee, waarom? :

12. ONAFHANKELIJK GERAADPLEEGDE ARTS(EN) die een advies hebben gegeven in het kader van het verzoek om euthanasie

Naam * :

Voorna(a)m(en) *

Woonplaats (volledig adres) * :

Registratienummer RIZIV³ *

Hoedanigheid *

☐ Huisarts

☐ Psychiater

☐ Andere specialiteit (hier geen specialisatie in LEIF/EOL of Palliatieve zorg vermijden)

Preciseer:

Datum van raadpleging * :/...../.....

³ Indien u dit nummer niet kan u dit terugvinden via de site van het RIZIV via "Webtoepassingen" - "Een zorgverlener zoeken".
<https://www.riziv.fgov.be/nl/toepassingen/aanpas/zorgverlener-zoeken.aspx>

Versie 12.03.2025 - 5/7

Heeft deze geraadpleegde arts een bijkomende opleiding gevolgd?

☐ LEIF/EOL⁴

☐ Palliatieve zorg

ADVIES van de geraadpleegde arts (in elk geval verplicht)

Wat zegt de eerste geraadpleegde arts over het ernstig en ongeneeslijk karakter van de AANDOENING? * Omschrijf in enkele zinnen, kopieer of voeg hier het verslag van de geraadpleegde arts toe.

Wat zegt de eerste geraadpleegde arts over het aanhoudend, ondraaglijk en niet te lenigen karakter van het LIJDEN? * Omschrijf in enkele zinnen, kopieer of voeg hier het verslag van de geraadpleegde arts toe.

Kinder- en jeugdpsychiater of psycholoog waarvan de raadpleging eveneens verplicht is

Naam * :

Voorna(a)m(en) *

Woonplaats (volledig adres) *

Registratienummer RIZIV⁵ *

Hoedanigheid *

☐ Kinder- en jeugdpsychiater

☐ Psycholoog

☐ Andere specialiteit (hier geen specialisatie in LEIF/EOL of Palliatieve zorg vermijden)

Preciseer:

Datum van raadpleging * :/...../.....

Heeft deze tweede geraadpleegde arts een bijkomende opleiding gevolgd?

☐ LEIF/EOL

☐ Palliatieve zorg

⁴ LEIF/EOL = opleiding i.v.m. de problematiek van euthanasie en beslissingen omtrent het levens einde
<https://leif.be/opleidingen/professioneel/artsen/>

⁵ Indien u dit nummer niet kan u dit terugvinden via de site van het RIZIV via "Webtoepassingen" - "Een zorgverlener zoeken".
<https://www.riziv.fgov.be/nl/toepassingen/aanpas/zorgverlener-zoeken.aspx>

Versie 12.03.2025 - 6/7

ADVIES van de kinder- en jeugdpsychiater of psycholoog

Wat zegt de kinder- en jeugdpsychiater of psycholoog over de OORDEELSBEKWAAMHEID van de minderjarige? * Omschrijf in enkele zinnen, kopieer of voeg hier het verslag van de geraadpleegde arts toe.

Niet gebruiken

13. BIJKOMENDE INLICHTINGEN die men wenst te bezorgen

DATUM, HANDTEKENING EN STEMPEL VAN DE ARTS

Versie 12.03.2025 - 7/7

FCEE

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie
Secretariaat van de Commissie.
Galileelaan 5/2
1210 Brussel - België
euthanasiecom@health.fgov.be
www.euthanasiecommissie.be

Informatie voor gezondheidsprofessionals

Website van de Federale overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, rubriek >> Professionals >> Gezondheidsprofessionals >> Menselijke gezondheid >> Specifieke zorgverlening >> Euthanasie
[Algemene informatie voor gezondheidsprofessionals](#)

Informatie voor burgers/patiënten

Website van de Federale overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, rubriek >> Thema's >> Gezondheid >> Jouw gezondheid >> Euthanasie
[Euthanasie in België](#)

VERANTWOORDELIJKE REDACTIE : Wim Distelmans en Jacqueline Herremans, covoorzitters van de FCEE
Oktober 2026