

MADE IN  
WEST-  
VLAANDEREN

**howest**  
De Hogeschool West-Vlaanderen  
Lid van de Associatie Universiteit Gent

# Een zachte dood

**Euthanasie bij ondraaglijk en uitzichtloos  
psychisch lijden**

Bachelor in de Journalistiek  
Academiejaar 2014-2015  
Promotoren: Karl Vandenberghe & Bregt Vermeulen  
Lisa Van Cauwenbergh



MADE IN  
WEST-  
VLAANDEREN

**howest**  
De Hogeschool West-Vlaanderen  
Lid van de Associatie Universiteit Gent

# Een zachte dood

Euthanasie bij ondraaglijk en uitzichtloos  
psychisch lijden

Bachelor in de Journalistiek  
Academiejaar 2014-2015  
Promotoren: Karl Vandenberghe & Bregt Vermeulen  
Lisa Van Cauwenbergh

# Woord vooraf

Deze bachelorproef is zowel het hoogtepunt als het einde van mijn opleiding Journalistiek aan de Hogeschool West-Vlaanderen te Kortrijk. Een volledig academiejaar heb ik hieraan gewerkt, maar dat verliep niet altijd even makkelijk. Het heeft me veel tijd en energie gekost om mijn eindwerk te schrijven en te filmen. 'Euthanasie bij psychisch lijden' is geen evident en licht onderwerp. Maar ik heb er nooit spijt van gehad dat ik deze keuze heb gemaakt. Gedurende de voltooiing van mijn eindwerk kon ik rekenen op de hulp en steun van verscheidene personen. Zonder hen was het mij nooit gelukt om deze bachelorproef te schrijven.

In het bijzonder bedankt ik mijn promotoren Bregt Vermeulen en Karl Vandenberghe voor hun begeleiding en hun stimulerende houding. Ook een dankjewel aan Ilse Mestdagh voor de voorbereidende en begeleidende sessies. Mijn dank gaat ook uit naar Reginald Van Severen en Alain Benoit voor de vele zware maar uiterst interessante lessen over camera- en montagetechniek. Ik heb van filmen echt mijn passie kunnen maken. Graag bedank ik mijn stageplaats Mediaraven vzw waar ik in drie maanden tijd enorm veel heb bijgeleerd en gegroeid ben op vlak van creatief filmen en monteren.

Ik wil mijn grootste dank en respect betuigen aan de familie De Vos en de familie Vincke die bereid waren mee te werken aan mijn eindwerk. Valérie De Vos en Pierre Pol Vincke, ik dank jullie enorm dat jullie mij uitnodigden voor twee zeer emotionele maar hartverwarmende gesprekken over het verlies van jullie dierbare. Jullie hebben me het belang van mijn onderwerp doen inzien. Speciale dank ook aan dokter en professor Wim Distelmans en dokter Lieve Thienpont voor hun bijdrage.

Ook een bijzondere dank aan Laurie Bailliu voor haar hulp, steun en luisterend oor.

Tenslotte bedank ik ook mijn ouders, grootouders en broers voor de welgemeende aanmoediging.

Lisa Van Cauwenbergh

Vlamertinge, mei 2015

# Abstract

Het is niet altijd vanzelfsprekend om te beoordelen of patiënten met een psychische aandoening die om euthanasie vragen aan de euthanasievoorwaarden voldoen. De wet is voornamelijk gebaseerd op mensen die ondraaglijk fysiek lijden. In dit eindwerk wordt de euthanasiewet en de rapporten van de commissie euthanasie geanalyseerd. Het tweede hoofdstuk is een persoonlijke verwerking van het onderwerp met oog op het journalistieke eindproduct.

Er is nog vaak een te grote ruimte voor interpretatie wanneer de wet wordt toegepast op mensen met een psychiatrische aandoening. De patiënt bepaalt zelf of hij of zij ondraaglijk psychisch lijdt, de arts en de hulpverleners beslissen of er nog behandelingsmogelijkheden zijn voor de patiënt.

Vaak is een gebrek aan expertise en onderzoek bij euthanasie vanwege ondraaglijk psychisch lijden. Hierdoor duurt het euthanasieproces vaak te lang of is er helemaal geen sprake van euthanasie omdat de drempel soms nog te hoog ligt voor de behandelende arts om hierover te praten.

It is not always easy to judge whether a patient with a psychological illness who asks for euthanasia, meets with the conditions of euthanasia that are described in euthanasia law. The law is mainly based on people who suffer from an unbearable physical illness. In this paper, the euthanasia law and the reports of the commission for euthanasia are being analysed. The second chapter consists of a personal processing considering the journalistic documentary.

Too often it is difficult to apply the euthanasia law on patients who suffer from a psychological illness. The patient itself decides whether his or her sufferings are unbearable, the doctor and his team of aid workers decide if it is still possible to give the patient a right treatment to cure the illness or make it more bearable.

There is still a lack of expertise and research concerning euthanasia because of unbearable psychological suffering. Because of this, the euthanasiaproces often takes too much time or doesn't happen at all. Therefore it is important that doctors talk about the subject of euthanasia to their patients.

## Inhoudsopgave

Woord vooraf .....	4
Abstract .....	5
Hoofdstuk 1: Researchdossier .....	10
1. Inleiding .....	11
2. Euthanasie: algemeen .....	12
2.1. Belangrijke begrippen.....	12
2.1.1. Euthanasie .....	12
2.1.2. Hulp bij zelfdoding.....	13
2.1.3. Zelfmoord .....	14
2.2. De Belgische Wetgeving .....	14
2.2.1. Algemene bepalingen.....	14
2.2.2. Voorwaarden en procedure .....	15
2.2.3. Wilsverklaring.....	16
2.2.4. Aangifte .....	17
2.2.5. De Commissie .....	17
2.2.6. Bijzondere bepalingen .....	17
2.2.7. De wet op de patiëntenrechten .....	17
2.2.8. De wet op de palliatieve zorg .....	18
2.3. Buitenlandse wetgevingen .....	18
2.3.3. Euthanasiewet in Nederland .....	18
2.3.4. Euthanasiewet in Luxemburg .....	19
2.3.5. Hulp bij zelfdoding in Zwitserland .....	19
2.4. Federale Controle- en Evaluatiecommissie .....	19
2.4.1. De Commissie .....	19
2.4.2. De cijfers.....	20
2.4.3. Zesde verslag aan de wetgevende kamers (2012-2013), uitgebracht in oktober 2014	21
2.4.3.1. Aantal aangiften .....	21
2.4.3.2. Aandoeningen die aan de basis lagen .....	22
2.4.3.3. Leeftijd van de patiënten .....	22
2.4.3.4. Plaats van de euthanasie.....	23
2.4.3.5. Aard van het lijden .....	23
2.4.3.6. Wijze waarop euthanasie werd uitgevoerd en de gebruikte middelen.....	24
2.4.3.7. Beslissingen van de commissie.....	25

3.	Euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden .....	25
3.1.	De psychiatrische patiënt .....	25
3.1.1.	Ondraaglijk psychisch lijden .....	26
3.1.1.1.	Begripsomschrijving van het psychisch lijden .....	26
3.1.1.2.	Betekenis van ondraaglijk psychisch lijden .....	27
3.1.1.3.	De vraag naar euthanasie.....	27
3.1.2.	Handelings-en wilsbekwaamheid van de patiënt.....	28
3.2.	Toepassing van de euthanasiewet bij het psychisch lijden .....	29
3.2.1.	Vrijwillig verzoek .....	30
3.2.2.	Ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden.....	30
3.2.3.	Psychisch lijden dat ongeneeslijk is.....	31
3.2.4.	Psychisch lijden ten gevolge van een ernstige en ongeneeslijke aandoening, veroorzaakt door ziekte of ongeval.....	32
3.3.	Palliatieve zorg .....	32
3.3.1.	Begripsomschrijving .....	32
3.3.2.	Palliatieve psychiatrie.....	33
3.3.3.	Het belang van palliatieve psychiatrie .....	34
3.3.3.1.	Hoop bij ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden.....	34
3.3.4.	Palliatieve psychiatrie vervangen door supportieve psychiatrie .....	34
3.3.5.	Therapeutische hardnekkigheid .....	35
3.3.5.1.	Hoe kan een patiënt zich hiertegen wapenen?.....	35
3.4.	Debat-waardige uitspraken over euthanasie bij psychisch lijden .....	36
3.4.1.	“Euthanasie bij psychisch lijden is het aanmoedigen van zelfdoding” .....	36
3.4.2.	“Ondraaglijk psychisch lijden is een sociale constructie” .....	37
4.	Opmerkelijke initiatieven en Belangenorganisaties.....	37
4.1.	Opmerkelijke initiatieven .....	37
4.1.1.	Vonkel, een luisterend huis .....	37
4.1.2.	ULteam .....	38
4.1.3.	W.e.m.m.e.l. ....	38
4.2.	Belangenorganisaties .....	39
4.2.1.	LEIF, LevensEinde InformatieForum .....	39
4.2.2.	RWS, Recht op Waardig Sterven .....	39
4.2.3.	Omega vzw .....	40
	Hoofdstuk 2: Persoonlijke verwerking met oog op het journalistieke eindproduct .....	41
1.	Situering onderwerp in de media.....	42
1.1.	Case 1: Televisie .....	42

1.2.	Case 2: Print.....	44
1.3.	Case 3: Radio .....	45
2.	Formatanalyse .....	47
2.1.	Telefacts .....	47
2.1.1.	Concept en missie.....	47
2.1.2.	Doelpubliek.....	47
2.1.3.	Historiek en evolutie .....	48
2.1.4.	Opbouw .....	48
2.1.5.	Analyse concrete reportage .....	49
2.2.	Eigen werkwijze .....	50
3.	Scenario en werkplan .....	50
3.1.	Gedetailleerd scenario .....	50
3.1.1.	Structuur/scenario journalistiek eindproduct.....	50
3.1.2.	Tijdscode.....	54
3.1.3.	Vraagstelling .....	55
3.1.4.	Beeld, klank, montagekeuze en muziek .....	58
3.2.	Biografie gekozen gesprekspartners .....	59
3.2.1.	Wim Distelmans .....	59
3.2.2.	Lieve Thienpont .....	59
3.2.3.	Edith Vincke en familie .....	60
3.2.4.	Christophe De Vos en familie .....	61
3.3.	Logboek en planning .....	62
	Conclusie .....	65
	Persbericht .....	69
	Referentielijst .....	70
	Bijlagen .....	73
	Bijlage 1 Wet betreffende de euthanasie, 28 mei 2002 .....	74
	Bijlage 2 Registratiedocument euthanasie .....	80



# Lijst met tabellen en figuren

Figuur 1: Evolutie van het jaarlijks aantal geregistreerde .....	21
Tabel 1: Leeftijd van de patiënten bij euthanasie .....	22
Tabel 2: Plaats van overlijden bij euthanasie .....	23
Tabel 3: aantal aangiften van euthanasie .....	24
Tabel 4: Wijze waarop de euthanasie werd uitgevoerd en de te gebruikte .....	24
Tabel 5: Beslissingen van de commissie .....	25

Hoofdstuk 1:

# Researchdossier

## 1. Inleiding

Een vraag om euthanasie wegens ondraaglijk psychisch lijden. Het komt in ons land niet vaak voor. De recentste cijfers vertellen dat in 2012 en 2013 er 3239 mensen stierven door euthanasie. 4% daarvan leed aan een neuropsychologische aandoening. Voor ik besliste mijn eindwerk over euthanasie te maken, had ik er amper bij stilgestaan dat euthanasie niet enkel vanwege ondraaglijk lichamelijk lijden wordt toegediend. Ik werd er de eerste keer mee geconfronteerd toen ik het verhaal van Christophe De Vos las in het actualiteitenmagazine Knack. Christophe stierf in de zomer van 2013 door euthanasie na een jarenlange strijd van depressies en psychoses. Hij was 28 jaar oud geworden.

Na het lezen van dit artikel ben ik op zoek gegaan naar beschikbare informatie over euthanasie en psychiatrie. Ik botste op een aflevering van het praatprogramma 'Reyers laat' op Canvas. Daar de vader van Edith Vincke te gast. Zij stierf in november 2011 door zelfdoding. Ze werd 35. Sinds haar tienerjaren leed ze aan een eetstoornis en depressies. Haar lijden was ondraaglijk en kon niet meer gelenigd worden. Na meerdere zelfmoordpogingen vroeg ze om euthanasie. Dit werd geweigerd. Kort daarna pleegde ze suïcide in de psychiatrische instelling waar ze verbleef. Ik plaatste het verhaal van Edith naast dat van Christophe. Beide leden ondraaglijk en uitzichtloos. Zowel Christophe als Edith hadden meermaals een zelfmoordpoging ondernomen en werden van de ene psychiatrische instelling in de andere opgenomen. Maar waarom werd Christophe zijn euthanasieverzoek wel goedgekeurd en dat van Edith niet? Kon hij de artsen overtuigen van zijn ondraaglijk psychisch lijden en zij niet? Ik ging verder op zoek naar antwoorden.

Tijdens die zoektocht las en bekeek ik veel verhalen van mensen die vanwege hun ondraaglijk psychisch lijden om euthanasie vroegen, dit werden geweigerd en uiteindelijk zichzelf van het leven beroofden. Waarom werd dit hen geweigerd terwijl ze toch aan alle voorwaarden, die in de euthanasiewet staan geschreven, voldeden? Is er een gebrek aan expertise, een nog te grote onwetendheid? Zijn artsen en hulpverleners vaak nog te bang voor de doodwens van hun patiënten? Deze vele vragen lieten mij niet los.

De vele verhalen en getuigenissen van verschillende families bleven me diep treffen. Ik zocht naar antwoorden op de vele vragen die zich opdrongen. Ik wilde het thema 'euthanasie bij psychisch lijden' uit de taboesfeer halen, vastberaden om het begrijpelijker te maken en de verschillende patiënten en families gehoor te geven door hun verhalen verder op te pikken.

In het eerste hoofdstuk doe ik research naar de euthanasiewet en wat die zegt of niet zegt over psychisch lijden. Ik begin zeer algemeen. Dit is nodig omdat het de basis zal vormen voor mijn verder onderzoek. Ik analyseer de euthanasiewet van 28 mei 2002 en het recentste rapport van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie. Ik onderzoek wat de verschillende termen betekenen die zijn opgenomen in de wet en in het rapport van de commissie. Is er aanleiding tot dubbelzinnigheid? Zijn sommige termen nog te ruim voor interpretatie? Vervolgens zoom ik in op het ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden. Wat betekent dit concreet? Wat zijn de knelpunten van een euthanasievraag bij mensen met een psychiatrische aandoening?

Het tweede hoofdstuk in mijn eindwerk focust zich voornamelijk op mijn journalistiek eindproduct: mijn videoreportage. Ik analyseer andere reportages en casussen, zowel geschreven als gefilmde. Ik schrijf een scenario uit, bereid me voor op de gesprekken die ik zal hebben met dokter Wim Distelmans en dokter Lieve Thienpont. Ik beschrijf ook mijn moeilijkheden gedurende het schrijven en het onderzoeken. Hoe moeilijk en uitdagend het soms is om rond dit gevoelig en complex thema te werken.

## 2. Euthanasie: algemeen

### 2.1. Belangrijke begrippen

#### 2.1.1. Euthanasie

De definitie van euthanasie die in de Belgische wetgeving is opgenomen is als volgt:

**“Euthanasie is het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek.”**

De dikke Van Dale online omschrijft euthanasie als:

**"het op hun eigen verzoek bespoedigen van de dood of ter dood brengen van hevig lijdende, ongeneeslijke zieken"** (Dikke Van Dale Online, versie januari 2015)

Het woord euthanasie is afgeleid uit het Grieks en betekent letterlijk 'goede dood'. Onder deze noemer valt dus alles wat kan bijdragen tot een goed, zacht en menswaardig levenseinde. In België mag enkel een arts de handeling uitvoeren onder strikte voorwaarden die staan beschreven in de Belgische euthanasiewet (zie 2.2.). Euthanasie valt onder de noemer 'natuurlijke dood' indien aan alle wettelijke voorwaarden is voldaan.

Er bestaan zes verschillende manieren waarop er kan ingegrepen worden om een leven te beëindigen. Euthanasie is slechts één mogelijkheid en de minst voorkomende vorm (Distelmans, 2010).

Ten eerste kan een behandeling stop worden gezet omdat deze zinloos is geworden. Zo kan er bijvoorbeeld overwogen worden de chemokuur stop te zetten bij een kankerpatiënt. Sterk hierbij aanleunend is wanneer er beslist wordt om een behandeling niet meer op te starten, dit is de tweede mogelijkheid. De derde vorm is een aanpassing van de pijnstilling. Deze maatregel kan het levenseinde bespoedigen, maar heeft op zich niet die bedoeling. Op deze manier worden ondraaglijke symptomen verlicht. Dit kan door ofwel een verhoging van de pijnmedicatie, of door de patiënt in een diepe slaap te brengen. Wanneer de artsen echter de palliatieve sedatie<sup>1</sup> veranderen, al dan niet met medeweten van de familie, dan spreekt men van een levensbeëindiging zonder verzoek. Hierbij kan men bijvoorbeeld denken aan een pasgeboren baby die ernstige genetische afwijkingen heeft en binnen afzienbare tijd zal overlijden. Men besluit dan het kind niet nog enkele weken of maanden in leven te houden. (Callebert, 2012)

Het is duidelijk dat bovenstaande manieren om een leven te beëindigen telkens beslissingen betreffen waar de patiënt niet noodzakelijk weet van heeft. In het beste geval werd er overlegd met de patiënt. In sommige gevallen is dit dan weer niet mogelijk, wanneer de patiënt wilsonbekwaam<sup>2</sup> is, zich in een comateuze toestand bevindt of zeer jong is.

De twee andere manieren waarop kan worden ingegrepen om een leven te beëindigen zijn euthanasie en hulp bij zelfdoding (zie 2.1.2.). Het grootste verschil tussen deze twee en bovenstaande manieren is dat het verzoek om het leven te beëindigen wel van de patiënt zelf komt.

### 2.1.2. Hulp bij zelfdoding

Hulp bij zelfdoding wordt door Distelmans (2008) gedefinieerd als 'het, op uitdrukkelijk verzoek van de betrokkene, verstrekken van middelen waarmee deze het leven, wanneer hij/zij dit wil, humaan kan beëindigen'. Bij hulp bij zelfdoding voldoet de patiënt aan alle voorwaarden voor euthanasie. Het cruciale verschil tussen beide levensbeëindigingen zit in het feit dat de arts bij de hulp tot zelfdoding in principe niet aanwezig hoeft te zijn en dus ook niet weet of het lukt. Maar de arts heeft wel het

---

<sup>1</sup> Een doelbewust medisch handelen. Het toedienen van kalmerende geneesmiddelen om het bewustzijn van een terminale patiënt zodanig te verlagen om één of meerdere onbehandelbare symptomen op een adequate wijze te controleren (palliatie, 2015)

<sup>2</sup> Situatie waarbij de patiënt niet zelf kan bepalen of hij of zij toestemming geeft voor het uitvoeren van een medische behandeling

dodelijk middel ter beschikking gesteld, meestal is dit een dodelijk drankje. In realiteit wordt er wel degelijk veronderstelt dat de arts aanwezig is.

Hulp bij zelfdoding is vaak nog verwarrend. Ook omdat het niet veel voorkomt en omdat artsen het liever niet doen omdat het gevaarlijk kan zijn. De patiënt kan het drankje aan iemand anders doorgeven of hij drinkt het niet helemaal op en sterft niet maar gaat in een comateuze toestand. Het is dus niet zo veilig en vaak nog te onbekend (Joiner, 2010).

### 2.1.3. Zelfmoord

Zelfmoord is een zichzelf opzettelijk toegebrachte dood met de bedoeling een einde te maken aan een ondraaglijke situatie of de ervaring ervan (Callebert, 2012). De persoon verlangt hierbij niet noodzakelijk naar de dood maar wel naar een ander leven. 90% van de suïcidale personen lijden onder ernstige psychiatrische problemen (Joiner, 2010).

## 2.2. De Belgische Wetgeving

De wet betreffende euthanasie is in België op 28 mei 2002 afgekondigd. Het is in werking getreden op 20 september van dat jaar. De wet bestaat uit zes hoofdstukken:

- Hoofdstuk 1: algemene bepalingen
- Hoofdstuk 2: voorwaarde en procedure
- Hoofdstuk 3: wilsverklaring
- Hoofdstuk 4: aangifte
- Hoofdstuk 5: de Federale Controle- en Evaluatiecommissie
- Hoofdstuk 6: bijzondere bepalingen

Voor de integrale wettekst: zie bijlage 1

### 2.2.1. Algemene bepalingen

Voor de toepassing van deze wet wordt onder euthanasie verstaan het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek (Belgisch Staatsblad, 2002).

### 2.2.2. Voorwaarden en procedure

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

- De patiënt een meerderjarige of een ontvoogde minderjarige is die handelingsbekwaam 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 patiënt zich in een medisch uitzichtloze situatie bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd<sup>3</sup> kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening
- Hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd

2. De arts is in alle gevallen verplicht:

- De patiënt in te lichten 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
- Zich verzekeren van het aanhoudend fysiek of psychisch lijden van de patiënt en van het duurzaam karakter van zijn verzoek. Hierbij voert de arts meerdere gesprekken met de patiënt, rekening houdend met de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de patiënt
- 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. Deze andere arts stelt een verslag op van zijn bevindingen
- 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 het team
- Ook het verzoek van de patiënt bespreken met de naaste familie, indien de patiënt dit wenst

---

<sup>3</sup> Verzacht of verlicht

- Zich ervan verzekeren dat de patiënt de gelegenheid heeft gehad om over zijn verzoek te spreken met de personen die hij wenste te ontmoeten
3. Indien de arts van oordeel is dat de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, moet hij bovendien:
- Een tweede arts raadplegen, die psychiater of specialist in de aandoening in kwestie is. Deze arts zal een verslag maken van zijn bevindingen
  - Minstens één maand laten verlopen tussen het schriftelijke verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie
4. Het verzoek van de patiënt moet op schrift gesteld zijn. 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 die geen materieel belang mag hebben bij de dood van de patiënt. De patiënt kan te alle tijde het verzoek herroepen, waarna het document uit het medisch dossier wordt gehaald en aan de patiënt wordt teruggegeven.
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 art(en), worden regelmatig opgetekend in het medisch dossier van de patiënt.

### 2.2.3. Wilsverklaring

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



#### 2.2.4. Aangifte

De arts die euthanasie heeft toegepast, bezorgt binnen vier werkdagen het volledig ingevulde registratiedocument aan de Federale Controle- en Evaluatiecommissie (Zie Bijlage 2).

#### 2.2.5. De Commissie

Er werd een Federale Controle- en Evaluatiecommissie ingesteld inzake de toepassing van deze wet. De commissie stelt een registratiedocument op dat door de arts, telkens wanneer hij euthanasie toepast, ingevuld moet worden (artikel 7).

#### 2.2.6. Bijzondere bepalingen

Het verzoek en de wilsverklaring hebben geen dwingende waarde. Geen andere persoon kan worden gedwongen mee te werken aan het toepassen van euthanasie. Weigert de geraadpleegde arts euthanasie toe te passen, dan moet hij dit de patiënt of de eventuele vertrouwenspersoon tijdig laten weten waarbij hij de redenen van zijn weigering toelicht. Berust zijn weigering op een medische grond dan wordt die in het medisch dossier van de patiënt opgetekend. De arts die weigert in te gaan op een euthanasieverzoek moet, op verzoek van de patiënt of de vertrouwenspersoon, het medisch dossier van de patiënt meedelen aan de arts die is aangewezen door de patiënt of de vertrouwenspersoon.

#### 2.2.7. De wet op de patiëntenrechten

In de wet staat geschreven dat de patiënt recht heeft op een kwaliteitsvolle dienstverlening naargelang de beschikbare medische kennis en technologie. De patiënt verdient zorgvuldige aandacht en zorg en dit ongeacht zijn sociale klas, nationaliteit, inkomen of wat voor ander onderscheid ook. Bovendien kan elke patiënt vrij om te kiezen tot welke zorgverlener hij zich wendt. De gemaakte keuzes kan hij op elk moment ook herroepen of aanvullen met een tweede mening.

Een ander cruciaal gegeven binnen de patiëntenrechten is het recht van de patiënt op informatie over zijn gezondheidstoestand, de evolutie daarvan en de eventuele behandelingen.

De patiënt heeft bovendien ook het recht om een behandeling te weigeren.

### 2.2.8. De wet op de palliatieve zorg

Het is belangrijk om weten dat palliatieve zorg noch op levensverlenging noch op levensverkorting is gericht. In tegenstelling tot euthanasie gaat het bij palliatieve zorg om een normale medische handeling, bedoeld om de niet meer te behandelen ziekteverschijnselen onder controle te krijgen. Een levensverkortend effect mag zeker niet de doelstelling zijn.

Toch gebeurt het regelmatig dat te hoge dosissen medicatie worden toegediend met het oog op het versnellen van het sterfproces. Hierdoor kreeg de sedatie<sup>4</sup> al vaak een negatieve bijklank een trage vorm van euthanasie te zijn. Maar dit alles neemt natuurlijk niet weg dat palliatieve zorg en euthanasie bij één en dezelfde patiënt kunnen voorkomen, hoewel ze op zich verschillende doeleinden nastreven (Doyle & Woodruff, 2011).

## 2.3. Buitenlandse wetgevingen

### 2.3.3. Euthanasiewet in Nederland

Nederland was het eerste land ter wereld waar een wet werd goedgekeurd in 2001 die euthanasie toeliet onder bepaalde voorwaarden (de zorgvuldigheidseisen). De wet heet 'Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding'. Op wettelijk vlak deed zich een gelijkaardige ontwikkeling voor als in België.

De Nederlandse wetgeving hecht er meer belang aan dat de patiënt, indien mogelijk, het middel zelf inneemt. Er bestaat immers geen 'recht' op euthanasie. De beslissing om aan een euthanasieverzoek te voldoen ligt bij de behandelende arts. De arts heeft twee verplichtingen tegenover zijn patiënt:

1. zijn lijden te verlichten of weg te nemen
2. zijn leven te behouden

De laatste verplichting staat dus tegenover de wens van de patiënt om euthanasie te krijgen. Artsen mogen dus een euthanasieverzoek weigeren (Croonen & De Vries, 2010).

---

<sup>4</sup> Met behulp van medicijnen het bewustzijn van de stervende verlagen met als doel de last en de pijn te verlichten (<http://www.kanker.be/palliatieve-sedatie-geen-euthanasie>)

#### 2.3.4. Euthanasiewet in Luxemburg

Op 19 februari 2008 heeft de meerderheid in het Luxemburgse parlement de euthanasiewet goedgekeurd. Ook werd er een wet rondom palliatieve zorg aangenomen. Dit maakt Luxemburg het derde land, naast België en Nederland, waar euthanasie en hulp bij zelfdoding door een arts niet meer strafbaar is.

De zorgvuldigheidseisen waaraan de arts in kwestie zich aan moet houden, zijn gelijklopend met die van Nederland. Hierdoor lijken beide wetten erg op elkaar (Callebert, 2011).

#### 2.3.5. Hulp bij zelfdoding in Zwitserland

In het Zwitserse wetboek van strafrecht is sinds het begin van de 19<sup>e</sup> eeuw een artikel verschenen dat hulp bij zelfdoding legaliseert. “Iemand die uit eigen belang een ander tot zelfdoding overhaalt of hem of haar daarbij hulp biedt, wordt gestraft met ten hoogste vijf jaar dwangarbeid of gevangenisstraf”, luidt het wetsartikel. Elke Zwitserse burger mag dus hulp verlenen bij een zelfgewilde levensbeëindiging indien het niet uit eigenbelang is. Met elke burger worden zowel artsen als gewone burgers bedoeld (Thienpont, 2015).

### 2.4. Federale Controle- en Evaluatiecommissie

De Federale Controle- en Evaluatiecommissie is bevoegd met het toezicht op de correcte uitvoering van de euthanasiewet (2012-2013).

#### 2.4.1. De Commissie

De Commissie werd ingesteld door de euthanasiewet op 28 mei 2012 en is in functie getreden in oktober 2012.

De arts is verplicht elke uitgevoerde euthanasie aan te geven aan de commissie door middel van een registratieformulier. De commissie vergadert maandelijks, met uitzondering van een maand in de zomervakantie. Sinds 2013 wordt er om de vier weken vergaderd omdat er een stijgend aantal

aangiften zijn. De evolutie van het aantal aangiften per jaar sinds de inwerkingtreding van de wet, toont een stijging die duidelijk verhoogd sinds 2011.

De Commissie bestaat uit 16 leden die worden gekozen op basis van hun kennis en ervaring over de materies die in de Commissie worden behandeld. Van de 16 leden zijn er 8 leden dokter in de geneeskunde, 4 hoogleraar in de Rechten aan een Belgische universiteit of advocaat en de laatste vier komen uit kringen die belast zijn met de problematiek van ongeneeslijke zieke patiënten. Er wordt van de commissieleden verwacht dat ze de dossiers grondig voorbereiden en dat ze bovendien ook een selectie maken van dossiers die bijzondere aandacht vragen. Mocht er twijfel zijn of alle wettelijke voorwaarden en procedures voldaan zijn, dan kan de commissie het verzegelde gedeelte met de persoonlijke gegevens openen. Er kan ook extra uitleg worden gevraagd aan de behandelende arts. Tenslotte zal de commissie binnen de twee maanden beslissen over de aangifte. Indien blijkt dat de wet niet werd nagestreefd dan moet het dossier worden overgemaakt aan de procureur des Konings.

#### 2.4.2. De cijfers

De commissie brengt om de twee jaar een verslag uit waarin de gegevens uit het tweede gedeelte van de aangiftdocumenten<sup>5</sup> statistisch worden verwerkt. Ook de toepassing van de wet wordt in het verslag besproken.

De commissie heeft al zes verslagen uitgebracht:

- Zesde verslag (cijfers 2012-2013) in 2014
- Vijfde verslag (cijfers 2010-2011) in 2012
- Vierde verslag (cijfers 2008-2009) in 2010
- Derde verslag (cijfers 2006-2007) in 2008
- Tweede verslag (cijfers 2004-2005) in 2006
- Eerste verslag (cijfers 2002-2003) in 2004

Het verslag bestaat uit drie delen:

- Deel 1: een statistisch verslag waarin de informatie uit het tweede deel van het registratiedocument is verwerkt

---

<sup>5</sup> Deel 2 van het registratiedocument omvat de voorwaarden en procedure waaronder de euthanasie werd uitgevoerd

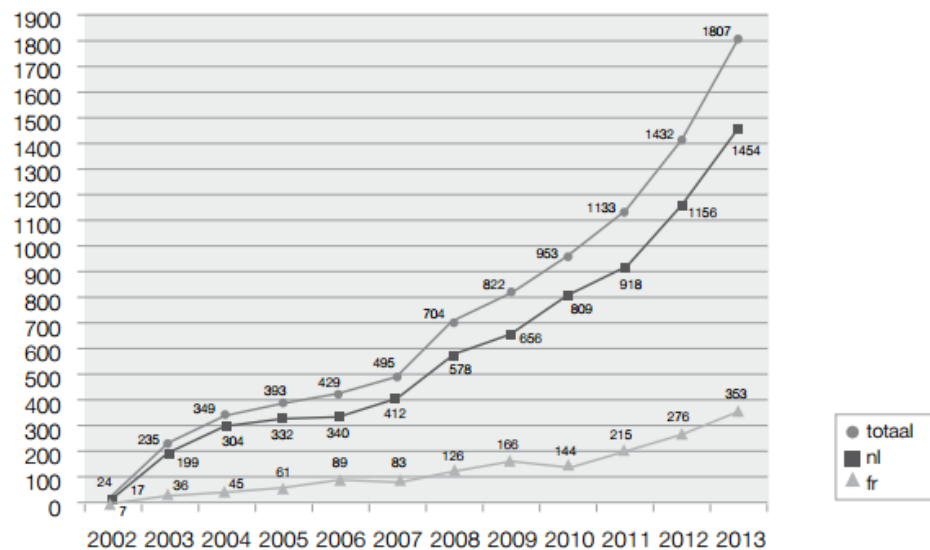
- Deel 2: een verslag waarin de toepassing van de wet wordt toegelicht en geëvalueerd
- Deel 3: eventuele aanbevelingen die kunnen leiden tot een wetgevend initiatief en/of andere maatregelen inzake de uitvoering van de wet

#### 2.4.3. Zesde verslag aan de wetgevende kamers (2012-2013), uitgebracht in oktober 2014

De Federale controle- en evaluatiecommissie publiceert elk jaar een verslag van haar werkzaamheden. Dit verslag heeft betrekking op de registratiedocumenten die de commissie heeft onderzocht en die ingediend zijn voor patiënten bij wie euthanasie werd uitgevoerd. In 2014 publiceerde de commissie haar zesde verslag dat betrekking heeft op de registratiedocumenten die zijn ingediend voor patiënten bij wie euthanasie werd uitgevoerd in de periode tussen 1 januari 2012 en 31 december 2013.

##### 2.4.3.1. Aantal aangiften

De commissie heeft gedurende deze 24 maanden 3239 registratiedocumenten ontvangen. Dit komt jaarlijks overeen met een gemiddelde van 1619 en maandelijks met 135 aangiften.



Figuur 1: Evolutie van het jaarlijks aantal geregistreerde

#### 2.4.3.2. Aandoeningen die aan de basis lagen

Alle aandoeningen die aan de basis lagen van euthanasie waren overeenkomstig met de wettelijke vereisten, namelijk ongeneeslijk en ernstig. In de meeste gevallen ging het om kanker, dit was 73%. De meeste van deze patiënten hebben meerdere behandelingen gekregen van zowel curatieve als palliatieve aard.

De tweede meest voorkomende diagnose (6%) die aanleiding gaf tot euthanasie is die van een dodelijke evolutieve neurologische aandoening zoals multiple sclerose, ALS, Ziekte van Parkinson, enz. Bij bepaalde patiënten was de ernst van het lijden het gevolg van de combinatie van verschillende ongeneeslijke ziekten (5%).

In slechts 4% van de gevallen ging het om neuro-psychiatrische aandoeningen (ziekte van Alzheimer, ziekte van Huntington, onomkeerbare psychoses, ...).

#### 2.4.3.3. Leeftijd van de patiënten

In 65% van de gevallen waren de patiënten waarbij euthanasie werd uitgevoerd tussen de 40 en 79 jaar oud. Ook in de vorige verslagen van de commissie bevestigen deze gegevens dat bij de overgrote meerderheid van de euthanasies het gaat om patiënten van een middelbare leeftijd.

Tabel 1: Leeftijd van de patiënten bij euthanasie

	2012	2013	Totaal	%
<20	-	-	-	-
20-29	4	10	14	-
30-39	21	25	46	1
40-49	73	67	140	4
50-59	181	196	377	12
60-69	313	367	680	21
70-79	381	510	891	28
80-89	368	485	853	26
90-99	91	147	238	7

#### 2.4.3.4. Plaats van de euthanasie

In veel gevallen (54%) werd de euthanasie in een woonzorgcentra of thuis uitgevoerd. Er is dus een duidelijke uitgedrukte wens van zowel de patiënt als de familie om het leven thuis te beëindigen.

Tabel 2: Plaats van overlijden bij euthanasie

	2012	2013	Totaal	%
ziekenhuis	650	770	1420	44
thuis	607	800	1407	43
woon en/of verzorgings-centrum	149	218	367	11
andere	26	19	45	1

#### 2.4.3.5. Aard van het lijden

Bij de meeste patiënten werden verschillende soorten van lijden tegelijkertijd vastgesteld. Zowel fysiek als psychisch lijden. Bepaalde gevallen hebben ook aangetoond dat er rekening moet worden gehouden met de leeftijd van de patiënt als het gaat over de inschatting van het ondraaglijk en niet te lenigen karakter.

In onderstaande grafiek kan worden afgeleid dat er in 2012-2013 maar liefst 120 aantal uitgevoerde en geregistreerde euthanasie-aanvragen waren waarbij neuro-psychologische aandoeningen aan de basis lagen. In 2010-2011 waren dit er 58.

Tabel 3: aantal aangiften van euthanasie

	2012	2013	Totaal	%
kankers	1114	1242	2356	73
evolutieve neuromusculaire aandoeningen	70	114	184	6
niet-evolutieve neuromusculaire aandoeningen	11	7	18	-
niet-maligne long-aandoeningen	42	70	112	3
cardiovasculaire aandoeningen	70	107	177	5
nieraandoeningen	11	12	23	-
niet-maligne spijsverterings-aandoeningen	7	11	18	-
aids	1	1	2	-
neuro-psychologische aandoeningen	53	67	120	4
verschillende aandoeningen	57	109	166	5
andere	56	67	123	4

#### 2.4.3.6. Wijze waarop euthanasie werd uitgevoerd en de gebruikte middelen

In 99% van de sterfgevallen werd de patiënt eerst buiten bewustzijn gebracht door algemene anesthesie. Dit gebeurde meestal door een intraveneuze inspuiting of door een infuus van 1 tot 3 gr Thiopental<sup>6</sup>. Hierdoor overlijdt de patiënt spontaan in enkele minuten. Indien dit niet het geval is, zal er een intraveneuze injectie met een verlamdend neuromusculair product toegediend worden (zoals Norcuron 20mgr, Tracrium 50mgr<sup>7</sup>, enz).

Bij slechts 1% van de euthanasiegevallen werd de patiënt buiten bewustzijn gebracht door orale inname van een verlamdend neuromusculair product.

Tabel 4: Wijze waarop de euthanasie werd uitgevoerd en de te gebruikte

	2012	2013	Totaal	%
enkel barbituraat per os	5	6	11	-
idem + spierverslapper	3	12	15	-
Thiopental of gelijkaardig middel I.V. (al dan niet met spierverslapper)	1417	1783	3200	99
andere of onduidelijk	7	6	13	-

per os (via de mond); I.V. = Intraveneus

<sup>6</sup> Een snelwerkend slaaperwekkend geneesmiddel dat gebruikt wordt voor algehele anesthesie.

<sup>7</sup> Spierverslappers



#### 2.4.3.7. Beslissingen van de commissie

86 procent van de aangiften werd onmiddellijk aanvaard. Bij de overige 14 procent van de dossiers besloot de commissie om deel 1 van de aangifte<sup>8</sup> te openen. Hierdoor werd de anonimiteit opgehoften.

In 2 procent van de aangiften werd deel 1 geopend omdat de commissie de arts wilde wijzen op een paar onvolmaaktheden in zijn of haar antwoorden of op een interpretatiefout.

In 12 procent van de aangiften werd deel 1 geopend om de arts bijkomende informatie te vragen over een aantal punten in het document die slecht, onvoldoende of simpelweg niet waren ingevuld.

Geen enkel dossier werd overgemaakt aan Justitie.

Tabel 5: Beslissingen van de commissie

	2012	2013	Totaal	%
aanvaarding zonder meer	1246	1549	2795	86
opening van deel I voor opmerking(en)	22	26	48	2
opening van deel I voor preciseringen	164	232	396	12
overdracht aan Justitie	-	-	-	-

### 3. Euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden

#### 3.1. De psychiatrische patiënt

Een patiënt is een natuurlijk persoon aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt, al dan niet op eigen verzoek (Belgisch Staatsblad, 2002). De psychiatrische patiënt is de patiënt die aan een geestesziekte lijdt, in overeenstemming met de internationaal erkende medische normen.

---

<sup>8</sup> Deel 1 van het registratiedocument omvat de persoonlijke informatie met betrekking tot de patiënt(e), de arts, de geraadpleegde artsen en anderen.

### 3.1.1. Ondraaglijk psychisch lijden

#### 3.1.1.1. Begripsomschrijving van het psychisch lijden

Het begrip ‘ondraaglijk psychisch lijden’ een definitie geven is een moeilijke opgave. Psychisch zieken menen liever aan een lichamelijke kwaal te lijden dan aan een psychische kwaal. Dit voornamelijk omdat er bij het eerste een oorzaak en een remedie kan worden aangeduid terwijl dat bij een psychisch kwaal meestal niet het geval is. Een psychische ziekte wordt vooral beleefd als iets wat iemand ongewild overvalt. Ook de intensiteit, hevigheid en het onomkeerbare verrast de patiënt en de naasten brutaal.

Bovendien hangt er rond het psychisch lijden telkens een heuse taboesfeer, schuldgevoelens en schaamte die het lijden vaak nog verergert. Meer en meer groeit er in onze samenleving begrip en aandacht voor de omvang van psychische aandoeningen. Maar toch blijft de patiënt liever terughoudend en zwijgzaam. Omstanders willen er vaak ook gewoonweg niet mee geconfronteerd worden. De patiënt voelt zich machteloos ten aanzien van zijn of haar leed en voelt er zich op de één of andere manier ook verantwoordelijk voor. De eenzaamheid, ook mede veroorzaakt door de emotionele impact van het mentaal lijden, wordt er dus enkel nog maar intenser door (Callebert, 2011).

De patiënt beleeft bovendien de kwaal niet zozeer als een aandoening maar wel als een ziekte die men is. De onmacht treft de persoon in kwestie tot in de kern van zijn wezen. Men raakt de macht over de eigen geest kwijt, men kan in de ergste gevallen niet meer denken wat men wil terwijl dit het grootste goed is van onze vrijheid. Ook de sociale en existentiële dimensie is van groot belang bij dit soort lijden. De naasten van de patiënt zullen zich in het begin sterk begaan voelen maar naarmate de ziekte zich meer en meer uit, vermindert de betrokkenheid van de naasten vaak. Het is moeilijk voor de omstanders om het ziektebeeld te begrijpen. Diegenen die de patiënt begrijpen zijn mensen die hetzelfde meemaken of meegemaakt hebben en artsen (vooral dan psychiaters) die zich elke dag verdiepen in mentale ziektes. De naasten voelen zich tekortschieten en beseffen dat hun troostende woorden weinig of niets aan de situatie veranderen. Naast het psychisch lijden, komen nog eens sociale en relationele problemen bij kijken wat het ziektebeeld alleen maar versterkt. Ook omgekeerd, leidt het mentale lijden tot sociale contactproblemen.

Op existentieel vlak wordt de psychiatrische patiënt vaak geconfronteerd met groeiende wanhoop en eenzaamheid. Men begint aan alles te twijfelen, wordt aan zijn of haar lot overgelaten door het leven en ervaart het niet langer meer als betekenisvol. Er ontstaat een zinloze woede en verveling omdat men zich niet langer nuttig voelt maar overbodig. Hierdoor begint er zich stillaan een vraag te vormen

naar een mogelijke ontsnapping. Zelfdoding is volgens de patiënt een uitweg (Braam & Chabot, 2010).

### *3.1.1.2. Betekenis van ondraaglijk psychisch lijden*

Patiënten en psychiaters zijn van mening dat wie zelf niet psychisch lijdt, het moeilijk kan vatten wat het precies is. Dit bevestigt alweer het gebrek aan begrip en inzicht van de meesten, waardoor iemand die psychisch lijdt nog dieper in een put kan vallen. Niemand kan inschatten hoe zwaar het is, noch voor de patiënt, noch voor de omgeving van de patiënt. Hoewel elke patiënt er een eigen invulling aan geeft, treedt er toch vaak een duidelijke gelijkenis op tussen de patiënten. Wat de oorzaak en het gevolg is van psychisch lijden blijft onduidelijk. De patiënten beschrijven het als een opeenhoping van problemen waarbij elke patiënt er zijn of haar eigen klemtoon legt.

Ann Callebert interviewde voor haar boek 'Euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden' enkele patiënten die onherroepelijk psychisch lijden. Eén patiënt omschreef het psychisch lijden als '*de nood om zich normaal te voelen*', en het is net daar waar er meerdere problemen verschuilen. Alleen al het opgenomen zijn in de psychiatrie geeft de patiënten een levenslange stempel, nergens worden ze nog geloofd. Ze slagen er niet in het leven vorm te geven. Het is vaak al van kinds af aan dat ze zich anders hebben gevoeld en vaak een buitenbeentje waren in alle sociale en relationele omstandigheden. Ze voelen dat ze gefaald hebben. 'Leegte' is ook een vaak voorkomend en wederkerend begrip bij mensen die psychisch lijden. Het gebrek aan energie, genot en bevrediging is prominent. Ze zijn moe. Enkele geïnterviewde patiënten gebruikten vaak het woord 'oud'. Ze proberen namelijk te overleven in plaats van te leven. Al op zeer jonge leeftijd is er een doodswens.

Enkele patiënten vinden verklarende factoren in hun kinder- en jeugdtijd. In nogal wat gezinnen was er sprake van familiale belasting. Dit maakte hen emotioneel enorm kwetsbaar. Bovendien waren de ouders of andere naaste familieleden ook psychisch ziek (Braam & Chabot, 2010).

### *3.1.1.3. De vraag naar euthanasie*

Het is vaak zo dat mensen die ondraaglijk psychisch lijden weinig gehoor vinden voor hun doodswens. Onbegrip komt veel voor in deze situaties, en waarom? Hun verzoek om euthanasie wordt weinig geloofd omdat men denkt dat de patiënt aandacht zoekt of niet meer helder kan denken door zijn of haar ziekte. Hierdoor wordt de patiënt vaak ontoerekeningsvatbaar verklaard en in het ergste geval op een gesloten afdeling opgenomen. Bovendien worden ze vaak geconfronteerd met opmerkingen die hen nog schuldiger doen voelen: 'besef jij wel wat je je familie en vrienden aandoet?' of 'je doet

asociaal en dit wanneer het leven je nog zoveel te bieden heeft en er een voortdurende ontwikkeling is van nieuwe behandelingen voor je'. De patiënt voelt zich dus niet begrepen en voelt zich haast verplicht om verder te leven.

De weigerachtige houding van de hulpverlening heeft vaak meerdere redenen. Aan de basis ervan liggen professionele, emotionele of ethische overwegingen. Sommige hulpverleners zijn ook overtuigd dat psychiatrische patiënten hoe dan ook beter kunnen worden. Ze kunnen vaak moeilijk toegeven dat ook het psychisch lijden grenzen heeft en dat wanneer het ondraaglijk wordt er soms geen antwoorden meer zijn (Distelmans, 2009).

### 3.1.2. Handelings- en wilsbekwaamheid van de patiënt

De euthanasiewet zegt dat de patiënt meerderjarig of ontvoegd minderjarig, handelingsbekwaam en bewust moet zijn op het moment van het verzoek. De laatste twee voorwaarden zijn een stuk onduidelijker dan de eerste twee waarbij geen verwarring mogelijk is. Juridisch betekent handelingsbekwaam 'in staat zijn tot een redelijke waardering van zijn belangen'. In het kader van euthanasie bij psychisch lijden betekent dit 'over de cognities beschikken om de eigen ziekte te onderkennen, de prognose te kunnen vatten en het effect van eventuele behandelingen te kunnen inschatten' (Haekens, Hermans & Vandenhoek, 2008).

Handelingsbekwaam zijn is een voorwaarde om geldige rechtshandelingen te stellen zoals het formuleren van een euthanasieverzoek. De term 'bewust' in de voorwaarde van de euthanasiewet verwijst naar de wilsbekwaamheid van de patiënt. Helaas is er tot nu toe nog maar weinig onderzoek gedaan naar de wilsbekwaamheid van psychiatrische patiënten. Het is daarom dus belangrijk te benadrukken dat een psychiatrische diagnose (vermeld in de DSM<sup>9</sup>) nooit voldoende mag zijn om na te gaan of de patiënt wilsbekwaam is of niet.

Wilsbekwaamheid betekent dat de patiënt:

- De informatie over zijn behandeling kan begrijpen en afwegen
- Begrijpt wat de gevolgen zijn van zijn besluit over de behandeling(en)
- En/of een besluit kan nemen

Wanneer er getwijfeld moet worden aan de wilsbekwaamheid van de patiënt:

- Als de patiënt herhaaldelijk een antwoord geeft dat niet past bij de gegeven vraag

---

<sup>9</sup> Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Dient in de meeste landen als standaard in de psychiatrische diagnostiek.

- Als de emotie van de patiënt niet past bij de vraag
- Als de patiënt steeds opnieuw vraagt om herhaling van de vraag
- Als de patiënt onmiddellijk toestemming geeft zonder dat de hulpverleners de indruk hebben dat het de patiënt duidelijk is waarvoor hij toestemming geeft
- Als de patiënt een onderzoek of behandeling weigert waarbij de hulpverleners de indruk hebben dat de weigering niet weloverwogen is
- Als de patiënt ongebruikelijke argumenten hanteert bij het instemmen of weigeren van een onderzoek of behandeling

### 3.2. Toepassing van de euthanasiewet bij het psychisch lijden

In de euthanasiewet van 28 mei 2002 staat geschreven dat de persoon die euthanasie vraag moet lijden aan een ernstige, ongeneeslijke aandoening veroorzaakt door ziekte of ongeval. Bovendien moet de persoon ondraaglijk lijden ten gevolgen van deze ziekte. In de wet staat het woord ziekte; dit kan dus over zowel een lichamelijke als een psychiatrische ziekte gaan. In het geval van psychiatrische ziektes is het niet altijd even evident of deze nog te genezen is of niet. Er zijn behoorlijk wat psychiaters die nog altijd hoop hebben dat ze hun patiënt kunnen genezen. Meer en meer komen psychiaters tot de conclusie dat er bepaalde psychiatrische ziekten zijn die alleen nog maar palliatief te behandelen zijn (Haekens, Hermans & Vandenhoeck, 2008).

#### **Voorwaarden**

- De patiënt is op het moment van het verzoek meerderjarig
- De patiënt is op het moment van het verzoek handelingsbekwaam
- De patiënt dient een geschreven verzoek in dat vrijwillig en herhaald is
- Het verzoek is niet tot stand gekomen door externe druk
- De patiënt bevindt zich in een medisch uitzichtloze situatie
- Het lichamelijke en/of psychisch lijden is aanhoudend en ondraaglijk
- De toestand van de patiënt is te wijten aan een ernstige en ongeneeslijke aandoening, veroorzaakt door ziekte of ongeval.

### 3.2.1. Vrijwillig verzoek

Onder 'vrijwillig' wordt begrepen dat het verzoek zonder druk van anderen of omstandigheden geformuleerd wordt. Maar er kan zowel een druk komen van buitenaf als van binnenuit. De maatschappelijke stigmatisering van het psychisch lijden kan bij de patiënt als druk van buitenaf worden beschouwd. De schuldgevoelens, voortdurende onzekerheid, stemmingsschommelingen, enzovoort, zorgen vaak voor druk van binnenuit.

Het is dus niet evident om het begrip 'vrijwillig' te interpreteren. In hoeverre spelen interne en externe factoren een doorslaggevende rol in de beslissing van de patiënt?

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) stelt drie criteria voor:

- De patiënt moet een duidelijke keuze maken voor de dood op basis van betrouwbare informatie die hij over zijn situatie heeft gekregen.
- Aan de basis van de keuze moet een grondig afwegingsproces liggen, waarin de patiënt binnen zijn eigen intellectuele mogelijkheden een verder leven met de psychische aandoening afzet tegen het kiezen voor de dood.
- Het verlangen naar de dood moet duurzaam zijn. Hierbij onderzoekt de psychiater de ontwikkelingsgeschiedenis van het doodsverlangen van de patiënt. De psychiater zal het verzoek als duurzaam beschouwen wanneer de patiënt het in een periode van minimum een paar maanden herhaaldelijk uit.

### 3.2.2. Ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden

Ondraaglijk en uitzichtloos zijn twee belangrijke begrippen die voorkomen bij euthanasie bij psychisch lijden. Het is belangrijk om te beseffen dat wanneer het lijden ondraaglijk is, het niet meteen als uitzichtloos wordt gezien. Iedereen lijdt wel eens, het behoort tot het leven zolang een mens nog normaal kan functioneren. Wanneer er een afwijking is kan er niet meer gesproken kan worden van

'normaal functioneren'<sup>10</sup> en gevoelens zoals angst, boosheid en verdriet de bovenhand nemen en de persoon beletten om normaal te functioneren, dan wordt er gesproken van psychisch lijden.

Het uitzichtloze aspect kenmerkt zich vooral door het feit dat de behandelingsperspectieven uitgeput zijn. De behandelende arts en de patiënt overlopen samen drie criteria. Wanneer er aan deze criteria wordt voldaan dan komen ze tot het besluit dat er geen redelijke andere optie meer is dan euthanasie (Callebert, 2011). De drie criteria zijn de volgende:

- Er moet worden vastgesteld dat alle relevante interventies zonder zicht op verbetering werden toegepast
- Een mogelijke verbetering kan niet worden verwacht binnen een afzienbare periode
- De belasting voor de patiënt staat niet langer in verhouding tot de resultaten van de behandeling

### 3.2.3. Psychisch lijden dat ongeneeslijk is

Psychisch lijden dat ongeneeslijk of dat niet kan worden gelenigd is een andere voorwaarde. Met ongeneeslijk wordt bedoeld dat het psychisch lijden uitzichtloos is geworden en bijgevolg geen redelijk behandelingsperspectief meer kent. Zoals al vaak gezegd is geweest, is dit moeilijk te bepalen. Bij niet-terminaal psychisch lijden kan men onmogelijk voorspellen hoe de aandoening verder zal evolueren. De wetenschap staat immers niet stil. Voortdurend komen er nieuwe invalshoeken en inzichten die vaak veelbelovend zijn. Maar hoe lang laat men een patiënt die geen levensperspectief meer ziet wachten op mogelijk herstel?

Een ander probleem stelt zich bij het recht op weigering van een behandeling (zie 1.1.5. Wet op de patiëntenrechten). Opdat er kan worden gesproken over psychisch lijden dat ongeneeslijk is, mogen er volgens de euthanasiewet geen behandelopties meer bestaan. Dus wanneer er nog behandelingen denkbaar zijn, maar de patiënt weigert deze, dan komt de patiënt in principe niet meer in aanmerking voor euthanasie. Hier spreken beide wetten (wet van patiëntenrechten en euthanasiewet) elkaar dus tegen.

---

<sup>10</sup> Normaal functioneren betekent in de psychopathologie 'een harmonische relatie tussen de persoon en zichzelf, de persoon en de ander en de persoon en de omgeving'.

### 3.2.4. Psychisch lijden ten gevolge van een ernstige en ongeneeslijke aandoening, veroorzaakt door ziekte of ongeval

Er zijn twee factoren die het moeilijk maken om aan de euthanasiewet te voldoen als het gaat om ongeneeslijk aandoening, veroorzaakt door ziekte of ongeval: ten eerste moet de wet voldoen aan de ongeneeslijkheid van de psychiatrische aandoening wat vaak een struikelblok is (besproken in 2.2.3. psychisch lijden dat ongeneeslijk is), ten tweede moet de aandoening een gevolg zijn van een ziekte of een ongeval.

Bij het tweede struikelblok wordt er zich vaak afgevraagd of persoonlijkheidsstoornissen <sup>11</sup> of verslavingen wel als ziekte beschouwd kunnen worden. Maar het gaat verder: in hoeverre is het doodsverlangen niet juist een symptoom van de onderliggende pathologie (zoals depressie of schizofrenie)? Of omgekeerd: wanneer een vrouw haar man en kinderen verliest in een verkeersongeval en het verlies na een aantal jaren nog steeds niet heeft verwerkt, wanneer ze moe is en het lijden niet meer aankan, is deze vrouw dan ziek? Kan pathologische rouw ook als een ziekte beschouwd worden? Ook bij deze voorwaarde mag er niet over één nacht ijs worden gegaan. Het is belangrijk dat er bij elke casus grondig en langdurig wordt stilgestaan bij de individuele patiënt (Desmet & Grommen, 2011).

## 3.3. Palliatieve zorg

### 3.3.1. Begripsomschrijving

Palliatieve zorg is een totaalzorg voor mensen die een levensbedreigende ziekte hebben die niet meer te genezen is en verdere behandeling zinloos is. De totaalzorg voor deze patiënten kan zowel in het ziekenhuis, rusthuis als thuis worden gegeven en bestaat uit:

- Opvang van fysieke klachten en symptomen (zoals pijn, kortademigheid, misselijkheid,...)

---

<sup>11</sup> Categorie van psychische aandoeningen waarbij persoonlijke eigenschappen een probleem en soms zelfs een gevaar gaan vormen voor de persoon in kwestie en de omgeving. Voorbeelden van een persoonlijkheidsstoornis zijn borderline, obsessief-compulsieve of antisociale persoonlijkheidsstoornis (Ayers & de Visser, 2011)



- Aandacht voor psychologische en emotionele ondersteuning bij zowel de patiënt als de omgeving
- Sociale begeleiding voor de patiënt en de omgeving
- Spirituele opvang van diepere levensvragen bij de patiënt en de omgeving

De definitie van palliatieve zorg is dus uitstekend toepasbaar op mensen waarbij het psychische lijden niet meer gelenigd kan worden.

Palliatieve zorg wordt vaak begrepen als terminale zorg waarbij de patiënt wordt 'opgegeven'. Maar terminale zorg is net een deel van de palliatieve zorg. Het is niet omdat de patiënt ongeneeslijk en uitbehandeld is dat hij of zij wordt opgegeven (Ayers & de Visser, 2011). De palliatieve zorg spitst zich dus toe op de kwaliteit van het resterende leven. We moeten dus af van de idee dat palliatief gelijk staat aan terminaal maar wel gelijk staat aan alle zorg die nodig is voor iemand die ongeneeslijk ziek is (Distelmans, 2015).

### 3.3.2. Palliatieve psychiatrie

Palliatieve psychiatrie of ook wel psychiatrische palliatie genoemd, is een recent ontstaan begrip dat bij vele mensen nog redelijk onbekend is. Binnen de somatische geneeskunde<sup>12</sup> is de palliatieve zorg ondertussen uitgegroeid tot een alternatief voor mensen die uitbehandeld zijn. Terwijl palliatieve zorg in de psychiatrie eerder nieuw is. Voor psychiatrische aandoeningen probeert men vaak gewoon het leed te verzachten.

De definiëring zorgt hier voor verwarring. Mensen die psychisch ondraaglijk en uitzichtloos lijden hebben immers geen levensbedreigende ziekte. Maar de kans dat ze door suïcide omkomen is groot. Hierdoor wordt palliatieve psychiatrie vaak verward met de term 'psychiatrische rehabilitatie'. Hierbij ondersteunt men de patiënt in een zo optimaal mogelijk functioneren binnen een normale, sociale context. Maar voor mensen die chronisch ondraaglijk psychisch lijden zal dit weinig helpen.

Eén van de grote vragen is hoe palliatieve psychiatrie concreet kan worden ingevuld. Men kan geen medicatie toepassen voor het verminderen van symptomen en pijn zoals bij somatisch lijden. Het

---

<sup>12</sup> Met betrekking tot het lichaam, fysiek

gevaar van onder andere therapeutische hardnekkigheid (zie 2.3.4. Therapeutische hardnekkigheid) dreigt hier. Een behandeling weigeren binnen de psychiatrie is ook niet vanzelfsprekend want dan is er de kans dat de patiënt als ontrouw zal voorkomen en niet meer zal worden geloofd. Maar zoals eerder al vermeld werd heeft de patiënt wel het recht een behandeling te weigeren (zie 1.1.5. Wet op patiëntenrechten).

Voor sommige leidt palliatieve zorg niet tot een acceptabele levenskwaliteit waardoor ze dan kiezen voor euthanasie. Zelfs na grondige informatie over de mogelijkheden en beperkingen van palliatieve zorg, opteren sommige toch rechtstreeks voor euthanasie. Bij andere patiënten komt de vraag naar euthanasie soms in de loop van de palliatieve behandeling (Distelmans, 2015).

### 3.3.3. Het belang van palliatieve psychiatrie

Distelmans en Thienpont pleiten beide voor het meer naar voor brengen en uitbreiden van de palliatieve psychiatrie. Palliatie voor patiënten die ongeneeslijk psychisch lijden en nog een behandeling kunnen gebruiken zodat het leven voor hen draaglijk wordt en dit wordt door de patiënt zelf bepaald.

#### 3.3.3.1. Hoop bij ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden

Eén van de belangrijkste begrippen die men gebruikt tijdens palliatieve psychiatrie is 'hoop'. Hoop is een ervaring die functioneert als een denkwijze en als een manier waarop iemand verbonden is met zichzelf en met de wereld. Bij het reflecteren over hoop tijdens een uitzichtloze situatie is het belangrijk welke invloed de tijd heeft hierbij. De mens kan gevangen zitten in de tijd, maar de tijd kan ook bevrijdend werken: er is een toekomst en hierdoor mogelijkheid tot verandering en positieve ontwikkeling.

### 3.3.4. Palliatieve psychiatrie vervangen door supportieve psychiatrie

Palliatie krijgt nog te vaak de bijklank van 'nakende dood'. Doordat palliatieve zorg in de psychiatrie vaak verkeerd wordt begrepen door patiënten, familie of zorgverleners, worden de palliatieve teams soms veel te laat geraadpleegd of ingeschakeld. Daarom gebruiken artsen en hulpverleners liever het woord 'supportieve zorg'. Het begrip 'terminale zorg' wordt dan gebruikt voor de laatste weken of

maanden van de patiënt. Het supportief advies van een palliatief team kan perfect parallel lopen met de afbouw van zinloos geworden medische behandelingen (Thienpont, 2015).

### 3.3.5. Therapeutische hardnekkigheid

Men spreekt van therapeutische hardnekkigheid wanneer een behandeling te lang en te zinloos wordt volgehouden zodat ze niet meer levensverlengend is maar eerder stervensverlengend. De patiënt maakt duidelijk dat hij of zij er genoeg van heeft maar toch blijven de hulpverlening of naasten volharden en wordt de patiënt doorbehandeld. Er zijn zodanig veel medische en technische mogelijkheden vandaag waardoor therapeutische hardnekkigheid kan voorkomen. Het kan op de duur zodanig volhard worden dat de patiënt er schade van ondervindt (LEIF, 2015).

In de psychiatrie gebeurt het sowieso dat men de patiënt blijft verder behandelen met medicatie, elektroshocks en allerlei andere middelen om die mensen toch nog beter te krijgen maar dat men toch tot de conclusie komt dat de patiënt er niet beter van wordt, integendeel (Distelmans, 2015). Ook mensen die psychisch lijden en die euthanasie vragen hebben meestal te maken gekregen met therapeutisch hardnekkigheid, soms nog meer dan mensen die omwille van fysiek lijden euthanasie vragen (Thienpont, 2015).

#### *3.3.5.1. Hoe kan een patiënt zich hiertegen wapenen?*

Sowieso moet er meer onderzoeken naar gebeuren. De patiënt kan ook een negatieve wilsverklaring opstellen waarbij ze vastleggen welke onderzoeken of behandelingen ze niet meer wensen te krijgen wanneer ze het zelf niet meer kunnen vragen doordat ze niet meer wilsbekwaam zijn. Veel van de voorkomende therapeutische hardnekkigheid heeft volgens Thienpont ook te maken met een endogene factor<sup>13</sup>. Zij verwijst naar mensen die aan het syndroom van Asperger lijden: hun gedrag zit in hun constitutie, zij kunnen zich daartegen niet wapenen. Het is dus belangrijk dat het vroeg wordt opgemerkt zodanig dat men als kind al de juiste hulp krijgt indien de aandoening zich vanaf dan al uit.

---

<sup>13</sup> Persoonsgebonden, erfelijk

### 3.4. Debat-waardige uitspraken over euthanasie bij psychisch lijden

#### 3.4.1. “Euthanasie bij psychisch lijden is het aanmoedigen van zelfdoding”

Euthanasie versus suïcide. Het wordt maar al te vaak tegenover elkaar geplaatst. Als je familieleden, van zowel mensen die zelfmoord hebben gepleegd als van mensen waarbij euthanasie werd toegediend, vraagt wat ze nu zouden verkiezen voor hun overleden familielid is het antwoord unaniem euthanasie. Bij euthanasie kan er in alle rust afscheid worden genomen, men sterft niet in eenzaamheid en het gebeurt op een menswaardige manier.

Maar meestal hebben mensen die euthanasie krijgen vanwege psychisch lijden al meermaals een zelfmoordpoging ondernomen. Telkens kwamen ze ellendig weer wakker, Sommige werden zelfs verlamd. Wanneer deze mensen om euthanasie vragen, zijn ze er zeker van dat hun leven dan definitief zal eindigen op een rustige en pijnloze manier. Ook voor de nabestaanden is dit belangrijk, zij kunnen ook afscheid nemen en dat is voor beide partijen een grote troost.

Maar toch zouden sommige patiënten het liever zelf doen in de vorm van zelfdoding. Wanneer een euthanasiedatum wordt vastgelegd is het afwachten. Tijdens deze periode hebben sommige patiënten het nog altijd moeilijk en zijn ze niet zo rustig als de meeste patiënten die weten dat het eindeloos lijden straks zal ophouden. Ze hebben het moeilijk omdat ze bang zijn voor impulsiviteit: wat als ze zichzelf niet meer kunnen beheersen en ze niet dan maar nu een einde willen maken? Het euthanasiegebeuren is voor sommige ook te formeel: afscheid nemen doet pijn en het maakt hen zeer zenuwachtig. En wat als iemand van de familie er totaal niet voor is en zeer negatief staat tegenover het besluit van de patiënt en de arts? Bij zelfdoding weet niemand het, dus kan er ook niet negatief gereageerd worden.

Er bestaat dus een angst voor het euthanasiemoment zelf, wat zal er met hun lichaam en geest gebeuren? Wat als ze zich te opgejaagd zullen voelen? Uiteraard kunnen ze hiervoor iets kalmerends krijgen. Het mag ook niet meer te lang duren, meestal zit er maximum maar een halfjaar tussen de uitspraak van euthanasie en het officiële euthanasiegebeuren.

Eén ding staat vast: in beide gevallen, zowel bij zelfdoding als bij euthanasie, gaat de persoon (uiteindelijk) dood. Het blijft sterven. Maar uit vele getuigenissen is het duidelijk dat zelfdoding euthanasie aanmoedigt en niet andersom.

### 3.4.2. “Ondraaglijk psychisch lijden is een sociale constructie”

Zit euthanasie op een hellend vlak doordat het ook bij ondraaglijk psychisch lijden kan worden toegepast? Het stigma in de maatschappij omtrent de psychiatrie, en alles wat ermee te maken heeft, is nog altijd aanwezig. De vrees bij verschillende psychiaters en artsen dat psychisch lijden een sociale constructie aan het worden is waarin weinig tot niet meer geïnvesteerd zal worden is reëel. Tegenstanders van euthanasie aanvaarden de autonomie van het individu moeilijk of zelfs niet.

Filip Beukens, filosoof aan de Universiteit van Tilburg en Leuven schreef een opinie in De Morgen over ‘wanneer ondraaglijk lijden een sociale constructie wordt’. Hij pent dezelfde frustratie neer waar onder andere dokter Distelmans ook verveeld mee zit: valt er niks meer aan te doen, dan is hoeft er ook niet meer geïnvesteerd in worden.

## 4. Opmerkelijke initiatieven en Belangenorganisaties

### 4.1. Opmerkelijke initiatieven

#### 4.1.1. Vonkel, een luisterend huis

Vonkel is een instaphuis en ontmoetingsplaats in Gent voor mensen die moeten omgaan met sterven, dood en rouw. Lieve Thienpont (psychiater en LEIF-arts) is voorzitter van dit initiatief samen met huisarts Marc Cosyns en jurist Tony Van Loon.

Het huis biedt een onbevooroordeeld luisterend oor voor mensen met vragen rond sterven, dood, rouw, zelfdodingsgedachte,...

Voor alle activiteiten doet Vonkel beroep op goed opgeleide vrijwilligers die luisteren, informatie geven of mensen doorverwijst. De vrijwilligers gaan ook op huisbezoek en zijn ondersteunend aanwezig bij een euthanasie-uitvoering, als de patiënt erom vraagt.

Elke derde woensdag van de maand begeleidt het huis ook een ontmoetingsgroep voor nabestaanden en metgezellen in het euthanasieproces.

Vonkel geeft ook opleidingen en vormingen aan groepen zoals een palliatief team of studenten.

Vonkel is geen begeleidingscentrum of opvang- en crisiscentrum omdat er geen therapeutisch werk wordt verricht. Mensen kunnen van hieruit wel worden doorverwezen naar gepaste hulpverlening. Het

laagdrempelige aspect van de aangeboden hulp binnen Vonkel maakt deze organisatie vrijwel uniek in België.

Ontmoeting, informatie, zelfbeslissing, verantwoordelijkheid, zorg, solidariteit en pluralisme zijn de sleutelwoorden voor de werking van Vonkel (Vonkel, 2015).

#### 4.1.2. ULteam

ULteam staat voor Uitklaring Levensindevragen-team. Het vindt plaats in Wemmel en is bedoeld als advies- en consultcentrum voor patiënten en hun naasten die vragen hebben over het levenseinde.

De doelgroepen van het ULteam zijn:

- Niet-terminale, ongeneeslijke patiënten
- Ongeneeslijke psychiatrische patiënten
- Terminale patiënten

De leden van dit team zijn onder andere palliatieve artsen, LEIF-artsen, oncologen, juristen, verpleegkundigen, pediaters, ... (ULteam, 2015).

#### 4.1.3. W.e.m.m.e.l.

W.e.m.m.e.l. is het expertisecentrum 'Waardig Levensinde' waar personen en organisaties elkaar kunnen ontmoeten en praten over het levenseinde. Het centrum werd opgericht door Wim Distelmans (Oncoloog, LEIF-arts) en bundelt expertise en wetenschappelijke kennis op vlak van levenseindebeslissingen en levenseindezorg. Het neemt een actieve rol op in het maatschappelijk debat en doet aan sensibilisering en praktische ondersteuning van de bevolking, de patiënt en de hulpverlener inzake vragen over het levenseinde. Ook dit expertisecentrum reikt opleidingen en vormingen aan. Het is een aanspreekpunt en kenniscentrum met een pluralistisch palet van inbreng en een respectvolle houding.

W.e.m.m.e.l staat voor Waardig, Ethisch, Maatschappelijk, Menselijk, Expertisecentrum, Levensinde

Dit centrum is verbonden aan de Vrije Universiteit Brussel en het Universitair Ziekenhuis Brussel. Athlete Marieke Vervoort is sinds 2012 ambassadrice van W.e.m.m.e.l. (W.e.m.m.e.l, 2015).

## 4.2. Belangenorganisaties

### 4.2.1. LEIF, LevensEinde InformatieForum

Het LevensEinde InformatieForum werd in 2003 opgericht onder impuls van vzw Recht op Waardig Sterven. Vzw LEIF is een open, pluralistisch initiatief van mensen en verenigingen die streven naar een waardig levenseinde voor iedereen. Hierbij staat respect voor de wil van de persoon voorop. Voor LEIF is euthanasie dus evenwaardig als de andere mogelijke beslissingen bij het levenseinde. Wim Distelmans is voorzitter van deze organisatie.

Het Forum bestaat uit meer dan 300 artsen uit heel Vlaanderen die een opleiding volgen of volgden inzake euthanasie, beslissingen rond het levenseinde en de mogelijkheden van de palliatieve zorg in Vlaanderen. In de euthanasiewet staat dat er een verplichte raadpleging moet plaatsvinden van een tweede en onafhankelijke arts; hiervoor kan een LEIF-arts geraadpleegd worden.

Ook LEIF organiseert opleidingen voor artsen en andere hulpverleners zoals verpleegkundigen. Naast hulpverlening via het internet voorziet de organisatie ook een telefonische hulplijn rond het levenseinde (LEIF, 2015).

### 4.2.2. RWS, Recht op Waardig Sterven

Recht op Waardig Sterven is een opinie- en actiegroep rond een waardig levenseinde. Naast het verbeteren van de huidige wetgeving rond euthanasie, wil RWS mensen die het systeem nog niet kennen, vertrouwd maken met patiëntenrechten en beslissingen rond het levenseinde. Volgens hun website wil RWS vermijden dat de Belgische wetten betreffende stervensbegeleiding en overlijden (euthanasie, patiëntenrechten, palliatieve zorg, orgaandonatie) worden teruggeschroefd. De organisatie steunt alle initiatieven ter verbetering en aanvulling van de bestaande wetgeving inzake stervensbegeleiding en overlijden zoals bijvoorbeeld:

- Een oplossing voor psychisch ondraaglijk leed dat niet gekoppeld is aan een lichamelijke ongeneeslijke ziekte
- Geen verzwaarde procedure voor niet-terminale ongeneeslijke patiënten
- Een duidelijke regeling voor medische hulp bij zelfdoding
- Een doorverwijsplicht voor euthanasie-weigerende artsen
  
- Geen beperking in tijd voor de geldigheid van de wilsverklaring betreffende euthanasie

Léon Favvyts is voorzitter en oprichter van deze organisatie die eind 1983 werd opgericht (RWS, 2015).

#### 4.2.3. Omega vzw

Omega wil de levenskwaliteit van de ongeneeslijke zieke patiënt en zijn naaste omgeving optimaliseren met praktische hulp, tips, emotionele ondersteuning van de patiënt, naaste omgeving en de hulpverlening. Omega vindt onderdak in het expertisecentrum W.e.m.m.e.l.

Iedereen die een vraag of probleem heeft in verband met een levensbedreigende ziekte kan met deze organisatie contact opnemen. Omega vindt het belangrijk dat mensen weten dat ze er niet alleen voor staan. Wanneer men door Omega wil worden begeleid dan dient men eerst contact op te nemen met de huisarts en toestemming te vragen. De diensten van zijn volledig gratis (Omega vzw, 2015).



Hoofdstuk 2:  
Persoonlijke verwerking met oog op het  
journalistieke eindproduct

# 1. Situering onderwerp in de media

## 1.1. Case 1: Televisie

<http://www.canvas.be/programmas/panorama/56555ea1-3a0c-45e8-ad9d-9cf0583031d2>

- **Programma: Panorama (Canvas)**
- **Datum: 17/10/2013**
- **Duur: 50 minuten**
- **Een reportage van Dirk Leestmans**
- **Titel reportage: Euthanasie in de gevangenis**

Euthanasie bij ondraaglijk en uitzichtloos lijden, waarbij de patiënt in kwestie in de gevangenis zit. Frank Van den Bleeken is al meer dan dertig jaar een geïnterneerde na een reeks zedenfeiten en één moord. Hij spreekt rationeel en helder over zijn daden. Hij weet maar al te goed wat zijn probleem is en geeft toe dat hij een gevaar voor de maatschappij is waardoor hij nooit meer wil vrijkomen. Maar zijn leven in de gevangenis is uitzichtloos. Hij krijgt amper hulp en een degelijke behandeling voor zijn probleem. Nochtans heeft hij daar recht op. Het was de eerste keer dat zo'n euthanasievraag vanuit de gevangenis kwam.

Wettelijk is het perfect mogelijk dat een geïnterneerde om euthanasie vraagt. Hij of zij heeft immers dat recht zoals elke vrije burger volgens de patiëntenrechten.

De reportage zoomt in op zowel Frank als van zijn team van hulpverleners die een keuze moeten maken. Het team van hulpverleners die in deze reportage aan het woord komt bestaat uit Dokter Distelmans, oncoloog en professor in de palliatieve geneeskunde; Jos Vander Velpen, zijn advocaat; Sonja Snacken, criminologe VUB; Micheline Roelandt, psychiater; Johan Braeckman, moraalfilosoof Ugent en Francis Van Mol, hoofdgeneesheer gevangeniswezen. De twijfel of Frank zijn ondraaglijk psychisch lijden veroorzaakt wordt door zijn individueel probleem of door de gevangenisomstandigheden staat centraal. De journalist die deze reportage heeft gemaakt, plaatste het dilemma van het persoonlijk probleem en het gevangenisstelsel centraal. De artsen, de advocaat, de moraalfilosoof en de criminologe die hij interviewt gaan op zoek naar het antwoord. Het werd een queeste die tot op de dag van vandaag nog niet is afgerond. Dan ben je soms blij en opgelucht dat je als journalist de vragen stelt in plaats van ze te moeten beantwoorden.

De journalist interviewde Frank Van den Bleeken al een aantal jaar geleden over zijn probleem. Toen wou Frank nog niet herkenbaar in beeld komen, nu geeft hij zich helemaal bloot. Hij vertelt over zijn problemen die in zijn kindertijd begonnen en hoe deze escaleerden naarmate hij ouder werd. Gedetailleerd en helder. Hij legt zijn ondraaglijk psychisch lijden moeiteloos uit aan zijn team van artsen. Zij bezoeken hem, telefoneren hem, maar hoe meer ze hierover praten en discussiëren, hoe moeilijker het voor hen wordt een beslissing te nemen.

Dirk Leestmans laat zowel Frank als zijn hulpverleners evenveel aan het woord. Maar nooit samen. Toch slaagt de journalist erin dit mooi in beeld te brengen, de beeldkeuzes die hij soms maakt zijn prachtig. Wanneer dokter Distelmans Frank opbelt, ziet en hoort de kijker zowel Frank als Distelmans aan de telefoon. Distelmans belt vanuit zijn rommelige, chaotische bureau in het ziekenhuis, Frank telefoneert vanuit een telefooncel in de hoofdgang in de gevangenis waar het muisstil en kil is.

Wanneer Frank vertelt over zijn verleden komt zijn verhaal getypt in beeld zodat de kijker kan meelesen. In plaats van de woorden op een saaie zwarte achtergrond te plaatsen, kiest de journalist ervoor Frank in de achtergrond te plaatsen, terwijl hij in zijn kamer aan het roken is en voor een raam zit dat overbelicht gefilmd is. Dit beeld verwoordt de tegenstelling vrijheid-onvrijheid.

Zijn zus Kari Van den Bleeken komt ook aan het woord. Telkens zij vertelt over haar broer, komt het besef dat Frank ook maar een mens is. Je krijgt haast sympathie voor hem. Al meermaals hebben ze afscheid van elkaar genomen en telkens was het niet nodig. Kari laat een rustige, lieve indruk na. Ze vertelt de menselijke kant van het verhaal. Ze is bang, zit in met haar broer. 'Hoe lang kan Frank dit psychisch lijden nog volhouden?'. Zowel Kari als alle andere interviewees worden in extreme close-up en in een mid-shot gefilmd. En dat deed de journalist doelbewust. Twijfel en emotionaliteit in extreme close-up, professionaliteit in mid-shot.

De dekkingsbeelden zijn goed gekozen: beelden van Frank als hij wandelt, als hij voor zich uitstaart, als hij rookt, zijn voeten, zijn handen en zijn ogen. Er werden ook dekkingsbeelden gebruikt van het verkeer, panorama's van steden, het openbaar vervoer. Deze beelden passen op de één of andere manier wel in de reportage, de kijker zal zich zeker niet afvragen wat deze beelden hier nu doen in de reportage.

Het is een feit dat het sowieso al moeilijk is om te bepalen wanneer iemand ondraaglijk psychisch lijdt, maar als die persoon dan nog eens geïnterneerd is, komen daar nog eens extra vragen en twijfels bij voor de hulpverleners. De invalshoek is goed gekozen door de journalist. Hij gaat verder dan het actuele onderwerp 'euthanasie': euthanasie bij psychisch lijden én bij iemand die al meer

dan dertig jaar in de gevangenis zit. De vraag die op het einde van de reportage wordt gesteld, of euthanasie aan Frank geven al dan niet als een zelfgekozen doodstraf kan worden aanzien? In 1996 wordt de doodstraf afgeschaft, in 2013 wordt de zelfgekozen doodstraf ingevoerd? Na het bekijken van deze reportage biedt de journalist meer vragen aan dan antwoorden, hij maakt de kijker kritisch en doet hem nadenken.

## 1.2. Case 2: Print

<http://www.leif.be/images/Knack - Tussen woede wanhoop en dood 22-10-14.pdf>

- **Krant/magazine: Knack Magazine**
- **Datum: 22 oktober 2014**
- **Aantal pagina's: 7**
- **Journalist(e): Ilse Degryse**
- **Titel artikel: 'Tussen woede, wanhoop en dood'**

Christophe De Vos was amper 28 jaar oud toen hij euthanasie kreeg na een jarenlange strijd tegen psychotische depressies. Zijn ouders en zijn zus vertellen zijn verhaal, zeer beeldend en eerlijk. Het artikel in de Knack bevat veel foto's: van Christophe en zijn familie op reis, Christophe als kind, Christophe met Dirk Frimout en Christophe een aantal maanden voor hij stierf. Op elke foto lacht hij, ziet hij er gelukkig uit.

De journaliste koos om het menselijke verhaal van euthanasie neer te schrijven. En geen euthanasie vanwege een somatische aandoening bij een bejaarde, maar euthanasie bij een jongeman van 28 jaar oud vanwege ondraaglijk psychisch lijden. Het artikel vertelt de strijd van zijn ziekte, de voorbereidingen naar zijn sterven toe en de paradox die in de familie ontstond eenmaal de datum werd vastgelegd: Christophe was serene en opgelucht, zijn familie werd heen en weer geslingerd tussen gevoelens van liefde, onmacht en woede.

Dit artikel beschrijft ook waarom er meer aandacht nodig is voor euthanasie bij psychisch lijden. De zus van Christophe, Valérie, vertelt dat haar broer al een paar keer op de spoorwegen heeft gestaan, en stel dat dat gelukt zou zijn, dan had ze een geschonden en onherkenbare broer die eenzaam is gestorven. Nu was iedereen bij hem, het sterven was mooi en serene, hoe raar het ook klinkt. Dat heeft zijn familie en vrienden troost gebracht: hij is op een menswaardige manier uit het leven kunnen stappen.

De journaliste gebruikt veel quotes van de ouders en zijn zus, zij vertellen het verhaal. Dat is een goede keuze die werd gemaakt om het verhaal van Christophe in een verhalend artikel te gieten in plaats van een vraag en antwoord artikel. Veel organisaties die mensen informeren en begeleiden komen aan bod, ook de feiten over euthanasie staan in het artikel. De lezer krijgt voldoende achtergrondinformatie bij een moeilijk onderwerp als euthanasie.

Veel artsen en andere hulpverleners die pleiten voor meer aandacht voor euthanasie, zullen blij zijn geweest dat dit artikel werd gepubliceerd. Want zelfs al heeft Christophe euthanasie gekregen, toch vond zijn familie dat hij beter begeleid had moeten worden. Dit is en blijft een werkpunt volgens zowel dokter Distelmans als dokter Thienpont. Veel wanhoopsdaden hoeven niet, het zou anders en veel minder eenzaam kunnen gebeuren.

Maar het is niet enkel de euthanasievraag die wordt aangehaald in het artikel. Christophe had een lichamelijke handicap waardoor hij aan zijn linkerkant minder ontwikkeld is. Hij brengt zijn hele leven door in een rolstoel. Mentaal is hij lichtgehandicapt, op talig vlak presteert hij uitstekend, rekenen is moeilijk. Als kind en tiener kan hij daar perfect mee omgaan, de familie reist de hele wereld rond en wonen een tijdje in Congo. Maar toen Christophe als twintiger uit de beschutte werkplaats werd gezet en naar een home moest, beginnen de problemen. Hij werd steeds depressiever en kreeg vaker last van psychose. Indien hij geen lichamelijke handicap had, zou hij dan ook mentaal ziek geworden zijn?

Het verhaal van Christophe is zo een verhaal dat moet verteld en gepubliceerd worden. Het heeft een mooie kant maar ook een minder mooie kant. Ook in dit euthanasieverhaal wordt de vraag 'wat als?' gesteld. De familie blijft zich nog steeds afvragen waarom er niet meer moeite is gedaan om Christophe psychologisch te begeleiden. Hij kon met weinig hulpverleners praten en werd volgepompt met medicatie om hem koest te houden. Maar de journaliste heeft ook aandacht voor de familie, ook zij bleven voortdurend in de kou staan omdat Christophe 'meerderjarig' was.

Op het einde van het artikel schrijft de journaliste ook dat ze hoopt dat haar artikel over deze familie iets teweeg kan brengen voor jongeren die in Christophe zijn situatie zijn, zodat zij en hun familie misschien wel beter begeleid kunnen worden en dat de psychiatrie in ons land menswaardiger mag worden.

### 1.3. Case 3: Radio

<http://www.radio1.be/programmas/peeters-pichal/euthanasie-bij-psychisch-lijden>

- **Programma: Peeters en Pichal**

- **Datum: 7 november 2011**
- **Duur: 19 minuten**
- **Titel: 'Euthanasie bij psychisch lijden'**

Tijdens dit radioprogramma bezocht Sven Pichal een gezin waarvan de zus euthanasie kreeg omdat ze eindeloos psychisch leed. Ze leed als twintiger aan een zware depressie, bovendien kreeg ze de diagnose 'borderline persoonlijkheidsstoornis' en autisme. Ze is daar uiteindelijk van genezen, ging verder studeren, kreeg een mooie job aangeboden als opvoedster en trouwde. Vijftien jaar later gingen zij en haar man uit elkaar. En toen begonnen de problemen opnieuw, maar veel erger. Ze vroeg euthanasie aan, tegen de wil van haar familie. Op de dag dat ze ging sterven twijfelde haar familie nog steeds of het wel nodig was en of ze niet meer geholpen kon worden. Was het niet gewoon liefdesverdriet? De dokter die haar het spuitje gaf zag de twijfel bij haar familieleden en eiste van hen dat ze nooit klacht zouden indienen tegen hem. De zus sliep in, de dokter ging weg en de familie was de wanhoop nabij. Heeft men te snel beslist? Niet genoeg nagedacht?

De hamvraag van dit interview is of de euthanasiewetgeving in België soms niet wat te ruim is voor interpretatie. Een gewaagde vraag dus van deze journalisten naar de autoriteiten toe. Dokter Wim Distelmans komt erbij in de studio en de vraag wordt aan hem gesteld. Uiteraard zal Distelmans, de pionier in het euthanasiedebat, de wet niet tegenspreken. Jarenlang vocht hij voor de euthanasiewet en een waardig levenseinde voor mensen die ongeneeslijk en ondraagbaar lijden. De keuze om Wim Distelmans uit te nodigen in de studio omtrent dit onderwerp is een geslaagde keuze. Maar Distelmans zijn vakgebied is wel niet de psychiatrie. Dus een psychiater die zich ook bezighoudt met euthanasie en eventueel LEIF-arts is, is nog tekort in dit gesprek.

Annemie Peeters interviewt Distelmans. Ze stelt vragen over de euthanasiewet en over psychisch lijden, soms wijkt ze wat af en stelt ze onnodige vragen zoals "zijn we hier aan het muggenziften?". Ze staat achter het gezin waarvan het dochter euthanasie kreeg. Enkel door een mail die de familie haar heeft gestuurd, kent ze de situatie. Dus erg op de hoogte van het hele verhaal is ze niet. Sven Pichal meent het gezin drie uur te hebben geïnterviewd, waarom zit hij dan niet bij dokter Distelmans?

De onwetendheid van de journalist tijdens dit interview doet fronsen. Het interview gaat over ondraaglijk psychisch lijden en dan komt de uitspraak van Annemie Peeters 'wetende dat je uit elke dip kan uit geraken'. Distelmans is geïrriteerd en negeert haar uitspraak.

Op het einde van het gesprek gaat Peeters terug naar de hamvraag. Zoals verwacht vindt Distelmans dat de euthanasiewetgeving voorlopig in orde is. Hij vindt het belangrijker dat er een maatschappelijk debat zou moeten komen over psychiatrie en ondraaglijk psychisch lijden omdat

er nu eenmaal situaties zijn waaraan artsen niets meer aan kunnen doen. En zolang dat niet volledig wordt beseft, zal therapeutische hardnekkigheid blijven voorkomen. Peeters vertaalt dit in “beter dood dan levend”.

Kortom de keuze van de journalist tijdens dit gesprek, omtrent dit onderwerp is niet zo goed. Zowel haar vragen als haar kennis over het onderwerp waren vaak naast de kwestie. Ook een tweede professionele opinie mocht aan bod komen tijdens het gesprek. De invalshoek was wel goed gekozen maar er kwamen zodanig veel vragen aan bod dat er wat werd afgeweken van de invalshoek.

## 2. Formatanalyse

### 2.1. Telefacts

Telefacts is een wekelijks actualiteitenprogramma op VTM dat inzoomt op maatschappelijke en actuele problemen. Het wordt uitgezonden elke dinsdagavond en duurt ongeveer vijftien minuten. Het programma wordt in samenwerking gemaakt met VTM nieuws.

#### 2.1.1. Concept en missie

De missie van Telefacts is om de kijker te informeren. Vaak komen onderwerpen aan bod waarrond nog een taboesfeer hangt in de maatschappij. De naam ‘Telefacts’ betekent letterlijk ‘Televisiefeiten’, facts is Engels voor feiten en Tele is Engels voor televisie.

#### 2.1.2. Doelpubliek

VTM mikt vooral op 18- tot 54-jarigen. Dit is een brede en commercieel interessante groep. De doelgroep van Telefacts is dezelfde. Telefacts verschijnt in de zomermaanden onder de naam ‘Telefacts Zomer’ waarvoor ze hetzelfde doelpubliek aantrekken. ‘Telefacts Laat’ op woensdag heeft als doelgroep voornamelijk de kijkers van Telefacts. Telefacts wordt uitgezonden na het VTM NIEUWS, de meeste kijkers van VTM NIEUWS blijven dan ook verder kijken op VTM naar Telefacts.

### 2.1.3. Historiek en evolutie

De eerste uitzending van Telefacts was op 1 februari 1990, sindsdien is het blijven bestaan. Elke week, met uitzondering van de zomermaanden, wordt er een uitzending vertoond op dinsdagavond. De presentatie van het programma is al vaak veranderd. De eerste presentator was Terry Verbiest. Hij werd opgevolgd door onder andere Dany Verstraeten, Elke Pattyn en Tim Verheyden. Vanaf 2011 is Cathérine Moerkerke de vaste presentatrice.

Telefacts heeft sinds 2010 ook wekelijks een extra uitzending van aangekochte buitenlandse reportages: 'Telefacts Laat'. De presentatrice is Cathérine Moerkerke.

Sinds 2006 wordt Telefacts ook in de zomer vertoond maar onder de naam 'Telefacts Zomer'. Twee maal per week is er tijdens de zomermaanden een uitzending. Telefacts Zomer bestaat, in tegenstelling tot Telefacts, enkel uit aangekochte reportages. Ook hier is Cathérine Moerkerke de presentatrice.

Sinds 2008 wordt er één maal per maand een uitzending van Telefacts vervangen door een justitiegerecht magazine dat gepresenteerd wordt door Faroek Ozgünes. Sinds 2013 kreeg het programma de naam 'Faroek'. Voordien heette het Telefacts Crime.

Enkele keren werd er een uitzending van 'Telefacts Extra' ingelast. Dit gebeurt bij belangrijke actuele zaken. Hierbij is er soms ook ruimte voor live-verslaggeving. Enkele voorbeelden zijn: de treinramp in Buizingen van 2010 en de dood van Nelson Mandela in 2013 (Telefacts, 2015).

### 2.1.4. Opbouw

De reportages beginnen met een schets van het probleem. Hierbij worden er vaak sterke en creatieve beelden gebruikt. Telefacts zoekt ook telkens getuigenissen. De getuigen spreken meestal als eerste zodat de kijker direct wordt meegezogen. Er wordt een sfeer gecreëerd. Daarna zijn de specialisten aan de beurt. Vaak zijn dit mensen die regelmatig in de media verschijnen en die de kijker een vertrouwelijke indruk nalaten. De beelden van in het begin keren vaak terug tijdens de reportage. De voice-over (Cathérine Moerkerke) draagt de documentaire en is de kapstok in het verhaal. Wanneer mensen en vooral kinderen niet in beeld mogen of kunnen komen wordt er een 'suggestief beeld' getoond.



### 2.1.5. Analyse concrete reportage

<http://vtm.be/video?aid=130725>

- **Telefacts: 'Jongeren met psychische problemen'**
- **Datum: 19 mei 2015**
- **Duur: 14'45''**

Deze reportage houdt qua onderwerp verband met mijn reportage. Wat ik me het meest afvroeg is hoe de journalisten 'psychische problemen' in beeld brengen, wat de verhouding getuigenissen/specialisten is en hoe er een sfeer wordt gecreëerd.

De reportage begint met jongeren die op de speelplaats staan en door elkaar wandelen. Ze dragen een masker en zijn onherkenbaar. De beelden hebben een donkere kleur. De jongeren zeggen elk iets: 'ik heb een eetstoornis', 'ik hoor stemmen', 'ik ga naar een psychiater',... Hierna begint de voice-over: 'een grote groep jongeren doet uitspraken als deze'. Dit is een zeer krachtig beginbeeld, de kijker wordt onmiddellijk meegezogen en is nieuwsgierig. Terwijl de voice-over spreekt komt er begeleidende tekst op het scherm, de tekst is met krijt op de speelplaats getekend waar de jongeren met maskers net wandelden. Zeer originele aanpak van de journalist.

Hierna volgt een getuigenis van een tiener. De journalist lijdt de getuigenis dus niet in, maar dat is ook niet nodig, alles is duidelijk. De tiener vertelt haar ervaring met het probleem, de ouder vertelt de symptomen van haar dochter. De journalist laat vervolgens een bekende kinderpsychiater aan het woord. Hij geeft meer uitleg over psychische problemen bij kinderen en heeft een informerende functie in deze reportage.

Opvallend is dat er amper gebruik wordt gemaakt van muziek. De sfeer wordt aan de hand van beelden geschetst. Dit wil ik wel anders doen in mijn reportage.

De journalist laat opvallend meer de getuigen aan het woord en dat is een goede keuze omdat de kijker er zich sowieso meer verbonden zal mee zal voelen dan met een specialist die enkel een informatieve functie heeft in de documentaire.

Er zijn ook verschillende 'ademruimtes' voor de kijker. Dit zijn momenten waar er niets wordt gezegd maar waar de beelden spreken. De kijker krijgt even geen nieuwe informatie bij. Deze ademruimtes zijn in deze reportage de tieners die eten, buiten spelen of muziek spelen.

De interviewees komen telkens verschillend in beeld. Er wordt ingezoomd op hun blik, ze zitten rechts en dan links in beeld. Opvallend is dat het beeld ook niet stabiel is soms. Er werd niet altijd gebruik

gemaakt van een statief. Was dat een bewuste keuze? Het stoort alleszins niet, meer nog, het geeft een aantrekkelijk effect.

Met de vele getuigenissen en de twee specialisten maakte de journalist een duidelijke reportage die samenhang toonde. De journalist is erin geslaagd om zo'n zwaar onderwerp duidelijk en boeiend over te brengen bij de kijker.

## 2.2. Eigen werkwijze

In mijn reportage zal ik twee getuigen en twee specialisten aan het woord laten. Zoals in Telefacts wil ik de getuigen het verhaal laten vertellen, terwijl de specialisten informatie zullen geven. Eén van de belangrijkste zaken is dat de reportage begint met een krachtig beeld. Dat is altijd een uitdaging. Ik zal ook eerst een getuigen aan het woord laten vooraleer de specialisten aan bod komen. Muziek vind ik belangrijk omdat dit echt een bepaalde sfeer kan scheppen en dat miste ik een beetje in de Telefacts reportage. Mijn reportage zal eerder een droevige sfeer hebben, terwijl 'jongeren met psychische problemen' een angstige indruk naliet. De voice-over zal dezelfde functie hebben in mijn eindproduct: een begeleidende stem die de reportage samenhoudt.

## 3. Scenario en werkplan

### 3.1. Gedetailleerd scenario

#### 3.1.1. Structuur/scenario journalistiek eindproduct

#### **SVO: Valérie De Vos, zus van Christophe**

Hij zei van 'stop maar met wenen mams, je maakt mijn t-shirt nat'. En dan was alles klaar en dan heeft de dokter gezegd van 'kijk Christophe, gij zegt wanneer dat we het gaan toedienen wat dat da was, wat dat met hem ging doen. En uiteindelijk is hij heel rap ingeslapen.

#### **Titel: Euthanasie bij psychisch lijden**

#### **Gedicht: Als ik doodga – Remco Campert**

Start **muziek** deels onder het gedicht

→Prélude in E minor - Frédéric Chopin

### **Foto Edith Vincke: doodsprentje**

#### **SVO: Pierre Pol Vincke, vader van Edith**

Edith dat was een zeer lieve, jonge vrouw. Zij had heel wat vriendinnen. Ze was 1m86 groot en in de slechtste situaties, toen ze 17, 18 jaar was woog ze nog maar 32 kilogram. Wij wisten dat ze zelfmoord zou plegen, wij hebben de dokters herhaaldelijk verwittigd. Zij had euthanasie gevraagd en dat werd geweigerd door de dokters.

#### **SVO: Valérie De Vos, zus van Christophe**

Naarmate die depressies meer en meer begonnen te komen, toen is die vraag van euthanasie gekomen.

#### **VOICE OVER**

Euthanasie bij ongeneeslijk psychisch lijden, het is een alternatief voor zelfdoding. De wet laat het ook toe. Om in aanmerking te komen voor euthanasie moet de patiënt ondraaglijk lijden en uitbehandeld zijn.

#### **SVO: Lieve Thienpont, Psychiater**

Het eerste bepaalt vooral de persoon die lijdt, het is helemaal aan hem of aan haar om te bepalen wanneer dat het lijden niet meer verder kan, wanneer dat het moet stoppen, persoonlijk discussieer ik daar niet over. Wat we wel bekijken is of het een duurzaam lijden is, of dat het geen reactie is in een acute rouw of zo. Dus dat het een duurzaam lijden is waarvoor eigenlijk geen oplossing meer bestaat.

#### **VOICE OVER**

Zowel Christophe als Edith voldeden aan deze voorwaarden en kwamen dus beide in aanmerking voor euthanasie. En toch werd het bij Edith geweigerd. Kon ze de artsen niet overtuigen van haar ondraaglijk psychisch lijden? Of waren er nog behandelmogelijkheden voor haar?

#### **SVO: Lieve Thienpont, Psychiater**

Dat is bij de psychiatrie een zeer moeilijk item. De meeste mensen hebben wel al heel veel therapie en opnames achter de rug. Het heeft ook te maken of mensen nog veerkracht hebben om iets nieuws te proberen. Dus dat wordt dan afgewogen tussen verschillende hulpverleners en artsen, samen met de patiënt.

**SVO: Wim Distelmans, Oncoloog en professor palliatieve zorg**

Het blijven doorbehandelen bij mensen die er geen baad bij hebben en op de duur zodanig dat die mensen er schade van ondervinden. Het gebeurt sowieso in de psychiatrie dat men blijft doorbehandelen met allerlei medicamenten, elektroshocks en andere middelen om die mensen toch nog beter te krijgen en dat men op de duur merkt dat er geen verbetering mogelijk is.

**SVO: Pierre Pol Vincke, vader van Edith**

Vanaf dat de wet gestemd was kwam zij 100% in aanmerking voor. En ik heb het altijd gezegd tegen psychiaters: mijn dochter zegt mij dat ze ongeneesbaar is. En sommige commentaar van de psychiaters was 'zeg het haar alsjeblieft niet, ze mag dat niet weten'. Maar houden zij zich dan niet op de hoogte van euthanasiewetten?

**VOICE OVER**

Er is dus nog een grote onwetendheid en een gebrek aan expertise en ondersteuning . Ook de familie van Christophe vond dat hij beter psychologisch begeleid had moeten worden.

**SVO: Valérie De Vos, Zus van Christophe**

Ik vond dat er nog altijd meer met hem gepraat had moeten worden. Want Christophe was ook iemand die niet met de stress van het leven kon omgaan. En die heeft medicatie gekregen, ma jongens toch. Elke zondag vulde mijn mama de pillendozen.

**SVO: Lieve Thienpont, Psychiater**

Er is sowieso meer aandacht nodig voor de psychiatrie, maar zeker de zorg voor het levenseinde. We hebben in België ongeveer 7 suïcides per dag, bij schatting is dat 90% bij mensen met psychische of psychiatrische problemen. Dus ik denk dat dit duidelijk is, dat daar veel meer aandacht voor moet zijn. Nu pas op er is al veel aandacht in de suïcidepreventie en ik hoop in de toekomst dat we de euthanasiemogelijkheid meer gaan kunnen linken met de suïcidepreventie, omdat de vraag naar euthanasie mogelijkheden biedt om juist die suïcidale dreiging uit de stilte te halen.

**SVO: Pierre Pol Vincke, vader van Edith**

Ik denk dat ze gewoonweg geen weg wisten met Edith. Dat is zeker en vast, en die hebben dan medicijnen voorgeschreven om te zeggen medicamenten gaan dat wel oplossen. Maar dat was een bewijs van onmacht. Maar als je met het leven van iemand speelt, spelen is misschien een beetje zwaar. Maar toch iemand komt met zijn leven naar jou en die zegt ik kan geen weg meer met mijn leven. En de neiging is altijd, ja maar jij weet niet wat lijden is op jouw ouderdom, je hebt de

wereldoorlog niet meegemaakt. Maar lijden dat bestaat, psychisch lijden des te meer.

**SVO: Valérie De Vos, zus van Christophe**

Hij was ziek, psychisch leed hij enorm.

**VOICE OVER**

De euthanasievraag bij psychisch lijden bespreekbaar maken, dat kan al een ongelooflijke opluchting geven. Verschillende initiatieven zoals LEIF en ULteam streven naar een waardig levenseinde voor iedereen. Ook in het instapshuis Vonkel in Gent kunnen mensen een luisterend oor vinden voor hun lijden en hun wens tot euthanasie. Maar het is niet omdat euthanasie letterlijk ‘zachte dood’ betekent, dat het daarom ook een zachte weg is.

**SVO: Lieve Thienpont, Psychiater**

Tegen dat ze alle artsen gevonden hebben is dat vaak een slopende, vermoeiende onderneming. Vandaar dat ik heel hard pleit voor een verwijsplicht. Binnen de euthanasiewet, die we nu nog niet hebben. Dus artsen die niet voelen voor euthanasie moeten in principe niet doorverwijzen als ze dat zelf geen goeie zorg vinden. Wij vinden dat ze wel moeten doorverwijzen, met alle respect voor ieders mening. Maar dat ze moeten doorverwijzen naar instanties, zoals LEIF en ULteam, die mensen die psychisch lijden en die nergens naartoe kunnen, wel ontvangen.

**VOICE OVER**

Ook een betere palliatieve zorg in de psychiatrie is belangrijk, op die manier wordt het taboe rond psychisch lijden nog meer bestreden en het vermijdt bovendien ook onnodige behandelingen.

**SVO: Wim Distelmans, Oncoloog en professor palliatieve zorg**

Tegenwoordig noemen de palliatieve psychiatrie of beter genoemd, de supportieve psychiatrie, psychiatrie die bedoelt is voor patiënten die ongeneeslijk psychiatrisch ziek zijn maar die wel nog een behandeling kunnen gebruiken, en dat moet verder bekend geraken en verder worden uitgebouwd. Ik denk dat heel wat psychiatrische patiënten wel nog een behandeling kunnen krijgen, ze kunnen niet meer genezen maar wel op een correcte manier worden behandeld, zodanig dat het leven voor hen draaglijk wordt. Ik zeg niet dat het leven voor hen fantastisch wordt maar draaglijk wordt. En draaglijk worden dat bepaalt natuurlijk de patiënt.

## **Muziek: Dandy Warhols- Sleep**

### **SVO: Pierre Pol Vincke, vader van Edith**

Oef, was het eerste dat ik dacht, voor haar is het voorbij. En het tweede was egoïstischer, voor mij moet het nog beginnen, want de manier waarop ze het gedaan heeft. Dat is niet te vertellen.

### **SVO: Valérie De Vos, zus van Christophe**

Uiteindelijk heeft hij een zeer mooi afscheid gehad en hebben wij bewust van hem afscheid kunnen nemen. We hebben nog twee intense mooie weken met hem gehad toen de datum werd vastgelegd. En ik ben daar zeer dankbaar voor. Want ik ben er zeker van mocht hij het niet gekregen hebben dat hij toch op de sporen ging staan. En da wil je nie dan, dan ging hij alleen geweest zijn en dat ging veel traumatischer geweest zijn.

### **VOICE OVER**

Het blijkt in de praktijk niet altijd even makkelijk wanneer iemand die ondraaglijk psychisch lijdt in aanmerking komt voor euthanasie. Het is van belang dat de vraag van de patiënt serieus wordt genomen. De euthanasievraag bij psychisch lijden bespreekbaar maken en een betere supportieve zorg in de psychiatrie kan bij veel patiënten al een enorme opluchting zijn. Het medisch, menselijk aspect is het belangrijkste, het wettelijk aspect is het kader.

### 3.1.2. Tijdscode

00:00:00:00 Quote Valérie  
00:00:05:11 Foto Christophe  
00:00:22:22 Foto Christophe  
00:00:29:17 Start gedicht  
00:00:48:06 Quote Pierre Pol + foto Edith  
00:01:04:14 Foto Edith  
00:01:13:24 Foto Edith  
00:01:20:00 Quote Valérie  
00:01:24:21 Foto Christophe  
00:01:31:07 Voice Over  
00:01:43:16 Quote Thienpont  
00:02:11:21 Quote Pierre Pol

00:02:19:00 Foto Edith  
00:02:37:14 Voice Over  
00:02:52:16 Quote Thienpont  
00:03:14:10 Quote Distelmans  
00:03:35:14 Quote Pierre Pol  
00:03:42:13 Foto Edith  
00:04:00:00 Voice Over  
00:04:12:06 Quote Valérie  
00:04:29:08 Foto Christophe  
00:04:40:11 Foto Christophe  
00:04:48:08 Quote Thienpont  
00:05:26:05 Quote Pierre Pol  
00:05:58:09 foto Edith  
00:06:15:01 Quote Valérie  
00:06:37:18 Voice Over  
00:07:00:00 Quote Thienpont  
00:07:34:03 Voice Over  
00:07:43:13 Quote Distelmans  
00:08:24:06 Quote Pierre Pol  
00:08:43:03 Quote Valérie  
00:09:35:02 Voice Over  
00:10:02:14 Aftiteling

### 3.1.3. Vraagstelling

#### **Vragen dokter Distelmans:**

- Ondanks alle debatten en discussies over pijnbestrijding blijven 'euthanasie' en 'palliatieve zorg' beladen woorden.
- Waarom weigeren zoveel artsen nog altijd euthanasie uit te voeren, zelfs na de wet? Hebben ze alléén morele bezwaren?

- Om euthanasie aan te vragen, moet er voldaan worden aan een aantal voorwaarden. Eén daarvan is ongeneeslijk ziek zijn of ondraaglijk psychisch lijden. Wie bepaalt wanneer psychisch lijden ondraaglijk is en hoe gebeurt dat?
- Waarom is de term ondraaglijk psychisch lijden moeilijker interpreteerbaar dan de term ongeneeslijk ziek zijn?
- Aantal psychisch lijden die euthanasie krijgen in ons land vorig jaar?
- Meer aandacht euthanasie/psychiatrie? Nog steeds taboe, daarom minder vraag?
- Zijn mensen bang om aanvraag euthanasie als het gaat om psychisch lijden?
- Komt therapeutische hardnekkigheid meer voor bij mensen die psychisch lijden?
- Hoe kan een patiënt zich hiertegen wapenen?
- Positiever verandering sinds komt ULteam of LEIF?
- Buitenlandse patiënten die hier komen voor euthanasie? Hoe gebeurt dat dan?
- Combinatie verschillende pathologieën? De combinatie die het ondraaglijk maakt, telt dat ook?
- Geen euthanasie: optie 'hulp bij zelfdoding'?
- Op het registratiedocument staat 'aard van de aandoening'. Is dit genoeg om te bewijzen aan commissie dat patiënt recht heeft op euthanasie?
- Wet nodig dat mensen kunnen schrijven om later euthanasie te krijgen wanneer ze niet meer bij hun volle bewustzijn zijn? Geval Hugo Claus
- Mocht er een artikel in de wet komen die zegt dat mensen kunnen schrijven om later euthanasie te krijgen wanneer ze niet meer bij volle bewustzijn zijn zoals dementie, hoe ziet u dat praktisch?
- Betere palliatieve zorg voor psychiatrische patiënten?
- Wat kan nog beter volgens u?
- Toekomstperspectieven met uw expertisecentrum 'waardig levenseinde'?

**Vragen dokter Thienpont:**

- Om euthanasie aan te vragen, moet er voldaan worden aan een aantal voorwaarden. Eén daarvan is ongeneeslijk ziek zijn of ondraaglijk psychisch lijden. Wie bepaalt wanneer psychisch lijden ondraaglijk is en hoe gebeurt dat?
- Waarom is de term ondraaglijk psychisch lijden moeilijker interpreteerbaar dan de term ongeneeslijk ziek zijn?
- Aantal psychisch lijden die euthanasie krijgen in ons land vorig jaar?



- Meer aandacht euthanasie/psychiatrie? Nog steeds taboe, daarom minder vraag?
- Vooroordelen zoals euthanasie is zelfdoding aanmoedigen
- Komt therapeutische hardnekkigheid meer voor bij mensen die psychisch lijden?
- Hoe kan een patiënt zich hiertegen wapenen?
- Geen euthanasie: hulp bij zelfdoding een optie?
- Betere palliatieve zorg voor psychiatrische patiënten?
- Wat kan nog beter volgens u?
- Kort uitleggen wat Vonkel is?
- Toekomstperspectieven met Vonkelhuis?

#### **Vragen ouders Edith Vincke:**

- Wie was Edith?
- Wat voor iemand was Edith?
- Welke aandoening had Edith?
- Wat hebben jullie allemaal gedaan om haar te helpen?
- Op een gegeven moment heeft Edith zelf gevraagd om te mogen sterven?
- Édith wou euthanasie, maar ze kon geen enkele arts overtuigen, hoe kwam dat volgens u?
- Wie bracht het onderwerp van euthanasie eerst ter sprake? En wanneer?
- Wisten jullie dat euthanasie kon bij patiënten die ondraaglijk psychisch lijden? Is jullie ooit uitgelegd geweest dat het kon en hoe het kon?
- Wat was jullie grootste angst? Wat was Edith haar grootste angst?
- Er moet volgens dr. Thienpont en dr. Distelmans meer aandacht zijn voor euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden, volgens u ook?

#### **Vragen zus en schoonbroer Christophe De Vos:**

- Wie was Christophe?
- Wat voor iemand was Christophe?
- Wie bracht het onderwerp van euthanasie eerst ter sprake? Wanneer kwam het onderwerp voor de eerste keer ter sprake?
- Welke aandoening had Christophe?
- Hoe gebeurde het afscheid?

- Kunt u die dag nog eens beschrijven? Begon het als een normale dag?
- Hoe werden jullie als familie bijgestaan tijdens en na het stervensproces?
- Welke stappen werden er ondernomen in het stervensproces van uw broer?
- Wisten jullie dat euthanasie kon bij patiënten die ondraaglijk psychisch lijdten?
- Welke voorbereidingen deden jullie als familie in het stervensproces?
- Wat was jullie grootste angst? Wat was Christophe zijn grootste angst?
- Konden jullie snel vrede nemen met het euthanasieverzoek?

#### 3.1.4. Beeld, klank, montagekeuze en muziek

Dekkingsbeelden zoeken is niet altijd evident. Ik heb ervoor gekozen om beelden te filmen van alledaagse taferelen zoals de natuur, de autostrade, straatverlichting. Hiervoor liet ik mij door verschillende reportages inspireren zoals 'Euthanasie in de gevangenis' op Panorama (zie 1.1. Case 1: televisie). Creatief filmen is een uitdaging maar een must als je de kijker wil laten verder kijken. Er zijn veel mogelijkheden: scherp-onscherp filmen, inzoomen of uitzoomen, met verschillende kleuren spelen, contrasten filmen, de snelheid aanpassen, time lapse of stop-motion. Ook in het montageprogramma kan je achteraf nog verschillende passende effecten toevoegen. Ik heb ook in het ziekenhuis AZ Groeninge gaan filmen. Daar nam ik beelden van infusen en de drukke werksfeer. In het montageprogramma gebruikte ik het effect 'Blur' om de gezichten onbekend te maken en een video-effect te creëren.

Tijdens de interviews probeerde ik om niet alleen de cadrage te vast te leggen op beeld maar ook eens in te zoomen op de handen of de blik van de persoon. De cadrages heb ik ook telkens aangepast: bij het ene interview zat of stond de persoon rechts in beeld bij het andere interview links.

De klank werd altijd opgenomen met de perch microfoon omdat dit de professioneelste klank geeft en er komt geen microfoon in beeld. Er werd telkens gericht op de borstkas van de geïnterviewde zodat het geluid van de stem zuiver was en er zo weinig mogelijk achtergrondgeluid te horen was.

Voor mijn onderwerp is het belangrijk om de juiste sfeer te creëren. Dit is makkelijker als er gepaste muziek wordt gebruikt. Ik heb gekozen voor trage, serene muziek. De drie nummers die ik gebruik zijn:

- Prélude in E Minor – Frédéric Chopin
- Breathe me – Sia
- Sleep – The Dandy Warhols

## 3.2. Biografie gekozen gesprekspartners

### 3.2.1. Wim Distelmans

Wim (Willem) Distelmans is oncoloog en professor palliatieve geneeskunde aan de Vrije Universiteit Brussel. Hij is één van de belangrijkste voorvechters in België voor de erkenning van palliatieve zorg en zijn strijd voor het recht op euthanasie en een waardig levenseinde. Hij is voorzitter van de Federale Commissie voor Euthanasie (zie 1.3. Federale Controle- en Evaluatiecommissie). In 2003 kreeg hij voor zijn inzet voor de euthanasiewet de Arkprijs van het Vrije Woord toegekend. Dit is een symbolische prijs die in het leven werd geroepen om te verhinderen dat ideologische bekrompenheid de vrijheid van meningsuiting en denken zou inperken. Hij komt vaak in de media om te spreken of te debatteren over euthanasie en palliatieve zorg.

Distelmans heeft ook al veel kritiek moeten doorslikken. Hij werd door de buitenlandse pers al vaak door het slijk gehaald en ‘Dokter Dood’ genoemd omdat hij als voorvechter voor een waardig levenseinde studiereizen maakte naar Auschwitz. Hij heeft ook al een paar euthanasieklachten van nabestaanden gekregen omdat hij ‘te gemakkelijk is overgegaan tot euthanasie’ of omdat de familie niet op de hoogte was van hun moeder die euthanasie kreeg. Dit laatste is volledig wettelijk omdat de patiënt uiteraard beslist en het laatste woord heeft. Euthanasie wordt geregeld tussen de arts en de patiënt zonder enige tussenkomst van de familie. Voor beide klachten had Distelmans de Commissie achter hem omdat alles volledig wettelijk was uitgevoerd.

Wim Distelmans heeft ook een expertisecentrum opgericht en is voorzitter van een aantal organisaties en initiatieven voor een betere palliatieve zorg en een waardig levenseinde die gevestigd zijn in het centrum W.E.M.M.E.L. in Wemmel (zie 3.1.3.). De organisaties en initiatieven zijn ‘Waardig Levenseinde’, LEIF (zie 3.2.1.), ULteam (zie 3.1.2.), Omega vzw (zie 3.2.3.), Forum palliatieve zorg en het supportief dagcentrum Topaz (LEIF, 2015).

### 3.2.2. Lieve Thienpont

Lieve Thienpont is psychiater en LEIF-arts. Ze begeleidt patiënten die omwille van eindelijk psychisch lijden euthanasie vragen of die vragen hebben over het levenseinde, de dood of het rouwproces. Ze zoekt al vele jaren naar wegen en oplossingen om mensen met ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden te helpen bij het sterven. Samen met haar levenspartner, Tony Van Loon, stichtte ze Vonkel op

in Gent (zie 3.1.1.). Sinds de oprichting van ULteam en het LevensEindeVragen-team werkt zij als consulent- psychiater in de verschillende consultatiecentra in Wemmel, Brussel en Gent.

Ook zij komt vaak aan bod in de media als het gaat over euthanasie en psychisch lijden. Ze is grote voorstander van een betere palliatieve en supportieve zorg in de psychiatrie. Als spreekster is ze ook vaak te gast bij lezingen en opleidingen, die ze soms zelf organiseert.

Onlangs werd haar boek 'Libera me' gepubliceerd. Ze heeft meer dan tien jaar aan dit boek gewerkt en in gesprek gegaan met patiënten die om euthanasie vragen door hun psychisch lijden. Het boek bevat getuigenissen en reflecties. Samen met de patiënten gaat ze op zoek naar de mogelijkheden om voor mensen die een waardig levenseinde willen maar de grens van een nog heldere beslissingsbekwaamheid voorbij zijn (Vonkel, 2015).

### 3.2.3. Edith Vincke en familie

Voor mijn journalist eindproduct interview ik ook twee families. Eén familie waarbij de dochter om euthanasie vroeg doordat ze aan een ongeneeslijke psychische aandoening leed en de andere familie waarbij de zoon ook aan een onbehandelbare psychische aandoening leed en een aangifte indiende voor euthanasie. Bij hem werd euthanasie toegediend, bij haar niet en ze pleegde zelfmoord.

Edith Vincke werd geboren op 24 november 1976 in Kinshasa. Ze groeide op met haar 2 broers Grégoire en Xavier en haar zus Caroline. Haar vader Pierre Pol Vincke was hoogleraar biologie aan de universiteit van Kinshasa. Het gezin reisde de wereld rond. Ze verhuisden terug naar België toen de kinderen aan hun hogere studies begonnen.

Edith droeg haar ziekte heel haar leven met zich mee. In sociale situatie had ze het vaak moeilijk, ze was het liefst alleen. Op haar 17<sup>e</sup> merkten haar ouders dat ze zich raar begon te gedragen en niet meer at aan tafel. Ze vermagerde zienderogen. Ze bezocht verschillende psychiaters maar nooit konden ze een label plakken Edith haar aandoening. Ze werd depressiever, magerder en zichzelf te mutileren. Aan de binnenkant leed ze ondraaglijk maar aan de buitenkant zag je weinig tot niks. 'Ze kon haar pijn zo goed verbergen voor haar vrienden', vertelt haar vader. Edith was zeer kunstzinnig en humoristisch. Ze tekende korte stripverhalen waarin ze een maatschappelijk probleem aankaartte met een humoristische noot. Zelf in haar diepste wanhoop kon haar gevoel voor humor niet ontwapend worden. Meerdere zelfmoordpogingen heeft ze ondernomen, ze vroeg aan haar ouders om haar te helpen. Meermaals vroeg ze ook om euthanasie maar telkens werd ze afgewezen door haar

behandelende artsen omdat 'het niet kon bij psychiatrische patiënten'. Ze pleegde zelfmoord enkele weken na haar 35<sup>e</sup> verjaardag in een psychiatrische instelling.

Edith kwam dus zonder twijfel in aanmerking voor euthanasie. Dat bevestigen dokter Distelmans en dokter Thienpont ook. Nooit werden Edith en haar familie doorverwezen naar een specialist in palliatieve zorg of een arts die gespecialiseerd is in euthanasie bij psychisch lijden zoals dokter Thienpont. De vraag 'waarom' dat nooit gebeurde blijft voor haar familie een raadsel. Zij pleiten voor een maatschappelijk debat over euthanasie en psychisch lijden, de onwetendheid bij vele mensen hierover valt te begrijpen, maar de ignorantie van sommige artsen valt niet te vergeven.

Haar vader Pierre Pol Vincke is al enkele keren in de media verschenen om het verhaal van zijn dochter te vertellen. Het was pas tijdens een televisieopname dat hij dokter Distelmans voor de eerste keer had ontmoet. De strijd van de familie om het taboe rond de psychiatrie de doorbreken gaat verder.

#### 3.2.4. Christophe De Vos en familie

Christophe De Vos werd geboren op 25 oktober in 1984 in Dendermonde. Tijdens zijn geboorte ging het grondig mis: door een zuurstoftekort loop hij een ernstige hersenbeschadiging op. Hierdoor was hij licht verlamd aan zijn volledige linkerkant en zat hij zijn hele leven in een rolstoel. Mentaal was hij lichtgehandicapt, hij presteerde uitzonderlijk goed op talig vlak, maar wiskunde was moeilijk voor hem. De familie woonde zes jaar in Congo waar Christophe en zijn zus, Valérie, een mooie kindertijd hebben beleefd. Hij had geen probleem met zijn handicap.

Wanneer Christophe 16 wordt begonnen de problemen. Hij werkte in een beschutte werkplaats maar kon daar niet meer werken omdat de lat er te hoog lag. Toen begonnen zijn zelfmoordgedachten. Hij werd steeds depressiever en psychotischer. Hij kreeg voortdurend therapie en werd meermaals opgenomen in de psychiatrie maar dat haalde niets uit, integendeel, het ging alleen maar verder bergaf met Christophe. In april 2011 ging Christophe met zijn ouders en zus op gesprek bij dokter Lieve Thienpont waar ze gerust werden gesteld. Thienpont verzekerde hen dat zijn vraag om euthanasie zeer ernstig werd genomen. Dan ging het snel: in maart 2013 kreeg hij toestemming om euthanasie te krijgen en de datum werd afgesproken, 2 augustus 2013.

Hoewel Christof, in tegenstelling tot Edith, wel euthanasie kreeg, hoopte zijn familie dat hij beter begeleid werd. De gesloten instellingen waar Christophe verbleef waren een gevangenis volgens zijn ouders. De hulpverleners plaatsten hem bij de zwaar mentaal gehandicapte patiënten en bij de drugsverslaafden. Nooit werd er een goeie plaats gezocht voor Christophe. Men heeft altijd de mond

vol over geïntegreerde zorgverlening, maar nooit hebben de families van Christophe en Edith ze gevonden.

Het verhaal van Christophe is ook al in verschillende media verschenen. Knack Magazine publiceerde in oktober 2014 een uitgebreid artikel over het leven, de ziekte en zijn dood van Christophe met daarin het uitputtende gevecht in, maar ook vooral met de Belgische psychiatrie.

### 3.3. Logboek en planning

- **Oktober 2014:** zoeken naar onderwerp voor bachelorproef, alleen en in de begeleidende lessen van mevrouw Mestdagh. Het is niet makkelijk om een onderwerp te zoeken waar je een volledig academiejaar aan wilt werken. Het is dus van groot belang om iets te kiezen dat je interesseert en dat je wil onderzoeken. Ik wist dat ik iets rond medische sector wou doen dus begon ik ideeën op te schrijven. Ik kwam uit bij 'psychiatrie'. Tijdens de begeleidende lessen heeft mevrouw Mestdagh mij op weg geholpen en het begrip 'euthanasie' werd gelinkt aan 'psychiatrie'. 'Euthanasie bij psychisch lijden' werd het uiteindelijke onderwerp van mijn bachelorproef. Ik ga op zoek naar mogelijke onderzoeksvragen. Ik inspireer me door artikels te lezen, reportages te bekijken .
- **3 november 2014:** indienen uitgebreid schriftelijk voorstel, bronnenlijst en werkplan.
- **18 november 2014:** presentatie van mijn onderwerp en onderzoeksvraag in the Studios. Het is niet simpel om het altijd klaar en duidelijk uit te leggen. Ik besef dat ik nog meer research moet doen en mijn onderzoeksvraag nog meer moet afbakenen nauwkeuriger moet werken, meer moet gaan nadenken over welke beelden ik zal filmen als dekkingsbeeld want dat zal een uitdaging worden.
- **22 november 2014:** feedback van de pitch uitwerken. Ik contacteer AZ Groeninge ziekenhuis in Kortrijk en vraag of ik in april/mei een paar ziekenhuisbeelden mag filmen voor mijn bachelorproef. De personen zullen onherkenbaar gefilmd worden. Ik krijg groen licht.
- **10 december 2014:** bijeenkomst bij promotors meneer Vandenberghe en meneer Vermeulen. Bespreken stand van zaken. De grootste uitdaging zal het vinden zijn van een

gezin dat in contact staat of stond met euthanasie vanwege psychisch lijden.

- **Eind januari 2015:** na de examens ga ik verder op onderzoek. Ik lees zo veel mogelijk artikels, getuigenissen, wetenschappelijke studies en boeken over euthanasie en euthanasie in de psychiatrie. Ik zoek reportages over mijn onderwerp en besteed aandacht aan de beelden: hoe komen de mensen in beeld? Welke dekkingsbeelden worden er gebruikt? Muziek? Sfeer?
- **Midden februari 2015:** ik kies een format waar ik mijn reportage baseer: Telefacts. Ik begin een scenario te schrijven, maar dat is niet simpel als je nog geen interviews hebt opgenomen. Ik schrijf neer op welke vragen ik een antwoord wil. Ik weet welke specialisten ik in mijn reportage aan woord wil laten komen: dokter Wim Distelmans en dokter Lieve Thienpont. Indien het niet lukt om deze mensen te strikken zal ik dokter Marc Cosyns en dokter Dirk De Wachter contacteren.
- **Eind februari 2015:** Dokter Lieve Thienpont is bereid om een interview af te leggen eind april in Vonkel, Gent. Van dokter Wim Distelmans heb ik nog geen antwoord ontvangen. Ik contacteer ook een paar families.
- **Half maart 2015:** Mijn researchwerk begin ik neer te typen samen met mijn voorlopig scenario. Ik werk mijn vragen uit voor dokter Lieve Thienpont. Het is een uitdaging om stage en bachelorproef met elkaar te combineren.
- **26 maart 2015:** presentatie stand van zaken in The Studios. Ik besef dat ik nog een hoop werk heb en dat ik al verder had moeten zitten. Ik krijg nuttige feedback van mijn promotors. Ik verwerk de feedback diezelfde avond nog.
- **April 2015:** Ik krijg antwoord van dokter Distelmans, hij is bereid om een interview af te leggen. Ik bel hem op en we spreken een datum af: dinsdag 12 mei in zijn expertisecentrum in Wemmel. Ik typ een vragen die ik wil stellen aan Distelmans. Ik heb ondertussen ook twee families gevonden: de familie van Christophe De Vos en de familie van Edith Vincke. De zus van Christophe is bereid om te praten over haar broer, we zullen elkaar ontmoeten bij haar thuis in mei. Ik probeer via alle mogelijke communicatiekanalen de familie Vincke te contacteren. Ik schrijf ook verder aan mijn resesarchdossier. Het wordt drukker op stage waardoor ik me minder kan concentreren op mijn bachelorproef.

- **Eind april 2015:** Ik ben voorbereid om de verschillende interviews af te leggen. Ik doe research naar mijn interviewees en verwerk dit ook in mijn researchdossier.
- **Mei 2015:** Ik werk verder aan mijn researchdossier. Mijn inhoudstafel is af en die structuur geeft een opgelucht gevoel. Ik ga dekkingsbeelden gaan filmen buiten, ik probeer zo creatief mogelijk met beeld om te springen. Tijdens mijn stage heb ik enorm veel bijgeleerd op vlak van film en montage en dat probeer ik te benutten in mijn journalistiek eindproduct.
- **12 mei 2015:** Ik interview dokter Distelmans. Het interview verloopt goed, ik ben goed voorbereid. Wanneer ik thuis kom visioneer ik het interview en de dekkingsbeelden die ik heb gefilmd. Ik knip de belangrijkste quotes eruit en schrijf die neer in mijn scenario.
- **13 mei 2015:** Ik interview dokter Thienpont. Ook dit interview verloopt goed. Ik leg haar uit dat het moeilijk is om een familie te zoeken waarvan iemand zelfmoord heeft gepleegd omdat hij of zij geen euthanasie kreeg. Ik vertel haar dat ik de familie Vincke maar niet kan bereiken. Thienpont kent deze familie goed en geeft mij de privé-contactgegevens van Pierre Pol Vincke, de vader van Edith. De man staat enorm open voor een interview over zijn dochter. We maken een afspraak. Wanneer ik thuiskom schrijf ik verder aan mijn bachelorproef.
- **19 mei 2015:** ik rijd naar Ramillies, Waals-Brabant naar de familie Vincke. Anderhalf uur duurt het interview. Pierre Pol Vincke toont mij foto's en tekeningen van zijn dochter, ik ben in staat om alles mooi op beeld vast te leggen. Na het interview houd ik halt in het AZ Groeninge ziekenhuis in Kortrijk waar ik nog wat dekkingsbeelden ga filmen. Wanneer ik thuiskom knip ik de beste quotes eruit. Ik schrijf en monteer verder.
- **20 mei 2015:** Ik rijd naar Gent waar ik de familie van Christophe De Vos ontmoet. Het interview verloopt goed.
- **21 mei - 26 mei 2015:** mijn bachelorproef is bijna af. De grootste uitdaging nu is de reportage afwerken als een journalistiek product. Ik heb antwoorden op alle vragen in mijn onderzoek. Ik schrijf mijn scenario volledig uit.



# Conclusie

Wie de Belgische euthanasiewet grondig leest, merkt dat er weinig wordt verwezen naar patiënten die ondraaglijk psychisch lijden. De wet vermeldt voornamelijk terminale patiënten met een ongeneeslijke somatische aandoening. Het is dus, als patiënt met een psychische aandoening, niet evident om in de praktijk te voldoen aan de voorwaarden die door de wet worden gesteld omdat het minder objectiveerbaar is.

De patiënt bepaalt zelf of hij of zij ondraaglijk psychisch lijdt. Wie zelf niet psychisch lijdt, kan moeilijk vatten wat het precies inhoudt. Dit benadrukt nog maar eens het gebrek aan inzicht en begrip bij veel artsen en hulpverleners. Onbegrip staat vaak centraal wanneer psychiatrische patiënten vragen om euthanasie. Het is belangrijk dat patiënten beseffen dat ondraaglijk niet meteen uitzichtloos betekent.

Patiënten die psychisch lijden moeten beter begeleid worden. Bij de vele getuigenissen die ik las en de gesprekken die ik had met twee families werd vaak hetzelfde verteld: artsen en hulpverleners moeten meer luisteren en de kern van de aandoening aanpakken, teruggaan naar de oorzaak van het probleem, de patiënt meer doorverwijzen. Veel psychiatrische patiënten worden volgestopt met medicatie die hen suf en gevoelloos maken zonder dat er echt gepraat wordt met de patiënt. De wils- en handelingsbekwame patiënt beslist volledig autonoom hoe en wanneer hij of zij wenst te sterven indien verder leven strijdig is met zijn of haar concept van een waardig leven en een menselijke waardigheid.

De twee casussen die ik gebruik in mijn eindwerk vertonen veel gelijkenissen. Maar het is duidelijk dat Christophe meer geluk heeft gehad bij zijn begeleiding en ondersteuning van zijn psychiatrische aandoening dan Edith. Zij werd weinig gehoord, de dokters wisten dat Edith haar ziekte niet meer genezen kon worden, maar dat mocht zij niet weten. De drempel bij artsen en hulpverleners om over euthanasie te praten tegen hun patiënt is vaak nog te hoog.

De manier waarop een arts of een hulpverlener omgaat met de doodwens van de patiënt, wordt grotendeels bepaald hoe de arts of hulpverlener zelf omgaat met zijn of haar gevoelens. Ook de familie van de patiënt komt nog te vaak in de kou te staan.

In de psychiatrie gebeurt het vaak dat men de patiënt blijft verder behandelen met allerlei soorten medicatie of elektroshocks en dat men uiteindelijk tot de conclusie komt dat de patiënt er niet beter van wordt, integendeel, het kan zelfs schade toebrengen. Vaak is het ook zo dat de patiënt die psychisch lijdt moeilijk geloofd wordt, en al zeker wanneer hij of zij een behandeling weigert.

De palliatieve zorg wordt momenteel vaak tegenover euthanasie geplaatst. En dat is een goeie zaak. Er moet een betere palliatieve zorg komen voor mensen met een ondraaglijk psychisch lijden. Een palliatieve psychiatrie of beter gezegd, een supportieve psychiatrie die bedoelt is voor patiënten die ongeneeslijk psychiatrisch ziek zijn maar die wel nog een behandeling kunnen gebruiken zodat het leven voor hen draaglijker wordt.

Euthanasie is een waardevol alternatief voor zelfdoding en het verdient in de psychiatrie en in de euthanasiewet veel meer aandacht. Het is een zware weg, voor zowel de patiënt als de arts. De patiënt heeft hierbij altijd het laatste woord. Als men echt wil sterven, dan verdient men hulp en ondersteuning. Het mooie aan euthanasie is dat men menswaardig kan sterven in alle rust en ondersteuning, omringd door familie in plaats van in eenzaamheid voor een trein te springen. Het geeft de familie ook een zekere troost dat ze op een menswaardige manier afscheid kunnen nemen van hun dierbare.

Zowel dokter Distelmans, dokter Thienpont en de twee gezinnen waarmee ik een lang gesprek heb gehad, beaamden dat er veel meer aandacht moet zijn voor euthanasie bij psychisch lijden. Dit begint door het stigma te doorbreken van de psychiatrie en de mentale gezondheid.

De weg naar het schrijven van dit eindwerk was niet altijd even makkelijk. Het was vaak moeilijk een structuur te vinden voor zo'n complex thema waar ik amper iets van wist. Soms zag ik door de bomen het bos niet meer. Alle informatie ordenen en analyseren nam veel tijd in beslag, misschien wel meer tijd dan ik oorspronkelijk had gedacht en gehoopt.

Het was ook de eerste keer dat ik zo'n groot werk moest maken. Gedurende mijn driejarige opleiding heb ik veel artikels en papers moeten schrijven, maar nooit stond ik voor zo een grote uitdaging. De hoeveelheid was soms beangstigend omdat ik tijdens het schrijfproces vaak vast zat. Het is niet alleen de inhoud die moest kloppen, het moest ook nog eens correct en aantrekkelijk geschreven worden

Ook de emotionele draagkracht van dit onderwerp was niet te onderschatten. De vele hartverscheurende getuigenissen, de mensonwaardige situaties waarin velen stierven omdat euthanasie voor hen geen optie was of omdat ze simpelweg niet wisten dat het kon, euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden. Deze mensen wil ik gehoor geven. Ik hoop dat dit eindwerk de onwetendheid kleiner maakt, dat er meer onderzoek wordt verricht en meer publiekelijke aandacht is voor euthanasie, psychiatrie en psychiatrische palliatie.

Ook het filmen van mijn eindreportage liep niet altijd van een leien dakje. Ook al film je zoals het moet en zoals je hebt geleerd, als je achteraf de beelden nog eens bekijkt in het montageprogramma zie je

meteen wat anders had moeten zijn. Volledig tevreden zijn over het uiteindelijke resultaat gebeurt zelden. Het is belangrijk om tijdens dit proces kritisch voor jezelf te blijven en uit je fouten te leren.

Mensen die hun dochter of broer hebben verloren contacteren en vragen of ze een interview willen afleggen of hun overleden dierbare. Het was telkens een raar, zelfs bijna schuldig gevoel dat me bekreep. Wat als ze dat hoofdstuk hadden afgerond en er niet meer aan herinnerd wilden worden? Wat als ik hen de verkeerde vraag zou stellen? Het was een ware uitdaging. Uiteindelijk bleken beide gezinnen enorm open te staan voor een gesprek en is het een deel van hun verwerkingsproces geworden.

Ook het contacteren van specialisten Distelmans en Thienpont was soms met trillende handen. Gelukkig wilden ze met veel plezier tijd voor mij vrijmaken om te praten over een onderwerp waar zij al meer dan tien jaar voor vechten om het meer aandacht te laten krijgen. Zij hebben mij dan ook meer inzicht doen krijgen in de euthanasiewet en hoe die wordt gelinkt met de psychiatrie.

Het volledige onderzoek vertalen naar een journalistieke videoreportage van tien minuten. Ik wilde zo veel mogelijk vertellen en duidelijk maken maar mijn tijd was beperkt. De term 'kill your darlings' heb ik nog nooit zo zwaar aan de lijve ondervonden. Ik wilde de gezinnen meer aan bod laten komen en hun volledige verhaal vertellen, maar dat was uiteindelijk ook niet het doel van dit eindwerk.

Het was ook pas tijdens mijn stage dat ik reportages moest maken van meer dan anderhalve minuut. Ik was dus al een beetje getraind voordat ik dit eindwerk begon te monteren. Maar het leren werken met meer dan tien uur aan beeldmateriaal was ik nog niet gewend. Dit was dan soms ook bijzonder moeilijk. Ik was ook gewend om korte nieuwsfeiten te monteren van maximum anderhalve minuut. Maar nu ging het veel verder dan dat.

Het montageprogramma waarin ik werkte, Adobe Premiere Pro CC, had ik al vaak gebruikt en op dat vlak vond ik dat ik al genoeg getraind was. Een krachtig begin- en eindbeeld zoeken, de cirkel rondmaken, was een extra uitdaging in de montage. Soms loopt het helemaal niet zoals ik wilde en moest ik opnieuw beginnen, een paar keer zelfs. Ik wilde met alle respect en correctheid mijn interviewees in beeld laten komen.

Het hele proces is een mooie leerles geweest. Met vallen en opstaan, heb ik veel bijgeleerd, niet alleen over mijn onderwerp maar ook over het maken van een groot eindwerk. Het is ook ongelooflijk hoeveel je over jezelf bijleert en niet te snel tevreden mag zijn met wat je maakt.

Ik wil ook nog eens benadrukken dat het niet mijn bedoeling was om uitspraken te doen over de correctheid van het al dan niet toepassen van euthanasie bij ondraaglijk en uitzichtloos psychisch

lijden. Het is wel van belang dat artsen en hulpverleners meer worden aangemoedigd om een zekere rol en verantwoordelijkheid op zich te nemen in relatie met de patiënt.

# Persbericht

**Euthanasie bij ondraaglijk en uitzichtloos lijden, het is een alternatief voor zelfdoding en ook de wet laat het toe. Maar toch is er nog maar weinig onderzoek naar gedaan. De statistieken omvatten weinig gevallen van zwaar psychiatrische patiënten die suïcide pleegden nadat hun euthanasievraag werd geweigerd. Helaas is dit vaak de realiteit. Waarom komt de ene psychiatrische patiënt in aanmerking voor euthanasie en de andere niet? Terwijl ze aan dezelfde psychische aandoening lijden. Wie bepaalt er wanneer iemand ondraaglijk psychisch lijdt?**

Dit onderzoek ik in mijn bachelorpoef en in mijn videoreportage 'Euthanasie bij psychisch lijden'. Mijn onderzoek begint bij de euthanasiewet en de rapporten van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie. Daarna wordt er dieper ingegaan op de psychiatrie: wat is een psychiatrische patiënt? Hoe wordt men geholpen? Wanneer wordt het psychisch lijden uitzichtloos en onbehandelbaar? Tenslotte link ik de euthanasiewet aan het psychisch lijden.

Om een antwoord te vinden op mijn onderzoeksvraag, interview ik twee gezinnen: het eerste gezin verloor hun zoon die leed aan depressies en psychoses, hij kreeg euthanasie; het tweede gezin moest afscheid nemen van hun dochter die leed aan een eetstoornis en depressies, zij werd geweigerd voor euthanasie en pleegde zelfmoord. Ook dokter en euthanasiespecialist Wim Distelmans en psychiater Lieve Distelmans komen aan het woord.

Lisa Van Cauwenbergh

0478 50 74 79

[vancauwenbergh.lisa@hotmail.com](mailto:vancauwenbergh.lisa@hotmail.com)

Bachelor in de journalistiek

# Referentielijst

## Artikels

- Antonissen, J. (2015). Jaarlijks vijftig keer euthanasie om psychiatrische redenen. *Humo*.
- Beel, V. (2015, 23 april). Doodswens bespreekbaar maken, kan helend zijn. *De Standaard*.
- Cosyns, M. (2015, 21 januari). (Een) leven met twijfel. *De Standaard*.
- Degryse, I. (2014). Tussen woede, wanhoop en dood. *Knack*, pp. 36-45.
- Finoulst, M. (2013, maart). Stop de wereld, ik wil eraf. *Bodytalk*, pp. 32-35.
- Lippens, J. (2015). 'Welke arts zal Frank nog willen helpen?'. *Knack*, pp. 34-37.
- Raspoet, E. (2015). 'Frank Van den Bleeken kan perfect bij ons blijven'. *Knack*, pp. 58-63.

## Audiovisuele bronnen

- Leestmans, D. (2014). *Euthanasie in de gevangenis*. Geraadpleegd op 7 maart 2015, via <http://www.canvas.be/programmas/panorama/56555ea1-3a0c-45e8-ad9d-9cf0583031d2>
- Pauw & Witteman. (2010). *Euthanasie bij psychiatrische patiënten (1)*. Geraadpleegd op 28 februari 2015, via <https://www.youtube.com/watch?v=ECEQH2IOMVg>
- Pauw & Witteman. (2010). *Euthanasie bij psychiatrische patiënten (2)*. Geraadpleegd op 28 februari 2015, via <https://www.youtube.com/watch?v=ECEQH2IOMVg>
- Pauw & Witteman. (2013). *Euthanasie van de eeneiige tweeling*. Geraadpleegd op 28 februari 2015, via <http://pauwenwitteman.vara.nl/media/206660>
- Reyers Laat. (2012, 22 september). *Euthanasie en zelfdoding*. Geraadpleegd op 28 februari 2015, via <https://www.youtube.com/watch?v=Ms-meDgmpgl>

## Boeken

- Ayers, S. & de Visser, R. (2012). *Psychology for Medicine*. Londen: Sage Publications.
- Braam, S. & Chabot, B. (2010). *Uitweg, een waardig levenseinde in eigen hand*. Amsterdam: Nijgh & Van Ditmar.

- Brysbaert, M. (2008). *Fundamenten van de psychologie*. Gent: Academia Press.
- Callebert, A. (2012). *Euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden*. Leuven: Acco.
- Croonen, J. & De Vries C. (2010). *De strijd voorbij, euthanasie in de psychiatrie*. Veghel: Libra & Libris.
- Desmet, M. & Grommen, R. (2013). *Moe van het kiezen*. Leuven: TerraLannoo.
- Distelmans, W. (2009). *Een Waardig Levenseinde*. Antwerpen: Uitgeverij Houtekiet.
- Doyle, D. & Woodruff, R. (2011). *Handboek voor palliatieve zorg*. Antwerpen: Linkeroever.
- Haekens, A., Hermans, J. & Vandenhoeck, A. (2008). *Geen einde aan mijn pijn? Over uitzichtloos psychisch lijden*. Antwerpen: Garant.
- Joiner, T. (2010). *Myths about suicide*. Cambridge: Harvard University Press.
- Pollefliet, L. (2014). *Schrijven: van verslag tot eindwerk*. Gent: Academia Press.
- Thienpont, L. (2015). *Libera Me*. Antwerpen: Witsand Uitgevers bvba.

### **Brochures**

- Forum Palliatieve Zorg. (2014). Wemmel.
- Leerstoel Waardig Levenseinde. (2013). Sint-Lambrechts-Woluwe.
- Omega vzw. (2014). Wemmel.
- Vonkel, een luisterend huis. (2014, maart). Gent.

### **Verslagen en rapporten**

- Belgisch Staatsblad (2002, 22 juni). *Wet betreffende de euthanasie, 28 mei 2002*.
- Euthanasie, F. C.-e. (2012-2013). *Zesde verslag aan de wetgevende kamers*.

## Webpagina's en elektronische bronnen

*Beginselen en vuistregels bij wilsonbekwaamheid.* (2008). Geraadpleegd op 1 mei 2015 via

<http://www.btsg.nl/downloads/Beginselen%20wilsonbekwaamheid.pdf>

*Euthanasie: 30 vragen.* Geraadpleegd op 25 april 2015, via

[http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art\\_id=3326](http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=3326)

*Euthanasie in de psychiatrie.* Geraadpleegd op 16 maart 2015, via

<http://www.euthanasieindepsychiatrie.nl/>

*Forensisch psychiatrisch centrum Gent.* Geraadpleegd op 6 mei 2015, via

<http://www.fpcgent.be/over-fpc-gent/>

*Leerstoel Waardig Levenseinde.* Geraadpleegd op 3 april 2015, via

<http://www.waardiglevenseinde.eu/>

*LevensEinde InformatieForum.* Geraadpleegd op 3 april 2015, via <http://www.leif.be/>

*Omega vzw.* Geraadpleegd op 3 april 2015, via <http://www.vzwomega.be/>

*Recht op waardig sterven.* Geraadpleegd op 3 april 2015, via <http://www.rws.be/web/>

Telefacts. Geraadpleegd op 2 mei 2015, via <http://www.vtm.be/telefacts>

*Uitklaring Levenseindevragen.* Geraadpleegd op 3 april 2015, via <http://www.ulteam.be/>

*Vonkel.* Geraadpleegd op 3 april 2015, via <http://www.vonkeleenluisterendhuis.be/>

*W.e.m.e.l.* Geraadpleegd op 3 april 2015, via <http://wemmel.center/nl/home/>

*Zelfmoordpreventieproject van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.* Geraadpleegd op 17

maart 2015, via <http://www.suicidepreventievlaanderen.be/>



# Bijlagen

- Bijlage 1      Wet betreffende de euthanasie, 28 mei 2002 (Belgisch Staatsblad, 2 juni 2002)
- Bijlage 2      Registratiedocument euthanasie (Federale Controle- en Evaluatiecommissie)

# Bijlage 1 Wet betreffende de euthanasie, 28 mei 2002

BELGISCH STAATSBLAD — 22.06.2002 — MONITEUR BELGE

28515

## MINISTERIE VAN JUSTITIE

N. 2002 — 2141 [C — 2002/09590]  
28 MEI 2002. — Wet betreffende de euthanasie (1)

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Orze Groot.

De Kamers hebben aangenomen en Wij bekrachtigen hetgeen volgt :

**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 meerderjarige of een ontvoogde minderjarige is die handelingsbekwaam 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 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;

en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.

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

1° de patiënt inlichten over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting, met de patiënt overleg plegen over zijn verzoek tot euthanasie en met hem de eventueel nog resterende therapeutische mogelijkheden, evenals die van de palliatieve zorg, en hun gevolgen bespreken. Hij moet met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is en dat het verzoek van de patiënt berust op volledige vrijwilligheid;

2° zich verzekeren van het aanhoudend fysiek of psychisch lijden van de patiënt en van het duurzaam karakter van zijn verzoek. Daartoe voert hij met de patiënt meerdere gesprekken die, rekening houdend met de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de patiënt, over een redelijke periode worden gespreid;

3° een andere arts raadplegen over de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen.

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

4° indien er een verplegend team is, dat in regelmatig contact staat met de patiënt, het verzoek van de patiënt bespreken met het team of leden van dat team;

5° indien de patiënt dat wenst, het verzoek van de patiënt bespreken met zijn naasten die hij aanwijst;

6° zich ervan verzekeren dat de patiënt de gelegenheid heeft gehad om over zijn verzoek te spreken met de personen die hij wenste te ontmoeten.

§ 3. Indien de arts van oordeel is dat de 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;

## MINISTERE DE LA JUSTICE

F. 2002 — 2141 [C — 2002/09590]  
28 MAI 2002. — Loi relative à l'euthanasie (1)

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Les Chambres ont adopté et Nous sanctionnons ce qui suit :

**Article 1<sup>er</sup>.** La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

### CHAPITRE I<sup>er</sup>. — *Dispositions générales*

**Art. 2.** Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.

### CHAPITRE II. — *Des conditions et de la procédure*

**Art. 3. § 1<sup>er</sup>.** Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que :

— le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande;

— la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure;

— le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;

et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

§ 2. Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit, préalablement et dans tous les cas :

1° informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire;

2° s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée. A cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient;

3° consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations.

Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;

4° s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir de la demande du patient avec l'équipe ou des membres de celle-ci;

5° si telle est la volonté du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne;

6° s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.

§ 3. Si le médecin est d'avis que le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance, il doit, en outre :

1° consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique et du caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et du premier médecin consulté. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;

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 moet op schrift zijn gesteld. Het document wordt opgesteld, gedateerd en getekend door de patiënt zelf. Indien de patiënt daartoe niet in staat is, gebeurt het op schrift stellen door een meerderjarige persoon die gekozen is door de patiënt en geen materieel belang mag hebben bij de dood van de patiënt.

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

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

§ 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.

#### HOOFDSTUK III. — De wilsverklaring

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

— dat hij lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;

— hij niet meer bij bewustzijn is;

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

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

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

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

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

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

De wilsverklaring kan op elk moment aangepast of ingetrokken worden.

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

2° laisser s'écouler au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'euthanasie.

§ 4. La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. S'il n'est pas en état de le faire, sa demande est actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du patient.

Cette personne mentionne le fait que le patient n'est pas en état de formuler sa demande par écrit et en indique les raisons. Dans ce cas, la demande est actée par écrit en présence du médecin, et ladite personne mentionne le nom de ce médecin dans le document. Ce document doit être versé au dossier médical.

Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.

§ 5. L'ensemble des demandes formulées par le patient, ainsi que les démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le(s) rapport(s) du (des) médecin(s) consulté(s), sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

#### CHAPITRE III. — De la déclaration anticipée

Art. 4. § 1<sup>er</sup>. Tout majeur ou mineur émancipé capable peut, pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit, dans une déclaration, sa volonté qu'un médecin pratique une euthanasie si ce médecin constate :

— qu'il est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;

— qu'il est inconscient;

— et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.

La déclaration peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures, classées par ordre de préférence, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du patient. Chaque personne de confiance remplace celle qui la précède dans la déclaration en cas de refus, d'empêchement, d'incapacité ou de décès. Le médecin traitant du patient, le médecin consulté et les membres de l'équipe soignante ne peuvent pas être désignés comme personnes de confiance.

La déclaration peut être faite à tout moment. Elle doit être constatée par écrit, dressée en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant, datée et signée par le déclarant, par les témoins et, s'il échet, par la ou les personnes de confiance.

Si la personne qui souhaite faire une déclaration anticipée, est physiquement dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer, sa déclaration peut être actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du déclarant, en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant. La déclaration doit alors préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. La déclaration doit être datée et signée par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, s'il échet, par la ou les personnes de confiance.

Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe à la déclaration.

La déclaration ne peut être prise en compte que si elle a été établie ou confirmée moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté.

La déclaration peut être retirée ou adaptée à tout moment.

Le Roi détermine les modalités relatives à la présentation, à la conservation, à la confirmation, au retrait et à la communication de la déclaration aux médecins concernés, via les services du Registre national.

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

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

Onverminderd bijkomende voorwaarden die de arts aan zijn ingrijpen wenst te verbinden, moet hij vooraf :

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

De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen;

2° indien er een verplegend team is dat in regelmatig contact staat met de patiënt, de inhoud van de wilsverklaring bespreken met het team of leden van dat team;

3° indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen, het verzoek van de patiënt met hem bespreken;

4° indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen, de inhoud van de wilsverklaring bespreken met de naasten van de patiënt die door de vertrouwenspersoon zijn aangewezen.

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

#### HOOFDSTUK IV. — Aangifte

Art. 5. De arts die euthanasie heeft toegepast, bezorgt binnen vier werkdagen het volledig ingevulde registratiedocument bedoeld in artikel 7 van deze wet aan de in artikel 6 bedoelde federale controle- en evaluatiecommissie.

#### HOOFDSTUK V. — De Federale Controle- en Evaluatiecommissie

Art. 6. § 1. Er wordt een Federale Controle- en Evaluatiecommissie ingesteld inzake de toepassing van deze wet, hierna te noemen « de commissie ».

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

Het lidmaatschap van de commissie is onverenigbaar met het mandaat van lid van een van de wetgevende vergaderingen en met het mandaat van lid van de federale regering of van een gemeenschaps- of 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 de Senaat, voor een termijn van vier jaar, die kan worden verlengd. Het mandaat wordt van rechtswege beëindigd indien het lid de hoedanigheid waarin hij zetteit 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.

§ 2. Un médecin qui pratique une euthanasie, à la suite d'une déclaration anticipée, telle que prévue au § 1<sup>er</sup>, ne commet pas d'infraction s'il constate que le patient :

- est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;
  - est inconscient;
  - et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science;
- et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit préalablement :

1° consulter un autre médecin quant à l'irréversibilité de la situation médicale du patient, en l'informant des raisons de cette consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical et examine le patient. Il rédige un rapport de ses constatations. Si une personne de confiance est désignée dans la déclaration de volonté, le médecin traitant met cette personne de confiance au courant des résultats de cette consultation.

Le médecin consulté doit être indépendant à l'égard du patient ainsi qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée;

2° s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci;

3° si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir avec elle de la volonté du patient;

4° si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée du patient avec les proches du patient que la personne de confiance désigne.

La déclaration anticipée ainsi que l'ensemble des démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le rapport du médecin consulté, sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

#### CHAPITRE IV. — De la déclaration

Art. 5. Le médecin qui a pratiqué une euthanasie remet, dans les quatre jours ouvrables, le document d'enregistrement visé à l'article 7, dûment complété, à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation visée à l'article 6 de la présente loi.

#### CHAPITRE V. — La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation

Art. 6. § 1<sup>er</sup>. Il est institué une Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de la présente loi, ci-après dénommée « la commission ».

§ 2. La commission se compose de seize membres, désignés sur la base de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la commission. Huit membres sont docteurs en médecine, dont quatre au moins sont professeurs dans une université belge. Quatre membres sont professeurs de droit dans une université belge, ou avocats. Quatre membres sont issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable.

La qualité de membre de la commission est incompatible avec le mandat de membre d'une des assemblées législatives et avec celui de membre du gouvernement fédéral ou d'un gouvernement de communauté ou de région.

Les membres de la commission sont nommés, dans le respect de la parité linguistique — chaque groupe linguistique comptant au moins trois candidats de chaque sexe — et en veillant à assurer une représentation pluraliste, par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, sur une liste double présentée par le Sénat, pour un terme renouvelable de quatre ans. Le mandat prend fin de plein droit lorsque le membre perd la qualité en laquelle il siège. Les candidats qui n'ont pas été désignés comme membres effectifs sont nommés en qualité de membres suppléants, selon une liste déterminant l'ordre dans lequel ils seront appelés à suppléer. La commission est présidée par un président d'expression française et un président d'expression néerlandaise. Les présidents sont élus par les membres de la commission appartenant à leur groupe linguistique respectif.

La commission ne peut délibérer valablement qu'à la condition que les deux tiers de ses membres soient présents.

§ 3. La commission établit son règlement d'ordre Intérieur.

Art. 7. De commissie stelt een registratiedocument op dat door de arts, telkens wanneer hij euthanasie toepast, ingevuld moet worden.

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

- 1° de naam, de voornamen en de woonplaats van de patiënt;
- 2° de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV en de woonplaats van de behandelende arts;
- 3° de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV en de woonplaats van de arts(en) die over het euthanasieverzoek is (zijn) geraadpleegd;
- 4° de naam, de voornamen, de woonplaats en de hoedanigheid van alle personen die de behandelende arts heeft geraadpleegd, en de data van deze raadplegingen;
- 5° indien er een wilsverklaring is waarin een of meer vertrouwenspersonen worden aangewezen, de naam en de voornamen van de betrokken vertrouwensperso(n)en.

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

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

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

Art. 8. De commissie onderzoekt het volledig ingevulde registratiedocument dat haar door de behandelende arts is overgezonden. Zij gaat op basis van het tweede deel van het registratiedocument na of de euthanasie is uitgevoerd onder de voorwaarden en volgens de procedure bepaald in deze wet. In geval van twijfel kan de commissie bij gewone meerderheid besluiten om de anonimiteit op te heffen. Zij neemt dan kennis van het eerste deel van het registratiedocument. De commissie kan aan de behandelende arts elk element uit het medisch dossier dat betrekking heeft op de euthanasie opvragen.

Art. 7. La commission établit un document d'enregistrement qui doit être complété par le médecin chaque fois qu'il pratique une euthanasie.

Ce document est composé de deux volets. Le premier volet doit être scellé par le médecin. Il contient les données suivantes :

- 1° les nom, prénoms et domicile du patient;
- 2° les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du médecin traitant;
- 3° les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du (des) médecin(s) qui a (ont) été consulté(s) concernant la demande d'euthanasie;
- 4° les nom, prénoms, domicile et qualité de toutes les personnes consultées par le médecin traitant, ainsi que les dates de ces consultations;
- 5° s'il existait une déclaration anticipée et qu'elle désignait une ou plusieurs personnes de confiance, les nom et prénoms de la (des) personne(s) de confiance qui est (sont) intervenue(s).

Le premier volet est confidentiel. Il est transmis par le médecin à la commission. Il ne peut être consulté qu'après une décision de la commission, et ne peut en aucun cas servir de base à la mission d'évaluation de la commission.

Le deuxième volet est également confidentiel et contient les données suivantes :

- 1° le sexe et les date et lieu de naissance du patient;
- 2° la date, le lieu et l'heure du décès;
- 3° la mention de l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable dont souffrait le patient;
- 4° la nature de la souffrance qui était constante et insupportable;
- 5° les raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée d'irréductible;
- 6° les éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure;
- 7° si l'on pouvait estimer que le décès aurait lieu à brève échéance;
- 8° s'il existe une déclaration de volonté;
- 9° la procédure suivie par le médecin;
- 10° la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et les dates de ces consultations;
- 11° la qualité des personnes consultées par le médecin, et les dates de ces consultations;
- 12° la manière dont l'euthanasie a été effectuée et les moyens utilisés.

Art. 8. La commission examine le document d'enregistrement dûment complété que lui communique le médecin. Elle vérifie, sur la base du deuxième volet du document d'enregistrement, si l'euthanasie a été effectuée selon les conditions et la procédure prévues par la présente loi. En cas de doute, la commission peut décider, à la majorité simple, de lever l'anonymat. Elle prend alors connaissance du premier volet du document d'enregistrement. Elle peut demander au médecin traitant de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à l'euthanasie.

De commissie spreekt zich binnen twee maanden uit.	Elle se prononce dans un délai de deux mois.
Is de commissie van oordeel bij beslissing genomen door een tweederde meerderheid dat de in deze wet bepaalde voorwaarden niet zijn nageleefd, dan zendt zij het dossier over aan de procureur des Konings van de plaats van overlijden van de patiënt.	Lorsque, par décision prise à la majorité des deux tiers, la commission estime que les conditions prévues par la présente loi n'ont pas été respectées, elle envoie le dossier au procureur du Roi du lieu du décès du patient.
Als bij het opheffen van de anonimiteit blijkt dat er feiten of omstandigheden bestaan waardoor de onafhankelijkheid of de onpartijdigheid van het oordeel van een lid van de commissie in het gedrang komt, zal dit lid zich verschonen of kunnen gewraakt worden bij de behandeling van deze zaak in de commissie.	Lorsque la levée de l'anonymat fait apparaître des faits ou des circonstances susceptibles d'affecter l'indépendance ou l'impartialité du jugement d'un membre de la commission, ce membre se récusera ou pourra être récuse pour l'examen de cette affaire par la commission.
Art. 9. Ten behoeve van de Wetgevende Kamers stelt de commissie de eerste keer binnen twee jaar na de inwerkingtreding van deze wet en nadien tweemaal:	Art. 9. La commission établit à l'intention des Chambres législatives, la première fois dans les deux ans de l'entrée en vigueur de la présente loi, et, par la suite, tous les deux ans :
a) een statistisch verslag op waarin de informatie is verwerkt uit het tweede deel van het volledig ingevulde registratiedocument dat de artsen haar overeenkomstig artikel 8 hebben overgezonden;	a) un rapport statistique basé sur les informations recueillies dans le second volet du document d'enregistrement que les médecins lui remettent complété en vertu de l'article 8;
b) een verslag op waarin de toepassing van de wet wordt aangegeven en geëvalueerd;	b) un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la présente loi;
c) in voorkomend geval, aanbevelingen op die kunnen leiden tot een wetgevend initiatief en/of andere maatregelen inzake de uitvoering van deze wet.	c) le cas échéant, des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou d'autres mesures concernant l'exécution de la présente loi.
Teneinde deze opdrachten te vervullen, kan de commissie alle bijkomende inlichtingen inwinnen bij de diverse overheidsdiensten en instellingen. De inlichtingen die de commissie inwint zijn vertrouwelijk.	Pour l'accomplissement de ces missions, la commission peut recueillir toutes les informations utiles auprès des diverses autorités et institutions. Les renseignements recueillis par la commission sont confidentiels.
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.	Aucun de ces documents ne peut contenir l'identité d'aucune personne citée dans les dossiers remis à la commission dans le cadre du contrôle prévu à l'article 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.	La commission peut décider de communiquer des informations statistiques et purement techniques, à l'exclusion de toutes données à caractère personnel, aux équipes universitaires de recherche qui en feraient la demande motivée. Elle peut entendre des experts.
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. 10. Le Roi met un cadre administratif à la disposition de la commission en vue de l'accomplissement de ses missions légales. Les effectifs et le cadre linguistique du personnel administratif sont fixés par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, sur proposition des ministres qui ont la Santé publique et la Justice dans leurs attributions.
Art. 11. De werkingskosten en de personeelskosten van de commissie, alsook de vergoeding van haar leden, komen voor de ene helft ten laste van de begroting van de minister bevoegd voor de Volksgezondheid en voor de andere helft ten laste van de begroting van de minister bevoegd voor de Justitie.	Art. 11. Les frais de fonctionnement et les frais de personnel de la commission, ainsi que la rétribution de ses membres sont imputés par moitié aux budgets des ministres qui ont la Justice et la Santé publique dans leurs attributions.
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. 12. Quiconque prête son concours, en quelque qualité que ce soit, à l'application de la présente loi, est tenu de respecter la confidentialité des données qui lui sont confiées dans l'exercice de sa mission et qui ont trait à l'exercice de celle-ci. L'article 458 du Code pénal lui est applicable.
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 Wetgevende Kamers. Die termijn van zes maanden wordt geschorst gedurende de periode dat de Wetgevende Kamers ontbonden zijn en/of dat er geen regering is die het vertrouwen heeft van de Wetgevende Kamers.	Art. 13. Dans les six mois du dépôt du premier rapport et, le cas échéant, des recommandations de la commission, visés à l'article 9, les Chambres législatives organisent un débat à ce sujet. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période de dissolution des Chambres législatives et/ou d'absence de gouvernement ayant la confiance des Chambres législatives.

HOOFDSTUK VI. — *Bijzondere bepalingen*

**Art. 14.** Het verzoek en de wilsverklaring bedoeld in de artikelen 3 en 4 van deze wet hebben geen dwingende waarde.

Geen arts kan worden gedwongen euthanasie toe te passen.

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

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

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

**Art. 15.** Een persoon die overlijdt ten gevolge van euthanasie toepast 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

Nota

(1) *Zitting 1999-2000.*  
Senaat.

*Parlementaire bescheiden.* — Wetsvoorstel van de heer Mahoux, Mevr. Leduc, de heer Monfils en Mevr. Vanlerberghe, Nagy et De Roeck, 2-244 - nr. 1. — Amendementen, 2-244 - nr. 2.

*Zitting 2000-2001.*  
Senaat.

*Parlementaire bescheiden.* — Amendementen, 2-244 - nrs. 3 tot 20. — Advies van de Raad van State, 2-244 - nr. 21. — Verslag, 2-244 - nr. 22. — Tekst aangenomen door de verenigde commissies, 2-244 - nr. 23. — Bijlage, 2-244 - nr. 24.

*Zitting 2001-2002.*  
Senaat.

*Parlementaire bescheiden.* — Amendementen, 2-244 - nr. 25. — Tekst aangenomen in plenaire vergadering en overgezonden aan de Kamer van volksvertegenwoordigers, 2-244 - nr. 26.

*Handelingen van de Senaat.* — 23, 24 en 25 november 2001.

Kamer van volksvertegenwoordigers.

*Parlementaire bescheiden.* — Ontwerp overgezonden door de Senaat, 50-1488 - nr. 1. — Amendementen, 50-1488 - nrs. 2 tot 8. — Verslag, 50-1488 - nr. 9. — Amendementen, 50-1488 - nrs. 10 en 11. — Tekst aangenomen in plenaire vergadering en aan de Koning ter bekrachtiging voorgelegd, 50-1488 - nr. 12. — Beslissing van de overlegcommissie, 50-82/30.

Zie ook :

*Integraal verslag.* — 15 en 16 mei 2002.

CHAPITRE VI. — *Dispositions particulières*

**Art. 14.** La demande et la déclaration anticipée de volonté telles que prévues aux articles 3 et 4 de la présente loi n'ont pas de valeur contraignante.

Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie.

Aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie.

Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie, il est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle, en en précisant les raisons. Dans le cas où son refus est justifié par une raison médicale, celle-ci est consignée dans le dossier médical du patient.

Le médecin qui refuse de donner suite à une requête d'euthanasie est tenu, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.

**Art. 15.** La personne décédée à la suite d'une euthanasie dans le respect des conditions imposées par la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance.

Les dispositions de l'article 909 du Code civil sont applicables aux membres de l'équipe soignante visés à l'article 3.

**Art. 16.** La présente loi entre en vigueur au plus tard trois mois après sa publication au *Moniteur belge*.

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 28 mai 2002.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de la Justice,  
M. VERWILGHEN

Scellé du sceau de l'Etat :

Le Ministre de la Justice,  
M. VERWILGHEN

Note

(1) *Séssion 1999-2000.*  
Sénat.

*Documents parlementaires.* — Proposition de loi de M. Mahoux, Mme Leduc, M. Monfils et Mmes Vanlerberghe, Nagy et De Roeck, 2-244 - n° 1. — Amendements, 2-244 - n° 2.

*Séssion 2000-2001.*  
Sénat.

*Documents parlementaires.* — Amendements, 2-244 - n° 3 à 20. — Avis de Conseil d'Etat, 2-244 - n° 21. — Rapport, 2-244 - n° 22. — Texte adopté par les commissions réunies, 2-244 - n° 23. — Annexe, 2-244 - n° 24.

*Séssion 2001-2002.*  
Sénat.

*Documents parlementaires.* — Amendements, 2-244 - n° 25. — Texte adopté en séance plénière et transmis à la Chambre des représentants, 2-244 - n° 26.

*Annales du Sénat.* — 23, 24 et 25 novembre 2001.

Chambre des représentants.

*Documents parlementaires.* — Projet transmis par le Sénat, 50-1488 - n° 1. — Amendements, 50-1488 - n° 2 à 8. — Rapport, 50-1488 - n° 9. — Amendements, 50-1488 - n° 10 et 11. — Texte adopté en séance plénière et soumis à la sanction royale, 50-1488 - n° 12. — Décision de la commission de concertation, 50-82/30.

Voir aussi :

*Compte rendu intégral.* — 15 et 16 mai 2002.

## Bijlage 2 Registratiedocument euthanasie

### REGISTRATIEDOCUMENT EUTHANASIE

Formulier bij aangetekend schrijven met ontvangstbewijs te zenden naar de Federale Controle- en Evaluatiecommissie voor de toepassing van de wet betreffende de euthanasie, binnen de vier werkdagen na de euthanasie, op volgend adres :

*Federale Controle- en Evaluatiecommissie (FCEEC)  
Zelfbestuursstraat 4  
1070 Brussel*

**De verwijzingen naar de wetsartikelen in dit document, hebben betrekking op de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie. (Belgisch Staatsblad van 22 juni 2002)**

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

**Het verzoek om euthanasie** betreft de vraag om euthanasie van een zieke patiënt, die zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet kan gelenigd worden en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke door ziekte of ongeval veroorzaakte aandoening (art 3).

Daarentegen wordt met **een voorafgaande wilsverklaring** op voorhand om euthanasie gevraagd, voor het geval men, op een later moment in het leven, in een toestand van buitenbewustzijn zou belanden en deze toestand onomkeerbaar zou zijn en men zou lijden aan een ernstige door ziekte of ongeval veroorzaakte aandoening (art. 4).

Bovenstaande omkaderde tekst werd in overweging genomen (het vakje aanstippen) :



**DEEL I**

Persoonlijke informatie met betrekking tot de patiënt(e), de arts, de geraadpleegde artsen en anderen

***Dit deel is strikt vertrouwelijk. Het moet door de arts worden verzegeld en mag slechts bij beslissing van de commissie worden geopend. Het mag in geen geval gebruikt worden voor de evaluatietask van de commissie ten behoeve van de wetgevende kamers.***

1. de patiënt(e)

1.1. naam :

1.2. voornaam :

1.3. woonplaats :

2. de arts

2.1. naam :

2.2. voornaam :

2.3. registratienummer RIZIV:

2.4. woonplaats :

3. artsen waarvan de raadpleging verplicht is :

3.1 een andere arts (in ieder geval, art 3, § 2, 3° en art. 4, § 2,1°)

naam :

voornaam :

woonplaats :

registratienummer RIZIV :

datum van raadpleging :

3.2. indien de arts van oordeel is dat de patiënt niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, een tweede geraadpleegde arts (art.3, § 3,1°) :

naam :

voornaam :

woonplaats :

registratienummer RIZIV :

datum raadpleging :

4. andere personen (zoals o.m. voorzien in art.3, §2, 4°, 5°,6° en art. 4, § 2, 2°, 3°, 4°)

4.1. naam :

    voornaam :

    hoedanigheid :

    woonplaats :

    datum raadpleging :

4.2. naam :

    voornaam :

    hoedanigheid :

    woonplaats :

    datum raadpleging:

4.3. naam :

    voornaam :

    hoedanigheid :

    woonplaats :

    datum raadpleging :

4.4. naam :

    voornaam :

    hoedanigheid :

    woonplaats :

    datum raadpleging :

4.5. naam :

    voornaam :

    hoedanigheid :

    woonplaats :

    datum raadpleging :

4.6. **Als het gaat om een euthanasie uitgevoerd op basis van een voorafgaande wilsverklaring**

    naam van de eventueel aangeduide 1<sup>ste</sup> vertrouwenspersoon :

    voornaam :

    datum raadpleging :

    naam van de eventueel aangeduide 2<sup>ste</sup> vertrouwenspersoon :

    voornaam :

    datum raadpleging :

**DATUM, HANDTEKENING EN STEMPEL VAN DE ARTS**

## DEEL II

### Voorwaarden en procedure waaronder de euthanasie werd uitgevoerd

*Ook dit deel van het document is strikt vertrouwelijk ; het zal dienen om de commissie toe te laten na te gaan of de euthanasie is uitgevoerd volgens de voorwaarden en procedure bepaald in de wet.*

**Het mag geen naam bevatten (noch van de patiënt, de arts, de instelling, enz.)**

1. de patiënt(e) (naam niet vermelden)

1.1. plaats en datum van geboorte :

1.2. geslacht :

2. datum van overlijden : (d,m,j)

uur van overlijden :

plaats van overlijden (aankruisen) :

thuis

ziekenhuis

ouderenzorgvoorziening

andere

3. aard van de ernstige en ongeneeslijke door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening waaraan de patiënt(e)leed (preciese diagnose) : (max. 6 regels)

<p><b>Indien de euthanasie werd uitgevoerd bij een patiënt(e) die niet meer bij bewustzijn was, op basis van een voorafgaande wilsverklaring, de punten 4 tot en met 12 overslaan en onmiddellijk naar punt 13 gaan.</b></p>
<p>4. aard en beschrijving van het aanhoudend en ondraaglijk lijden :</p>
<p>5. redenen waarom dit lijden niet kon worden gelenigd :</p>
<p>6. elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk :</p>
<p>7. kon aangenomen worden dat de patiënt(e) binnen afzienbare termijn zou overlijden ?  ja <input type="checkbox"/>                      neen <input type="checkbox"/></p>
<p>8. procedure gevolgd door de arts (art. 3) (aankruisen en vervolledigen indien nodig)</p> <p><input type="checkbox"/> het bestaan van een op schrift gesteld verzoek om euthanasie (art.3,§ 4)  datum van het verzoek :</p> <p><input type="checkbox"/> opgesteld, gedateerd en getekend door de patiënt(e) :  of</p> <p><input type="checkbox"/> opgesteld, gedateerd en getekend zijn, in bijzijn van een arts, door een meerderjarige derde die gekozen is door de patiënt(e) en geen materieel belang heeft bij het overlijden van de betrokkene</p> <p><input type="checkbox"/> de redenen vermeld waarom de patiënt(e) niet in staat was zijn/haar verzoek op schrift te stellen en te tekenen</p> <p><input type="checkbox"/> de patiënt(e) informeren over zijn/haar gezondheidstoestand en zijn/haar levensverwachtingen (art. 3,§ 2,1°)</p> <p><input type="checkbox"/> overleg met de patiënt(e) over het verzoek tot euthanasie (art.3,§ 2, 1°)</p> <p><input type="checkbox"/> de patiënt(e) informeren over de resterende therapeutische mogelijkheden en gevolgen (art. 3, § 2,1°)</p> <p><input type="checkbox"/> de patiënt(e) informeren van palliatieve zorg en consequenties (art. 3, § 2, 1°)</p> <p><input type="checkbox"/> aanhoudend fysiek of psychisch lijden van de patiënt(e) (art.3, § 2, 2°)</p> <p><input type="checkbox"/> herhaald verzoek tot euthanasie (art. 3, § 2, 2°)</p> <p><input type="checkbox"/> het verzoek om euthanasie met leden van het verplegend team bespreken (art.3 , § 2,4°)</p> <p><input type="checkbox"/> het verzoek om euthanasie met naasten aangeduid door de patiënt(e) bespreken (art.3,§ 2,5°)</p> <p><input type="checkbox"/> het verzoek om euthanasie met de personen die hij/zij wenste te ontmoeten bespreken (art.3, § 2,6°)</p> <p><input type="checkbox"/> het verloop van de gevolgde procedure en de geschreven documenten zijn opgetekend in het medisch dossier (art.3, § 5)</p>

<p>9. onafhankelijke artsen waarvan de raadpleging verplicht is (identiteit niet vermelden) :</p> <p>9.1.een andere arts (in ieder geval, art.3, §2, 3°)</p> <p>hoedanigheid arts :</p> <p>datum van raadpleging voor wat betreft de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening en het aanhoudend ondraaglijk en niet te lenigen lijden :</p> <p>advies van de op die punten geraadpleegde arts (volgens zijn geschreven verslag) :</p> <p>9.2. eventueel een tweede arts (in het geval voorzien in art. 3, §3, 1°)</p> <p>hoedanigheid arts :</p> <p>datum van raadpleging voor wat betreft het aanhoudend en ondraaglijk en niet te lenigen lijden en het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van het verzoek :</p> <p>advies van de op die punten geraadpleegde arts (volgens zijn geschreven verslag) :</p>
<p>10. geraadpleegde andere personen of instanties (identiteit niet vermelden) :</p> <p>10.1. hoedanigheid :</p> <p>datum raadpleging :</p> <p>10.2. hoedanigheid :</p> <p>datum raadpleging :</p> <p>10.3. hoedanigheid :</p> <p>datum raadpleging :</p> <p>10.4. hoedanigheid :</p> <p>datum raadpleging :</p> <p>10.5. hoedanigheid :</p> <p>datum raadpleging :</p>
<p>11. de wijze waarop en de middelen waarmee de euthanasie werd toegepast :</p>
<p>12. bijkomende inlichtingen die de arts wenst te verstrekken :</p>

<b>De punten 13 tot en met 19 hieronder betreffen een euthanasie uitgevoerd bij een patiënt(e) die niet meer bij bewustzijn was, op basis van een voorafgaande wilsverklaring</b>	
13.	<input type="checkbox"/> bestaan van een behoorlijk opgemaakte voorafgaande wilsverklaring volgens het model vastgesteld bij K.B. van 2 april 2003 Aanstippen en vervolledigen : datum van deze verklaring : <input type="checkbox"/> opgesteld, gedateerd en getekend door de patiënt(e) <input type="checkbox"/> opgesteld, gedateerd en getekend, indien de patiënt(e) fysiek daartoe niet in staat was, door een meerderjarige derde die geen materieel belang heeft bij het overlijden van de betrokkene <input type="checkbox"/> de redenen van die onmogelijkheid worden opgegeven <input type="checkbox"/> een medisch attest dat die onmogelijkheid vaststelt is toegevoegd <input type="checkbox"/> één of meerdere vertrouwenspersonen werden aangeduid <input type="checkbox"/> het verloop van de gevolgde procedure en de geschreven documenten zijn opgetekend in het medisch dossier (art. 4, § 2, 4°)
14.	<input type="checkbox"/> de bewusteloze toestand van de patiënt(e) was onomkeerbaar
15.	<input type="checkbox"/> onafhankelijk geraadpleegde arts (art.4, § 2, 1°) : hoedanigheid van de arts : datum van de raadpleging : advies van de arts betreffende de onomkeerbare medische toestand van de patiënt(e) :
16.	<input type="checkbox"/> onderhoud met de eventueel in de voorafgaande wilsverklaring aangeduide vertrouwensperso(n)en(en) (art .4, § 2, 3°) <input type="checkbox"/> onderhoud met het verzorgend team (art. 4, § 2, 2°) <input type="checkbox"/> onderhoud met de naasten van de patiënt(e), aangeduid door de vertrouwenspersoon (art.4, § 2, 4°)
17.	andere geraadpleegde personen of instanties ( <b>naam niet vermelden</b> ) 17.1. hoedanigheid : datum raadpleging : 17.2. hoedanigheid : datum raadpleging : 17.3. hoedanigheid : datum raadpleging : 17.4. hoedanigheid : datum raadpleging :
18.	de wijze waarop en de middelen waarmee de euthanasie werd toegepast :
19.	bijkomende inlichtingen die de arts wenst te verstrekken :