

# RICHTLIJN EUTHANASIE

voor hulpverleners

## Abstract

Deze richtlijn euthanasie wil de hulpverleners in Vlaanderen ondersteunen bij de exploratie en uitvoering van de euthanasie en dit bij meerderjarigen.

# 1 COLOFON

---

De eerste versie van de Nederlandse richtlijn Euthanasie werd in 1996 geschreven als onderdeel van de richtlijnen palliatieve zorg van het Integraal Kankercentrum Midden Nederland. De richtlijn werd in 2005 herschreven door Besse TC., Hesselmann GM. en Schuurmans J. en opgenomen in de eerste druk van het richtlijnenboek van de Vereniging van Integrale kankercentra.

In 2002 verscheen de versie 2.0 van de richtlijn. In 2012 werd de inhoud aangepast aan de inhoud van de KNMG/KNMP richtlijn 'Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding'. Deze teksten vormden een basis voor de opstelling van deze eerste **Richtlijn Uitvoering Euthanasie** van de FPZV.

## **De richtlijn werd geschreven en vertaald naar de Vlaamse situatie in de periode 2015-2018 door de auteursgroep:**

Martine De Laat - anesthesist, arts palliatieve zorg UZ Gent  
Christine De Coninck - verpleegkundige palliatieve zorg UZ Gent  
Noël Derycke - huisarts - equipearts MBE Palliatieve Hulpverlening Antwerpen  
Gert Huysmans - huisarts, equipearts MBE Netwerk Palliatieve Zorg Noorderkempen; arts palliatieve zorg CODA; voorzitter Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen  
Veerle Coupez - verpleegkundige - coördinator onderzoekscluster en lector verpleegkunde - Howest Kennispunt Mantelzorg, voorzitter werkgroep verpleegkundigen palliatieve zorg NVKVV

## **Bijkomende adviezen werden geformuleerd door het expertcomité:**

*"Het expertcomité neemt geen verantwoordelijkheid op voor de richtlijn als geheel, maar enkel voor haar antwoorden die op specifieke vragen werden geformuleerd. De bijeenkomst was eenmalig, waarna een verslag volgde met een synthese van de geformuleerde antwoorden. Elk lid van het expertcomité kreeg het verslag toegestuurd en werd gevraagd dit te commentariëren. Op basis van de reacties werd een definitieve versie van de antwoorden geformuleerd die dan als zodanig in de richtlijn werden opgenomen. De experts werden individueel uitgenodigd en hen werd gevraagd zich met de geformuleerde antwoorden individueel akkoord te verklaren, en dus niet als vertegenwoordiger van eventuele organisaties.*

Marc Cosyns - huisarts, docent UGent, vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg  
Patrick Cras - neuroloog, UZA, hoogleraar Universiteit Antwerpen  
Luc Deliens – medisch socioloog, End-of-Life Care Research Group, hoogleraar VUB & UGent  
Marc Desmet- arts palliatieve zorg PZE & PST, JESSA ziekenhuis Hasselt  
Marc Lemiengre - huisarts  
Jo Lisaerde - huisarts, docent KU Leuven, ACHG  
Herman Nys - jurist, gewoon hoogleraar emeritus Medisch Recht KU Leuven  
Walter Rombouts - psycholoog, PST Leuven; opleider Perspectief  
Patrick Simons- huisarts, equipearts MBE Omega vzw, Wemmel  
Sigrid Sterckx - filosoof; Professor of Ethics and Political and Social Philosophy, Departement filosofie en moraalwetenschappen UGent  
Sylvie Tack - jurist, advocaat gezondheidsrecht, gastprofessor UAntwerpen  
Marc Tanghe - verpleegkundige, onderzoeker, End-of-Life Care Research Group VUB & UGent  
Bert Vanderhaegen - ethicus, hoofdaalmoezenier in het UZ Gent  
Ria Vandermaesen - coördinator, Palliatief Netwerk Arrondissement Leuven  
Robert Vander Stichele (moderator) - huisarts, farmacoloog, End-of-Life Care Research Group, hoogleraar VUB & UGent

**Deze versie werd nagelezen en aangevuld door:**

Christophe Blanckaert - apotheker  
Nico Bleyaert - anesthesist, arts palliatieve zorg Algemeen Stedelijk Ziekenhuis Aalst  
Mieke De Pril - verpleegkundige UZ Leuven  
Ria De Vos - verpleegkundige palliatieve zorg , Netwerk Palliatieve Zorg vzw De Mantel  
Wim Duran - psycholoog Netwerk Palliatieve Zorg Aalst – Ninove - Dendermonde  
Tom Goffin - jurist, Interfacultair Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht KU Leuven  
Susanne Op de Beeck - projectverantwoordelijke e-Health, patiëntenrechten en voorafgaande zorgplanning bij het Vlaams Patiëntenplatform  
Martine Wolfaert - verpleegkundige palliatieve zorg, CODA, Netwerk Palliatieve Zorg Noorderkempen

Alle affiliaties hebben betrekking op de periode waarin de richtlijn geschreven werd.

**Citeren als:**

*De Laat M, De Coninck C, Derycke N, Huysmans G, Coupez V. Richtlijn Uitvoering Euthanasie. Oktober 2018. Toegankelijk via [www.pallialine.be](http://www.pallialine.be).*

De auteursgroep heeft bij het opstellen van deze richtlijn de beschikbare literatuur en ervaringen in het werkveld gebruikt om de diverse onderwerpen te onderbouwen. De auteursgroep is zich bewust van de moeilijkheid om een wettekst om te zetten naar een richtlijn die het handelen van medische hulpverleners bij een verzoek van euthanasie kan ondersteunen. De auteursgroep is zich bewust van de contextgevoelige interpretatie van de wetgeving. De auteursgroep engageert zich om deze richtlijn continu te evalueren en eventueel bij te sturen. Daarom doet ze een beroep op de lezers en haar “gebruikers” om onduidelijkheden, ongerijmdheden en tekorten te signaleren.

Dit kan via email: [info@pallialine.be](mailto:info@pallialine.be) . Ieder bericht krijgt een antwoord en indien de evidentie en/of de expertise dit aantoont wordt er een aanpassing gedaan. Deze richtlijn wordt dan geen statisch gegeven maar een levendig werkstuk gevoed vanuit de basis en verder onderbouwd door wetenschappelijk onderzoek.

De auteursgroep richtlijn euthanasie op [www.pallialine.be](http://www.pallialine.be)

1	Colofon	1
2	Verantwoording	5
3	Inleiding	6
4	Evolutie van de aangegeven euthanasie-uitvoeringen	7
5	Het wetgevend kader en de zorgvuldigheidscriteria	8
5.1	Bij het stellen van de indicatie en het uitvoeren van euthanasie op basis van een actueel verzoek dienen de in de Euthanasiewet genoemde voorwaarden door de arts in acht genomen te worden.	9
5.2	Aanvullende informatie en bemerkingen	10
6	Van vraag tot verzoek	13
6.1	Praktische aanpak voor de exploratie van het euthanasieverzoek	13
6.2	Besluitvorming	14
6.3	Weigering van een arts om in te gaan op een verzoek	14
7	De opschriftstelling van het verzoek	16
8	Euthanasie op basis van een wilsverklaring	17
8.1	Wettelijke voorwaarden	17
8.2	Aandachtspunten:	18
9	Hulp bij zelfdoding	19
10	Extra voorlichting aan de patiënt en zijn naasten	20
11	Besluitvorming en procedure	21
11.1	Algemeen	21
11.2	Patiënten met een verlaagd bewustzijn	21
	Bij patiënten met een verlaagd bewustzijn kan de situatie gecompliceerd zijn.	21
12	De rol van de verpleegkundige	22
12.1	Signaleren van de Euthanasievraag	22
12.2	Besluitvorming	22
12.3	Bij de uitvoering	23
12.4	Rol van de verpleegkundige: advies expertgroep	23
13	Uitvoering van euthanasie	25
13.1	Inleiding	25
13.2	Vorbereiding	25
13.3	Bestellen van medicatie	25
13.4	Inbrengen van een intraveneuze lijn	27
13.5	Bereiding van de medicatie	28
		31
13.6	Planning van de uitvoering	31
14	Nazorg	33
14.1	Voor de naasten	33

14.2	Nabespreking met de betrokken hulpverleners	33
15	KERNBOODSCHAPPEN	34
16	De aangifte	37
16.1	Invullen van het overlijdensattest (Model IIIC)	37
16.2	Formele documenten	37
16.3	Registratie euthanasie	37
17	28 MEI 2002. - Wet betreffende de euthanasie. B.S. 22.06.2002	38
18	Voorbeeld van een schriftelijk verzoek tot euthanasie	46
19	Voorbeeld voor schriftelijk verzoek tot euthanasie	47
20	Formulier van wilsverklaring inzake euthanasie	48
21	literatuur	53

## 2 VERANTWOORDING

---

Als blijkt dat genezing niet meer mogelijk is, komen bij de zieke, zijn familie en naasten onvermijdelijk vragen naar boven rond het levenseinde en levenseinde-beslissingen. Elke hulpverlener wordt hiermee geconfronteerd.

Sinds de legalisering van euthanasie in 2002 behoren daarbij in toenemende mate vragen rond euthanasie. Het uitklaren van euthanasievragen tot en met de voorbereiding en uitvoering van de euthanasie maken deel uit van het werk aan het levenseinde.

Goede palliatieve zorg is het fundament waarop een zorgvuldig beslissingsproces aan het levenseinde wordt gebouwd. De holistische aanpak van palliatieve zorg biedt de waarborg voor een sereen en evenwichtig beslissingstraject.

Euthanasie is geen normaal medisch handelen en het behoort tot de individuele vrijheid van elke hulpverlener om hier al dan niet actief bij betrokken te worden. Hulpverleners in palliatieve zorg en palliatieve equipes nemen in alle zorgvoorzieningen de vraag om euthanasie op in hun werking.

**Deze richtlijn wil ondersteuning bieden bij het volledige traject vanaf een informatievraag over euthanasie t.e.m. de uitvoering van de euthanasie. Ze geeft handvatten over de uitklaring van de vraag, de communicatieve aspecten, de medisch-technische uitvoering en de nazorg. De auteursgroep is multidisciplinair samengesteld en de richtlijn richt zich tot elke hulpverlener die met euthanasievragen wordt geconfronteerd. Deze richtlijn beperkt zich tot de euthanasievraag van meerderjarigen, ook al is sinds de aanpassing van de wet onder bepaalde voorwaarden euthanasie bij minderjarigen mogelijk. Dit vraagt evenwel een aparte richtlijn.**

De richtlijn is gebaseerd op de beperkte literatuur die over de euthanasiepraktijk voorhanden is, op de wet betreffende euthanasie van 2002 en voor enkele specifieke vragen op de standpunten van een expertcomité.

Over sommige aspecten vonden de redactie en auteursgroep geen duidelijk antwoord, noch in de wet euthanasie, noch in de bestaande literatuur. De interpretatie van de wet in de praktijk lijkt niet eenduidig. Daarom legden de redactie en de auteursgroep enkele vragen voor aan een expertcomité met als doel over deze aspecten de hulpverlener handvatten aan te reiken over wat als 'good clinical practice' kan worden beschouwd in enkele specifieke omstandigheden.

### 3 INLEIDING

---

De Wet euthanasie werd in het Belgisch Parlement goedgekeurd op 28 mei 2002. Sinds 22 september 2002 (3 maanden na de publicatie van deze wet in het Belgisch Staatsblad: 22 juni 2002) kan de arts bij de patiënt die hiertoe een verzoek doet, de euthanasie uitvoeren mits bepaalde voorwaarden nageleefd worden.

Het doel van deze richtlijn is om duidelijkheid te geven over de criteria waaraan de uitvoering van euthanasie wordt getoetst en om een leidraad te zijn voor een zorgvuldige procedurele en farmacologische werkwijze.

In deze richtlijn verstaan wij onder euthanasie: **het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een arts en dit op het uitdrukkelijke verzoek van de betrokken patiënt.**

#### **VALLEN NIET ONDER HET BEGRIP EUTHANASIE:**

1. Keuzes in verband met *curatief of levensverlengend handelen*

Een curatieve of levensverlengende behandeling opstarten of nalaten, voortzetten of stopzetten. Dit omvat ook de weigering van de patiënt om behandeling te volgen.

#### **Noot**

Iedere patiënt, zolang hij wilsbekwaam wordt geacht, heeft het recht een behandeling te weigeren (ook al wordt zijn leven door deze weigering mogelijk verkort).<sup>1</sup>

2. Keuzes in verband met *palliatief handelen en symptoomcontrole*

Het geheel van behandelingen dat erop gericht is op een actieve wijze de levenskwaliteit en het comfort van de ongeneeslijk zieke patiënt te maximaliseren inclusief palliatieve sedatie.

#### **Noot**

Indien medicatie ter verlichting van het lijden op juiste indicatie en in de juiste dosering wordt toegediend (bijv. morfine bij pijn of benauwdheid getitreerd op geleide van de klachten of midazolam in een dosering die vereist is om het bewustzijn van de terminale patiënt zoveel te verlagen als nodig om een of meerdere refractaire symptomen op adequate wijze te verlichten), zal de patiënt niet eerder overlijden door deze medicatie (zie voor uitgebreide informatie de desbetreffende richtlijnen: [www.pallialine.be](http://www.pallialine.be)). Het is aangewezen dat de arts de indicatie, de keuze voor het soort medicatie en de dosering nauwkeurig noteert in het patiëntendossier. De patiënt overlijdt ten gevolge van het ziekteproces en er is geen sprake van euthanasie.

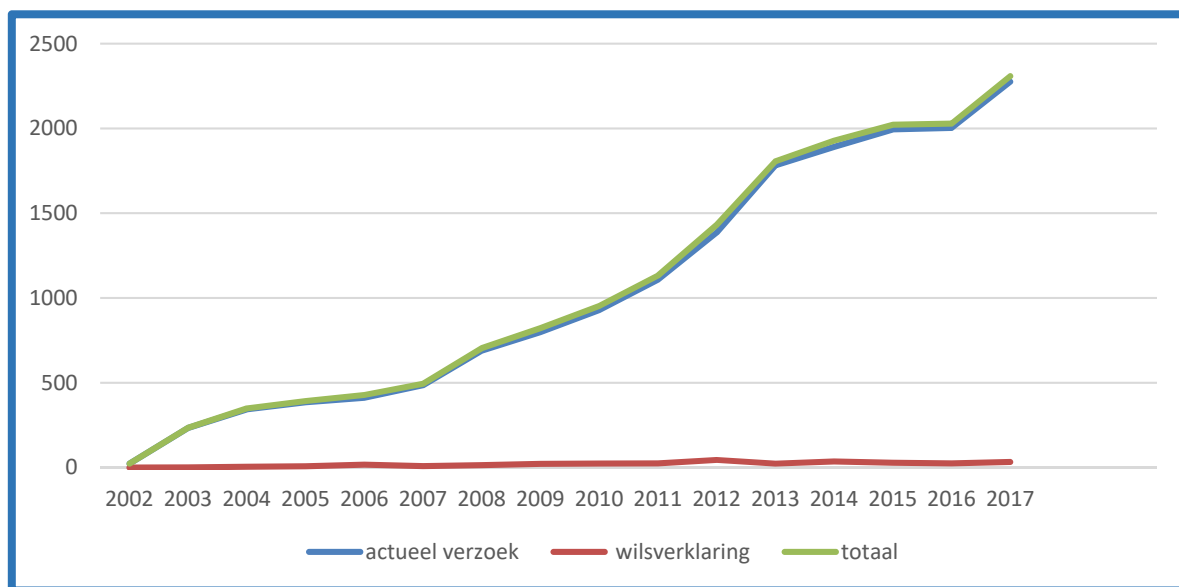
3. Keuzes in verband met *actieve levensbeëindiging*, waarbij doelgericht lethale medicatie wordt toegediend, zonder verzoek van de betrokkene.

---

<sup>1</sup> Wet 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt

## 4 EVOLUTIE VAN DE AANGEGEVEN EUTHANASIE-UITVOERINGEN

---



Figuur 1 aantal aangegeven euthanasie uitvoeringen per jaar<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Bron: Verslagen Federale controle- en evaluatiecommissie [www.health/euthanasie](http://www.health/euthanasie)



## 5 HET WETGEVEND KADER EN DE ZORGVULDIGHEIDSCRITERIA

---

Euthanasie wordt door de wet omschreven als “het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene op diens verzoek”.

*Essentieel daarbij is dat de vraag naar euthanasie enkel van de patiënt kan komen.*

De patiënt die euthanasie vraagt moet aan volgende voorwaarden voldoen:

- de patiënt is
  - een handelingsbekwame meerderjarige
  - of een handelingsbekwame ontvoogde minderjarige<sup>4</sup>
  - of een oordeelsbekwame minderjarige en bewust op het ogenblik van zijn verzoek;
- het verzoek is
  - vrijwillig,
  - overwogen,
  - herhaald
  - en niet tot stand gekomen als gevolg van enige externe druk;
- de meerderjarige of ontvoogde minderjarige patiënt
  - bevindt zich in een medisch uitzichtloze toestand van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden,
  - die het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;
- de minderjarige patiënt (die oordeelsbekwaam<sup>5</sup> is)
  - bevindt zich in een medisch uitzichtloze toestand van aanhoudend en ondraaglijk fysiek lijden dat niet gelenigd kan worden,
  - die binnen afzienbare termijn het overlijden tot gevolg heeft
  - en die het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening.

Pas als hieraan is tegemoetgekomen, is de vraag ontvankelijk en kan de verdere procedure starten.

---

<sup>4</sup> Door ontvoogding wordt een minderjarige handelingsbekwaam en kan hij zelfstandig beslissen over zijn persoon en goederen. Ontvoogding is mogelijk bij een minderjarige die de leeftijd van vijftien jaar heeft bereikt. De ontvoogding gebeurt door de jeugdrechtbank op verzoek van (één van) de ouders of de voogd. Het huwelijk van de minderjarige heeft van rechtswege zijn ontvoogding tot gevolg.

<sup>5</sup> Oordeelsbekwaam houdt in dat de persoon tot een besluitvormingsproces in staat is. Het is vermogen om een oordeel te vormen en te uiten. De beoordeling van de oordeelsbekwaamheid gebeurt door de arts.

## 5.1 BIJ HET STELLEN VAN DE INDICATIE EN HET UITVOEREN VAN EUTHANASIE OP BASIS VAN EEN ACTUEEL VERZOEK DIENEN DE IN DE EUTHANASIEWET GENOEMDE VOORWAARDEN DOOR DE ARTS IN ACHT GENOMEN TE WORDEN.

Deze **voorwaarden** houden in dat de **arts**:

- de patiënt inlicht over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting, met de patiënt overlegt over zijn verzoek tot euthanasie en met hem de eventueel nog resterende therapeutische en palliatieve mogelijkheden en hun voor- en nadelen bespreekt;
- met de patiënt tot de overtuiging komt 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;

De arts moet aannemelijk maken dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt.

Vanuit dit oogpunt is het wenselijk dat het bespreken van een dergelijk verzoek plaatsvindt op een moment dat er sprake is van een periode van stabiliteit, waarin de symptomen goed worden behandeld en de patiënt zich veilig voelt.

- zich verzekert 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;
- een andere arts raadpleegt over de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening en hem op de hoogte brengt van de reden 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. Dit consult dient plaats te vinden voordat concrete afspraken over de uitvoering van de levensbeëindiging zijn gemaakt.  
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;
- het verzoek van de patiënt bespreekt met de verpleegkundige of het verplegend team dat in regelmatig contact staat met de patiënt;

Goede palliatieve zorg, goede levenseindezorg, is bij uitstek multidisciplinaire zorg. Hoewel wettelijk niet vereist, is het duidelijk dat goede praktijkvoering ook bij een euthanasieverzoek een actieve betrokkenheid van het verzorgende team vereist.

- het verzoek van de patiënt bespreekt met de naasten van de patiënt indien de patiënt dit wenst;
- zich ervan verzekert dat de patiënt de gelegenheid heeft gehad om over zijn verzoek te spreken met de personen die hij wenste te ontmoeten;
- indien de arts van oordeel is dat de patiënt niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, moet de arts bovendien:
  - naast de eerste (adviserende) arts nog een tweede arts raadplegen, die psychiater is of specialist in

- o de aandoening in kwestie, en hem op de hoogte brengen van de reden voor deze raadpleging.
- o 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.
- o De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging;
- o minstens één maand laten verlopen tussen het schriftelijk verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie.

De arts zal in het patiëntendossier zijn voorlichting aan en het overleg met de patiënt nauwkeurig vastleggen.

## 5.2 AANVULLENDE INFORMATIE EN BEMERKINGEN

### 5.2.1 Handelingsbekwaam, wilsbekwaam en bewust

- **Handelings(on)bekwaamheid** duidt op de (on)mogelijkheid om juridisch gezien zelf en zelfstandig zijn subjectieve rechten te kunnen uitoefenen of rechtsgeldig zijn wil te kunnen uiten. Het gaat hier om een juridische (on)bekwaamheid. Wie al dan niet handelingsbekwaam is wordt door het recht bepaald. De categorieën van personen die handelingsonbekwaam zijn worden in het Burgerlijk Wetboek expliciet aangeduid. Het gaat hier om niet-ontvoogde minderjarigen, verlengd minderjarigen en gerechtelijk onbekwaam verklaarden onder de vorige wetgeving, of meerderjarige beschermde personen sinds de aanpassing van de wet.
- De patiënt die een actueel verzoek formuleert, moet **wilsbekwaam zijn** en dit blijven gedurende de exploratie van zijn verzoek. Alhoewel dit nergens in de wet expliciet wordt gesteld, kan dit worden afgeleid uit de voorwaarde dat het verzoek om euthanasie **overwogen** moet zijn.
- Wilsbekwaamheid houdt in dat de persoon tot een wils- en besluitvormingsproces in staat is. De behandelende arts moet nagaan of de patiënt alle informatie goed heeft begrepen, de informatie op de situatie kan toepassen en ten volle de gevolgen van zijn beslissing beseft. De beoordeling van de wilsbekwaamheid van de patiënt gebeurt door de arts die de euthanasie uitvoert. Dementerende, psychiatrische of geesteszieke patiënten mogen niet per definitie als wilsbekwaam worden beschouwd. In deze situaties bij fluctuerende wilsbekwaamheid moet telkens worden nagegaan of de betrokken patiënt tot een vrijwillige en weloverwogen besluitvorming in staat is.
- Op het moment van het euthanasieverzoek **moet de patiënt bewust zijn**. Hij moet dus zijn wil kenbaar kunnen maken. Naasten kunnen dit niet in zijn plaats. Deze vereiste is eigenlijk de tegenhanger van artikel 4 van de Euthanasiewet waarin de patiënt een euthanasieverklaring kan opstellen voor het geval hij in een onomkeerbare toestand van niet-bewustzijn terechtkomt, nl. een coma of een permanente vegetatieve toestand.
- **Oordeelsbekwame minderjarige**: sinds 2015 is euthanasie mogelijk bij oordeelsbekwame minderjarigen. De complexiteit van deze vragen overstijgt deze richtlijn.

### 5.2.2 Vrijwillig, overwogen en herhaald verzoek

- **Vrijwillig**  
Het verzoek moet van de patiënt komen. Familieleden of anderen kunnen niet om euthanasie van een patiënt vragen. Zelfs al zouden zij de wens van de patiënt vertolken.

Vrijwilligheid impliceert voorts ook dat het verzoek tot stand is gekomen zonder externe druk van financiële, sociale, psychologische, economische aard. Dit betekent evenwel niet dat de behandelende arts de mogelijkheid van euthanasie niet als eerste ter sprake kan brengen. Enkel een volledig geïnformeerde patiënt kan tot een weloverwogen beslissing komen.

- **Overwogen**

Deze voorwaarde impliceert dat het euthanasieverzoek de werkelijke wil van de patiënt vertolkt. De arts moet nagaan wat de motivatie is van de vraag tot euthanasie, en of er achter de euthanasievraag geen onderliggende vraag schuilt. Enkel een wilsbekwame patiënt kan een weloverwogen verzoek stellen.

- **Herhaald en duurzaam**

Het verzoek moet meerdere keren verwoord worden. Deze herhalingen moeten niet schriftelijk vastgelegd worden door de patiënt maar wel genoteerd worden in zijn dossier. Het verzoek moet bovendien duurzaam zijn. Dit houdt in dat ook tussen de herhalingen door de wil tot euthanasie moet blijven bestaan. Door de vereiste van duurzaamheid wil men vermijden dat enkel bij momenten van ondraaglijk lijden, bijvoorbeeld door onvoldoende symptoomcontrole, de wens tot euthanasie zou bestaan.

### 5.2.3 Medisch uitzichtloze toestand van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden

- **Medisch uitzichtloze toestand**

Voor de uitzichtloosheid van het lijden is het medisch oordeel bepalend. Wanneer men de situatie van de patiënt niet met een 'aanvaardbare' medische behandeling kan verbeteren of stabiliseren, spreekt men van medische uitzichtloosheid. De arts bepaalt dit op basis van zijn expertise en op wetenschappelijke bewijzen of evidentie. De wet vereist niet dat de patiënt aan die aandoening moet sterven of dat de aandoening een terminaal karakter heeft. De patiënt heeft eveneens het recht een behandeling te weigeren. Het is aan de arts om te bepalen of dan aan de voorwaarde van medische uitzichtloosheid is voldaan.

- **Ondraaglijk fysiek of psychisch lijden**

De ondraaglijkheid van het lijden is veel sterker subjectief bepaald dan de medische uitzichtloosheid van het lijden. De ondraaglijkheid van het lijden hoort toe aan de patiënt. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden beperkt zich niet tot fysieke symptoomlast. Ook psychisch lijden op basis van aftakeling en ontluistering, verlies van waardigheid, angst om niet waardig te kunnen sterven zijn redenen om op een verzoek in te gaan.

Tijdens de exploratie van het verzoek wordt getracht de ondraaglijkheid en het niet te lenigen karakter te objectiveren. Een belangrijke toets daarbij is, dat het lijden van de patiënt voorstelbaar en/of invoelbaar is. Het zich kunnen verplaatsen in de positie van de ander en vanuit diens perspectief kijken naar geschiedenis en levenservaring is essentieel om ondraaglijkheid van het lijden te bepalen.

- **Lijden dat niet gelenigd kan worden**

Het verdient aanbeveling om bij twijfel over de al of niet behandelbaarheid van bepaalde symptomen contact op te nemen met een palliatief consultatieteam. Deze teams zijn multidisciplinair samengesteld en ervaren in het uitklaren en begeleiden van levenseindevragen en -beslissingen. Zowel de thuiszorg, ziekenhuizen als woonzorgcentra beschikken over deze teams. (Palliatieve supportteams in ziekenhuizen, multidisciplinaire begeleiding equipes of palliatieve thuiszorg en palliatieve teams in WZC).

De arts gaat dit na door gedurende een redelijke periode regelmatig gesprekken met de patiënt te voeren betreffende zijn euthanasieverzoek.

#### 5.2.4 Consult van een onafhankelijke arts

- De (tweede) consulterend arts mag niet als medebehandelaar betrokken zijn geweest. Onpartijdigheid is hierbij cruciaal. Zo mag er geen sprake zijn van een vaste professionele relatie met de behandelend arts of een betrokkenheid bij de behandeling. Ook mag hij geen ondergeschikte of familielid zijn van de arts die de euthanasie uitvoert, alsmede geen familie of goede bekende van de patiënt.
- De arts verbonden aan het palliatief supportteam of aan de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve zorg thuis, wordt niet beschouwd als behandelend arts. Hij kan als dusdanig als consulterend arts geraadpleegd worden door de behandelende arts.

#### 5.2.5 Overlijden binnen afzienbare tijd: advies expertgroep

*WAT MOET WORDEN VERSTAAN ONDER HET BEGRIP 'AFZIENBARE TIJD' ZOALS BEDOELD IN "DIE KENNELIJK NIET BINNEN AFZIENBARE TIJD ZAL OVERLIJDEN"?*

*In de wet op euthanasie is voorzien dat bij patiënten die 'kennelijk niet binnen afzienbare tijd' zullen overlijden, een extra advies wordt gevraagd aan een specialist in de aandoening van de patiënt of aan een psychiater en dat tussen het schriftelijk verzoek van de patiënt en een eventuele uitvoering minimaal een periode van één maand in acht wordt genomen.*

*Deze 'lange' procedure met wachttijd kan worden voorbehouden voor patiënten die zich door ziekte of ongeval in een gestabiliseerde of traag-progressieve situatie bevinden en van wie de geschatte levensverwachting meerdere maanden overschrijdt.*

*Bij het inschatten van de levensverwachting neemt de arts zowel de klinische situatie, min of meer stabiel dan wel verslechterend, als de aandoening van de patiënt in overweging. Voor het inschatten van de levensverwachting kunnen schalen zoals bv. de Palliative Performance Scale nuttig zijn.*

*Bij twijfel verdient het aanbeveling de bijkomende zorgvuldigheid van de lange procedure in acht te nemen. Als de klinische conditie van de patiënt onverwacht verslechtert, kan van de lange procedure naar de korte procedure worden overgegaan.*

## 6 VAN VRAAG TOT VERZOEK

---

De zorgverlener die het nauwste contact heeft met de patiënt hoort vaak als eerste de vraag om euthanasie. Het beluisteren van die vraag is niet enkel bedoeld om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van 'de vraag achter de vraag', maar is tegelijk een eerste stap naar ondersteuning van de patiënt met levenseindevragen. Om verwarring te vermijden is terminologische duidelijkheid over de mogelijke medische handelingen in de laatste levensfase belangrijk. Een heldere communicatie over de vereiste wettelijke voorwaarden voor euthanasie voorkomt misverstanden.

### 6.1 PRAKTISCHE AANPAK VOOR DE EXPLORATIE VAN HET EUTHANASIEVERZOEK

#### 6.1.1 Verkennen en verhelderen

Van zodra de patiënt impliciet of expliciet uiting geeft bezig te zijn met het levenseinde verkent de zorgverlener wat de patiënt bedoelt. Dit noemt men verhelderen. Wat bedoelt de patiënt precies? Deze vraag wordt hem rechtstreeks gesteld. De hulpverlener spreekt in duidelijke termen en gebruikt correcte definities. Wil de patiënt euthanasie of wil hij gewoon de zekerheid dat hij rustig maar natuurlijk kan sterven, eventueel met sedatie? De meeste patiënten zijn onvoldoende geïnformeerd over het stervensproces. Artsen gaan dit cruciale gesprek soms uit de weg om hun patiënten niet te confronteren met het naderende levenseinde. Dit leidt vaak tot angst bij de palliatieve patiënt en kan aan de basis liggen van een acute vraag naar euthanasie, met de wens tot uitvoering binnen enkele uren tot dagen.<sup>6</sup> Wanneer de patiënt deze vraag stelt aan een niet-arts zal deze, mits toestemming van de patiënt, de behandelende arts in kennis stellen van dit verzoek en de ondertussen gegeven informatie.

#### 6.1.2 Informeren

De verhelderingsfase gaat gepaard met het geven van correcte algemene informatie aan de patiënt. Indien de zorgverlener niet vertrouwd is met de procedure en/of de wetgeving euthanasie kan deze beroep doen op een deskundige van een palliatief team.

De behandelende arts evalueert in samenspraak met de andere zorgverleners of er door de patiënt een concrete vraag naar euthanasie wordt gesteld.

Indien niet, stopt hier de procedure. Dit is het geval bij een patiënt met een vraag naar doorgedreven symptoomcontrole, de wens om een behandeling te stoppen of niet te starten, een vraag naar palliatieve begeleiding, ...

#### 6.1.3 Exploreren

Indien wel geoordeeld wordt dat er een concrete vraag naar euthanasie wordt gesteld, wordt de vraag verder geëxploreerd. Hierbij zijn de juridische voorwaarden bepalend.

Om te weten of het euthanasieverzoek van de patiënt weloverwogen is, moet de arts peilen naar de redenen waarom hij euthanasie vraagt. Deze kunnen zijn: totale afhankelijkheid; ontluistering en verlies van waardigheid; gebrek aan comfort; oncontroleerbare symptomen zoals pijn, misselijkheid en vermoeidheid; verlies van controle over leven en sterven of een last zijn voor anderen. In tegenstelling tot wat vaak wordt

---

<sup>6</sup> Gastmans C, Van Neste F, Schotsman P. Facing request for euthanasia: a clinical practice guideline. J Med Ethics 2004; 30:212-217)

aangenomen, is pijn niet de belangrijkste reden om euthanasie te vragen, wel de wens om zelf de omstandigheden van het sterven te controleren. Als lichamelijke ongemakken de reden zijn van een euthanasieverzoek, kan het aangewezen zijn om palliatieve zorg te verstrekken of te optimaliseren. De patiënt kan dit weigeren.

De arts moet daarnaast nagaan of de vraag vrijwillig en herhaald is. Als hij de indruk heeft dat er uitwendige druk bestaat, bespreekt hij dit openlijk met de patiënt. Haalt de patiënt als reden voor zijn verzoek de last aan die hij bezorgt aan anderen, dan is dit niet noodzakelijk een teken van uitwendige druk. Om dit met zekerheid te weten, lijkt het aangewezen dit met de naasten te bespreken. De arts toetst hoe de patiënt denkt over zijn toestand, over de evolutie van zijn ziekte en sterven, en licht hem hierover zo nodig in. Hij kan dit doen door de patiënt te vragen hoe hij in eerdere crisissituaties – in verband met zijn ziekte, met het overlijden van geliefden – heeft gereageerd, wat zijn verwachtingen zijn voor de resterende tijd en zijn angsten met betrekking tot sterven en dood. Dit moet op meerdere tijdstippen en in multidisciplinair verband gebeuren, waarbij alle leden van het team betrokken zijn. Vanuit hun specifieke zorgtaak kunnen ze belangrijke informatie aanbrenge.

De arts coördineert de exploratiefase, maar elk ander teamlid kan de vraag mee opnemen. De wet vermeldt enkel dat het verzoek met het verpleegkundige team moet worden besproken. Toch is overleg met alle zorgverleners van de patiënt aangewezen. Dit helpt de arts te beslissen of hij al dan niet ingaat op het verzoek, en vermindert de psychische impact van een euthanasie voor zowel de arts als het (verpleegkundig) team. Als de patiënt akkoord gaat, wordt zijn vraag besproken met familie en/of naasten. Indien de patiënt dit weigert, wordt deze weigering best geëxploreerd. Toch moet de arts deze weigering respecteren.

Ondertussen moet de comfortzorg, indien nodig, worden geoptimaliseerd. Als de patiënt dat wil, wordt een palliatieve zorg equipe ingeschakeld. Het medisch dossier moet op regelmatige tijdstippen worden aangevuld met het resultaat van deze gesprekken.

## 6.2 BESLUITVORMING

Als de arts ervan overtuigd is dat de vraag van de patiënt een weloverwogen, vrijwillige duurzame vraag is en hij op het verzoek van de patiënt tot uitvoering zal ingaan, wordt een tweede arts in consult gevraagd. Het consult van de tweede arts maakt deel uit van de besluitvorming. Een negatief advies is strikt juridisch niet bindend. Toch wordt aanbevolen om rekening te houden met de bezwaren.

Aan de patiënt wordt gevraagd het verzoek eigenhandig neer te schrijven.

## 6.3 WEIGERING VAN EEN ARTS OM IN TE GAAN OP EEN VERZOEK

Er kunnen principiële en/of emotionele redenen zijn waarom een arts niet kan ingaan op de euthanasievraag van de patiënt. In deze situatie is het aangewezen dat de arts, als ‘een goed zorgverlener’, ervoor zorgt dat de patiënt met een andere arts zijn/haar euthanasievraag kan bespreken. De arts moet in een vroeg stadium duidelijk zijn over zijn standpunt.

De behandelend arts is wettelijk niet verplicht om een andere arts te zoeken. Er is wel een deontologische doorverwijsplicht.

**Deontologische doorverwijsplicht bij weigering van toepassing van euthanasie – Advies van de nationale raad van 6 mei 2017.**

*De nationale raad van de Orde der artsen heeft de vraag onderzocht of het advies van de nationale raad van 6 mei 2017 "Informereren van de patiënt over zijn gezondheidstoestand en de verstrekte zorg" een deontologische doorverwijsplicht oplegt aan artsen bij weigering van toepassing van euthanasie.*

*Advies van de nationale raad:*

*De nationale raad van de Orde der artsen heeft uw e-mail van 4 september 2017 besproken waarin u vraagt of het advies van de nationale raad van 6 mei 2017 "Informereren van de patiënt over zijn gezondheidstoestand en de verstrekte zorg" een deontologische doorverwijsplicht oplegt aan artsen bij weigering van het toepassing van euthanasie.*

*De bedoelde passage stelt: "Wanneer de arts een gewetensbezwaar uit, dat gezien wordt als de persoonlijke vrijheid van de arts om in eer en geweten geen zorg te verstrekken die volgens hem in strijd is met zijn overtuiging of zijn opdracht, deelt hij dit duidelijk mee aan de patiënt en verwijst hij hem door naar een medische structuur die hem kan behandelen."*

*Het bureau deelt mee dat deze passage geldt bij het toepassen van euthanasie. Er is een deontologische doorverwijsplicht ingeval van weigering van toepassing van euthanasie. De deontologische plicht gaat evenwel niet zover dat de arts zich effectief dient te vergewissen van het feit dat de arts of de medische structuur waarnaar hij doorverwijst, ook de facto de euthanasie zal toepassen. De deontologische doorverwijsplicht houdt in dat de arts bij weigering de patiënt niet aan zijn lot mag overlaten en hem ook dan verder dient te begeleiden.*



## 7 DE OPSCHRIFTSTELLING VAN HET VERZOEK

---

De wetgever vraagt een schriftelijke weergave van het mondelinge verzoek.

De patiënt schrijft dit verzoek zelf, dateert en ondertekent. Indien de patiënt zelf niet in staat is om een verzoek neer te schrijven, kiest de patiënt voor de opschriftstelling een meerderjarige persoon die geen materieel belang heeft bij zijn overlijden. Deze persoon maakt melding van het feit dat de patiënt niet in staat is om zijn verzoek neer te schrijven en geeft de reden waarom. In dat geval gebeurt de opschriftstelling in bijzijn van de arts en noteert die persoon de naam van die arts op het document.

Het verzoek wordt bij het medisch dossier gevoegd.

Het moment van de opschriftstelling is niet wettelijk vastgelegd. Bij voorkeur wordt het verzoek op schrift gesteld tijdens de exploratie van de vraag om euthanasie.

Voorbeeld van een schriftelijk verzoek (eigenhandig te schrijven):

Ik, *(voornaam & naam)* ....., wens dat er op mij euthanasie wordt toegepast

Datum *(dag dat het verzoek werd geschreven)*

Handtekening

*Naam, datum en handtekening van de patiënt dienen goed leesbaar te zijn.*

Voorbeeld van een schriftelijk verzoek geschreven als de patiënt niet meer in staat is om het zelf te schrijven:

*(voornaam & naam)*..... wenst dat er euthanasie op hem/haar wordt toegepast. Hij/zij is goed bewust maar niet in staat het zelf te schrijven wegens *(aard aandoening)*.....

Dit verzoek wordt op schrift gesteld door *(voornaam & naam)* ..... in aanwezigheid van de behandelende arts, Dr. *(voornaam & naam)* .....

Datum *(dag dat het verzoek werd geschreven)*

Handtekening

*Naam, datum en handtekening van de patiënt dienen goed leesbaar te zijn.*

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

## 8 EUTHANASIE OP BASIS VAN EEN WILSVERKLARING

---

In de praktijk kan er verwarring ontstaan tussen het ‘actueel verzoek om euthanasie’ en de ‘wilsverklaring inzake euthanasie’. Een ‘wilsverklaring inzake euthanasie’ kan niet gelden als een schriftelijk ‘actueel verzoek’.

Het toepassingsgebied van euthanasie op basis van een wilsverklaring is beperkt tot een onomkeerbaar bewustzijnsverlies ten gevolge van ziekte of ongeval.

Indien een bewuste patiënt een voorafgaande wilsverklaring voorlegt, kan dit een indicatie zijn van een mogelijke wens tot levensbeëindiging en wordt exploratie van de vraag aanbevolen.

De exploratie van een euthanasie op basis van een ‘wilsverklaring inzake euthanasie’ is gelijklopend met de exploratie op basis van een ‘actueel verzoek’. De gesprekspartners zijn de vertrouwenspersonen en de naasten aangewezen door de vertrouwenspersonen.

De onomkeerbaarheid van het coma wordt vastgesteld op basis van een deskundig advies.

De wilsverklaring inzake euthanasie en alle handelingen, resultaten van de behandelende arts worden met het verslag van de geraadpleegde arts gedocumenteerd in het medisch dossier van de patiënt.

### 8.1 WETTELIJKE VOORWAARDEN

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

- dat hij lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening,
- **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 één geen materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt. Het document moet gedateerd en ondertekend worden door degene die de verklaring aflegt, door de getuigen en eventueel door een of meer vertrouwenspersonen.

**Indien de persoon die een wilsverklaring wenst op te stellen fysiek blijvend niet in staat is om een wilsverklaring op te stellen en te ondertekenen**, kan hij een meerderjarig persoon aanwijzen die geen enkel materieel belang heeft bij het overlijden van de betrokkene. Deze persoon stelt het verzoek schriftelijk op 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 eventueel door een of meerdere vertrouwenspersonen.

Bij deze 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.

## 8.2 AANDACHTSPUNTEN:

- met de wilsverklaring kan alleen rekening worden gehouden indien deze minder dan vijf jaar vóór het moment waarop betrokkene zijn wil niet meer kan uiten, is opgesteld of herbevestigd.
- de wilsverklaring kan op elk moment worden aangepast of ingetrokken.
- het formulier van wilsverklaring inzake euthanasie is vastgesteld door het *Koninklijk besluit* van 02 maart 2003 houdende vaststelling van de wijze waarop de wilsverklaring inzake euthanasie wordt opgesteld, herbevestigd, herzien of ingetrokken. B.S. 13.05.2003.

Er bestaan verschillende voorbeeld-modellen voor de wilsverklaring inzake euthanasie. De minimale vereisten zijn vermeld in het: KB 2 APRIL 2003. - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de wijze waarop de wilsverklaring inzake euthanasie wordt opgesteld, herbevestigd, herzien of ingetrokken (B.S. 13/05/2003). Enkele voorbeelden:

- <http://www.delaatstereis.be/template.asp?f=wilsverklaring.htm>
- <http://leif.be/voorafgaande-zorgplanning/wilsverklaring-euthanasie/>

De arts die euthanasie toepast ten gevolge van een wilsverklaring euthanasie, 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;
- niet meer bij bewustzijn is;
- en deze toestand volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is;
- en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.

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

- een andere arts raadplegen over de **onomkeerbaarheid van de medische toestand** van de patiënt en hem op de hoogte brengen van de reden 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;
- indien er een **verpleegkundig of interdisciplinair team** is dat in regelmatig contact staat met de patiënt, de inhoud van de wilsverklaring bespreken met het team of leden van dat team;
- indien in de wilsverklaring een **vertrouwenspersoon** wordt aangewezen, dient het verzoek van de patiënt met hem te worden besproken;
- indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen, dient de inhoud van de wilsverklaring te worden besproken met **de naasten** van de patiënt die door de vertrouwenspersoon zijn aangewezen.

## 9 HULP BIJ ZELFDODING

---

Dit is in België niet wettelijk geregeld.

### **Advies betreffende palliatieve zorg, euthanasie en andere medische beslissingen omtrent het levenseinde- Advies van de nationale raad van 6 mei 2017.**

....

*Hulp bij zelfdoding wordt in de wet betreffende de euthanasie niet expliciet weerhouden als levensbeëindigend handelen. Nochtans kan hulp bij zelfdoding deontologisch gelijkgesteld worden met euthanasie, voor zover alle voorwaarden voor het uitvoeren van euthanasie zoals bepaald in de wet vervuld zijn. Hulp bij zelfdoding is enkel aanvaardbaar indien arts en patiënt voorafgaandelijk alle eventualiteiten bespreken, de arts zelf het euthanaticum verstrekt dat in zijn aanwezigheid en volgens zijn aanwijzingen moet geabsorbeerd worden. De arts dient gedurende heel het stervensproces aanwezig te blijven om op elk ogenblik conform de gemaakte afspraken de nodige hulp te bieden.*

*Gezien de strikte indicatie en de gestelde voorwaarden voor zijn toepassing is hulp bij zelfdoding als hoger gedefinieerd niet te onderscheiden van euthanasie. Dit houdt dan ook in dat alle door de wet betreffende de euthanasie gestelde voorwaarden moeten vervuld zijn en de bij wet voorziene procedure dient nageleefd te worden (ondraaglijk lijden dat niet gelenigd kan worden, raadpleging van tweede of derde arts, schriftelijk verzoek, in voorkomend geval een maand wachttijd, aangifte bij de Federale Controle- en Evaluatiecommissie, enz.).*

*Alle zagezegde vormen van hulp bij zelfdoding die niet voldoen aan de hoger uiteengezette criteria zijn deontologisch onaanvaardbaar.*

Voor de orde der Geneesheren is op basis van dit advies de perorale inname van euthanatica door de patiënt enkel in aanwezigheid van de arts een aanvaardbare handelswijze.

Vooraf wordt een intraveneuze toegangsweg voorzien zodat bij falen van de orale toediening de arts de euthanasie toch kan voltooien.

## 10 EXTRA VOORLICHTING AAN DE PATIËNT EN ZIJN NAASTEN

---

Patiënten en hun naasten die meer informatie zoeken over de procedure rond de besluitvorming en de uitvoering van euthanasie, kunnen verwezen worden naar de volgende informatiekanalen:

- website van de federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu: <http://www.health.belgium.be> (beperkt tot wilsverklaring)
- de Federatie Palliatieve zorg Vlaanderen ([www.palliatief.be](http://www.palliatief.be)) en de verschillende palliatieve netwerken in Vlaanderen ([http://www.palliatief.be/template.asp?f=netwerk\\_overzicht.htm](http://www.palliatief.be/template.asp?f=netwerk_overzicht.htm))
- LEIF (levenseinde informatieforum) [www.leif.be](http://www.leif.be)

# 11 BESLUITVORMING EN PROCEDURE

---

## 11.1 ALGEMEEN

De behandelend arts zal zich, alvorens tot de uitvoering van het verzoek om euthanasie over te gaan, uitgebreid informeren over de resterende mogelijkheden die het lijden van de patiënt zouden kunnen verlichten.

Het verzoek wordt besproken met het bij de behandeling en verzorging van de patiënt betrokken verpleegkundig en/of interdisciplinair team. Uiteraard is een gesprek met de naasten van de patiënt wenselijk. Als patiënt dit gesprek niet wenst, wordt deze weigering best geëxploreerd.

## 11.2 PATIËNTEN MET EEN VERLAAGD BEWUSTZIJN

### **BIJ PATIËNTEN MET EEN VERLAAGD BEWUSTZIJN KAN DE SITUATIE GECOMPLICEERD ZIJN.**

Indien de patiënt een verlaagd bewustzijn heeft voordat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, kan er geen euthanasie plaatsvinden. Men kan onvoldoende nagaan of euthanasie de werkelijke wens van patiënt is, noch of deze toestand gepaard gaat met ondraaglijk lijden.

Indien wel aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan en er ontstaat tijdens de verdere aftakelingsperiode een toestand van verminderd bewustzijn of wilsonbekwaamheid, dan ontstaat er een dilemma tussen verschillende juridische voorwaarden.

De expertengroep stelt:

*Als noog geen concreet tijdstip voor de uitvoering van de euthanasie werd vastgelegd en de patiënt in de tussentijd wilsonbekwaam wordt, kan de arts niet meer zeker zijn van de duurzaamheid van het verzoek en de euthanasie niet uitvoeren.*

*Als evenwel bij een wilsbekwame patiënt met een herhaald en duurzaam verzoek een welbepaald tijdstip van euthanasie-uitvoering werd afgesproken, kan de uitvoerende arts er redelijk van uitgaan dat de euthanasie-uitvoering met deze concrete planning een aanvang had genomen en kan worden voleindigd. Als er echter in de episode van wilsonbekwaamheid twijfel ontstaat over de duurzaamheid van het verzoek, dan moet de procedure worden gestopt en kan de euthanasie niet worden uitgevoerd.*

*In de voorbereidende communicatie bij een euthanasie op basis van een actueel verzoek en dus een wilsbekwame patiënt, is het belangrijk met de patiënt en met zijn betrokken naasten het scenario te bespreken dat toenemende wilsonbekwaamheid van de patiënt het op een gegeven ogenblik onmogelijk kan maken tot euthanasie-uitvoering over te gaan en eventuele alternatieven te bespreken. Deze communicatie wordt gedocumenteerd in het dossier van de patiënt.*

## 12 DE ROL VAN DE VERPLEEGKUNDIGE

---

De rol van de verpleegkundige wordt in de wet niet expliciet benoemd, omdat de uitvoering van euthanasie een handeling is die voorbehouden is aan de arts.

In de praktijk heeft de verpleegkundige vaak een erg belangrijke rol, zowel bij het detecteren als het uitklaren van een euthanasievraag, bij het assisteren bij de uitvoering en bij de nazorg voor zowel de familie als voor de andere leden van het team.

Deze richtlijn beschrijft de aandachtspunten voor de verpleegkundige bij het signaleren van de euthanasievraag, de besluitvorming, de uitvoering en de nazorg.

Uiteraard gelden de algemene aandachtspunten ook voor andere zorgverleners die met een euthanasievraag van een patiënt geconfronteerd worden.

### 12.1 SIGNALEREN VAN DE EUTHANASIEVRAAG

Een patiënt kan op verschillende manieren aangeven dat hij zijn leven niet langer zinvol vindt. Hij kan een expliciet verzoek om euthanasie uiten, maar ook signalen in die richting geven.

Als de verpleegkundige deze signalen opvangt, gaat deze in gesprek met de patiënt, stelt zich open op en vraagt door.

De verpleegkundige probeert erachter te komen wat de patiënt wil: gaat het echt om de vraag het leven actief te beëindigen, spelen factoren die de patiënt ongemak geven een rol of is er druk van buiten af? Op welke termijn wil de patiënt euthanasie? Heeft de patiënt dit ook met naasten besproken? Heeft de patiënt schriftelijk zijn wensen over het levenseinde vastgelegd en reeds eerder besproken met een arts?

De verpleegkundige kan dit gesprek niet uit de weg gaan, het is immers een hulpvraag van de patiënt voor wie hij of zij zorgdraagt. De verpleegkundige informeert de patiënt, stimuleert hem om zijn vraag aan de behandelend arts voor te leggen en faciliteert zo nodig het gesprek.

De verpleegkundige noteert een verslag van deze gesprekken in het patiëntendossier en rapporteert aan het behandelend team. De verpleegkundige gaat steeds na in hoeverre de patiënt en zijn naasten informatie van de verschillende hulpverleners begrijpen en hoe de emotionele verwerking van het gesprek met de arts verliep.

### 12.2 BESLUITVORMING

Om de uiteindelijke vraag om euthanasie goed te kunnen analyseren is de inbreng van meerdere disciplines noodzakelijk. Stel daarom bij ieder verzoek om euthanasie een multidisciplinair team samen, zowel voor de intramurale situatie als in de thuisituatie. De multidisciplinaire exploratie van de euthanasievraag, verhoogt de kwaliteit van de besluitvorming.

De uiteindelijke beslissing om al dan niet over te gaan tot euthanasie wordt door de arts genomen.

### 12.3 BIJ DE UITVOERING

Het uitvoeren van euthanasie is een uitsluitend medische handeling, die niet gedelegeerd kan worden aan een verpleegkundige. De arts kan de verpleegkundige wel vragen aanwezig te zijn bij de uitvoering van de euthanasie, om de patiënt, de familie en/of de arts te ondersteunen en/of te assisteren bij de voorbereiding van de technische uitvoering. De aanwezigheid van de verpleegkundige wordt vooraf met de patiënt besproken.

Indien de verpleegkundige daadwerkelijk betrokken wordt bij zorg rond de euthanasie zal hij, overeenkomstig organisatie-specifieke afspraken handelen. De leidinggevende kan de verpleegkundige ondersteunen ten aanzien van praktische, emotionele en eventuele juridische aspecten.

Indien bij de uitvoering van euthanasie de aanwezigheid van een verpleegkundige op prijs wordt gesteld, dan zal dit bij voorkeur de verpleegkundige zijn die betrokken is geweest bij de besluitvorming. De verpleegkundige verricht geen uitvoerende handelingen bij de toediening van de euthanatica. De aandacht van de verpleegkundige gaat uit naar comfort voor de patiënt, ondersteuning van de patiënt en de naasten, de controle van het infuus en het zorgen voor een rustige en serene omgeving.

### 12.4 ROL VAN DE VERPLEEGKUNDIGE: ADVIES EXPERTGROEP

WELKE ROL KAN EEN VERPLEEGKUNDIGE OPNEMEN BIJ DE UITVOERING VAN EEN EUTHANASIE? MAG EEN VERPLEEGKUNDIGE VOORBEREIDENDE HANDELINGEN STELLEN?

TOT WAAR REIKT DE AANSPRAKELIJKHEID VAN EEN VERPLEEGKUNDIGE IN HET KADER VAN DE ZORGVULDIGHEIDSCRITERIA ZOALS VOORZIEN IN DE WET VAN 2002?

Vooreerst is het belangrijk te benadrukken dat euthanasie niet tot het normale medische handelen behoort en dat elke zorgverlener en ook een verpleegkundige te allen tijde over de individuele gewetensvrijheid beschikt om al dan niet deel te nemen aan het gedeeltelijke of gehele euthanasietraject en/of zich desgevallend in de loop van een begeleiding uit een bepaald traject terug te trekken.

Verder heeft de verpleegkundige vaak een erg belangrijke rol, zowel bij het detecteren als het uitklaren van een euthanasievraag, bij de uitvoering en bij de nazorg voor zowel de familie als voor de andere leden van het team. Het is dan ook belangrijk dat de arts die om euthanasie wordt verzocht, alle nodige informatie aan de betrokken en participerende verpleegkundige(n) bezorgt en vooraf voldoende met hen communiceert en overlegt zodat wie als verpleegkundige betrokken is, kan oordelen of hij aan het euthanasietraject wil en kan deelnemen.

Vooraf in zorgsettings met wisselende verpleegkundige ploegen, zoals in ziekenhuisdiensten, vraagt deze correcte en voorafgaande communicatie extra aandacht, zodat elke verpleegkundige die bij de euthanasie is betrokken persoonlijk in de communicatie wordt meegenomen. Het behoort niet tot de opdracht van de verpleegkundige om zich er zelf van te vergewissen dat aan alle voorwaarden en procedures (zoals voorzien in de wet op euthanasie) werd voldaan, maar het is belangrijk dat een verpleegkundige die gevraagd wordt om mee te werken aan een euthanasie, voldoende wordt geïnformeerd om te kunnen oordelen over de correctheid van de



gevolgde procedure. Als een verpleegkundige om welke reden dan ook van oordeel is dat de aan gang zijnde procedure niet correct verloopt, of dat de wettelijke voorwaarden niet zijn vervuld, dan kan deze beslissen geen (verdere) medewerking te verlenen.

De 'euthanasie uitvoering' of 'uitvoerende handelingen met betrekking tot euthanasie' wordt strikt begrepen als het injecteren van de lethale middelen die tot het overlijden van de patiënt leiden. Dit behoort tot de opdracht van de arts en kan onder geen beding aan een verpleegkundige worden gedelegeerd.

'Euthanasievoorbereiding' wordt gedefinieerd als elke handeling die aan de uitvoerende handeling (zoals hierboven beschreven) voorafgaat. Deze kan en mag wel door een verpleegkundige worden uitgevoerd. Voorbereidende handelingen zijn bv. het plaatsen van een infuus of het voorbereiden van medicatie.

Tenslotte heeft de verpleegkundige vaak een belangrijke taak in de nazorg voor het team en voor de naasten. Gezien de mogelijke impact van de euthanasie moet er ook voldoende aandacht zijn voor zelfzorg.

## 13 UITVOERING VAN EUTHANASIE

---

### 13.1 INLEIDING

Het uitvoeren van euthanasie, d.w.z. het toedienen van lethale medicatie die de dood veroorzaakt, is uitsluitend aan artsen voorbehouden.

Bij de uitvoering van euthanasie wordt gebruikgemaakt van medicatie die leidt tot het ontstaan van een diep coma, gevolgd door ademhalingsdepressie en- stilstand. Hypoxemie in combinatie met cardiovasculaire depressie veroorzaken de dood van de patiënt. De gebruikte medicatie noemen we euthanatica.

De meest efficiënte methode om een diep coma gevolgd door ademhalingsstilstand te veroorzaken is het intraveneuze toedienen van medicatie. De orale, subcutane, intramusculaire of rectale toediening van medicatie voor levensbeëindiging is te onbetrouwbaar om een kwaliteitsvol sterven te garanderen. De aanbevolen methode die deze richtlijn beschrijft, is dan ook de intraveneuze toediening.

De arts moet voldoende tijd voorzien voor de voorbereiding, de uitvoering en de ondersteuning van patiënt en naasten.

### 13.2 VOORBEREIDING

De arts geeft aan de patiënt en zijn naasten voldoende informatie over de uitvoering en de wijze van overlijden. De dag en het tijdstip van de levensbeëindiging worden afgesproken en wie erbij aanwezig zullen zijn.

Aan de hand van het registratiedocument euthanasie wordt afgetoetst of er geen procedurele stappen overgeslagen zijn. Het registratiedocument wordt na de uitvoering volledig ingevuld en doorgestuurd (zie verder).

### 13.3 BESTELLEN VAN MEDICATIE

#### 13.3.1 Rol van de apotheker

De wetgever heeft de rol van de apotheker omschreven. De apotheker die euthanatica aflevert pleegt geen misdrijf wanneer hij handelt op basis van een voorschrift waarop de arts uitdrukkelijk vermeldt dat hij handelt in overeenstemming met deze wet. De apotheker levert persoonlijk de euthanatica aan de arts af.

De apotheker factureert rechtstreeks aan de patiënt.

De apotheker wordt door de uitvoerende arts tijdig ingelicht (in de thuissituatie minstens 24u vooraf) dat er bij de patiënt een euthanasie gepland is. Het overleg tussen apotheker en arts garandeert een correcte uitvoering van het voorschrift en een tijdige levering van de medicatie.

Zoals iedere zorgverlener kan de apotheker zijn medewerking weigeren. Dan richt de arts zich tot een andere apotheker.

Na de uitvoering wordt de niet gebruikte medicatie terug overhandigd aan de apotheker.

Sinds 2016 wordt de naam van de apotheker, zijn RIZIV-nummer, de gebruikte en teruggebrachte medicatie vermeld op het registratiedocument.

### 13.3.2 Het voorschrift

Euthanatica kunnen worden voorgeschreven via een klassiek voorschrift. In ziekenhuizen verloopt dit volgens de geldende procedure eigen aan de instelling. Het voorschrift vermeldt:

- de naam van de patiënt en zijn geboortedatum;
- de medicatie met de dosis en hoeveelheid;
- de nodige medische hulpmiddelen (liefst met CNK-nummer);
- de toevoeging: “medicatie persoonlijk aan de arts af te leveren”;
- de toevoeging: “in toepassing Wet 28 mei 2002”

Zelfs bij de meest ervaren arts kan er iets fout lopen bij de bereiding of toediening van medicatie. Zeker in de thuissituatie bevelen wij aan om uit voorzorg alles dubbel te bestellen. In het ziekenhuis is dit wegens de beschikbaarheid en de snelheid van aflevering van de medicatie niet nodig.

Voorzie eveneens voldoende hulpmateriaal.

	aantal	CNK-nummer
NaCl 0.9% 500 ml (waakinfuus)	1	804534
perfussietrouse	1	0067769
intraveneuze katheter 18G of 20G	1	0246223
of: vleugelnaald (butterfly)21G	1	2738201
driewegkraan met slang 50 cm PVC	1	0383182
NaCl 0,9 % /10ml amp	2	2668093
wegwerpspuit 20 ml	1	1444298
wegwerpspuit 10 ml	2	3021789
naalden 18G (optrek-)	5	1730860
pleisters type mefix	1	0614974
Port-a-cath Gripper naald 21G 1,9 cm	1	1425818

## 13.4 INBRENGEN VAN EEN INTRAVENEUZE LIJN

De aanbevolen methode die deze richtlijn beschrijft is de intraveneuze methode. Een intraveneuze lijn is dus noodzakelijk.

Er wordt een perifere intraveneuze katheter geplaatst of er wordt gebruik gemaakt van een al aanwezig intraveneus toedieningssysteem zoals een poortkatheter of een centrale lijn.

Het inbrengen van een intraveneuze katheter is niet altijd eenvoudig en vraagt ervaring.

Het is aan te bevelen enkele dagen voor de uitvoering na te gaan of de patiënt moeilijk aan te prikken is. Bij te verwachten problemen met het inbrengen van een infuusnaald kan dan de hulp ingeroepen worden van een collega arts of verpleegkundige die meer ervaring heeft. Het inschakelen van een andere zorgverlener vraagt tijdig overleg. Niet iedere zorgverlener wil meewerken aan de uitvoering van euthanasie en deze zorgverlener moet zich vrij kunnen maken.

Het inbrengen van een infuusnaald gebeurt bij voorkeur enkele uren voor de uitvoering. Bij problemen is er dan voldoende tijd om bijkomende hulp te zoeken of alternatieven met de patiënt en zijn naasten te bespreken. Het te vroeg (meer dan 24 h) inbrengen van de katheter verhoogt dan weer het risico op een paraveneuze verplaatsing van de katheter.

Er wordt gebruik gemaakt van een infuusnaald van minimaal 20 G (roze) of zelfs 18 G (groen). Hoe dunner de naald hoe meer weerstand bij het inspuiten. Dunne katheters zijn ook korter met het risico dat door beweging de katheter zich niet meer in het bloedvat bevindt.

Vooraleer over te gaan tot uitvoering wordt nagegaan of de katheter vlot doorgankelijk is en in het bloedvat geplaatst is. Dit kan men controleren door het langzaam inspuiten van 5 ml fysiologisch en nagaan of er geen opzetting is rond de ader. Terugvloeiing is niet steeds aanwezig door de vaak kleine diameter van de katheter.

Het niet kunnen plaatsen van een intraveneuze katheter is de belangrijkste reden voor het falen van een euthanasie uitvoering.

## 13.5 BEREIDING VAN DE MEDICATIE

De aanbevolen producten om euthanasie uit te voeren zijn: (controleer steeds de beschikbaarheid op [www.bcfi.be](http://www.bcfi.be) of overleg met de apotheker)

1 <sup>ste</sup> stap sedatie (optioneel)		DOSIS	CNK
midazolam		5 - 15 mg	
	Midazolam Accord HC 10 X 5mg/ 5 ml		2983-989
	Midazolam Accord HC 10 X 15mg/ 3 ml		2983-997
	Midazolam Accord HC 10 X 50mg/ 10 ml		2983-971
	Midazolam B. Braun 20 X 5mg/ 5ml		2476-141
	Midazolam B. Braun 10 X 15mg/ 3ml		2476-158
	Midazolam B. Braun 10 X 50mg/ 10 ml		2476-166
	Midazolam Milan 10 X 5mg/ 5 ml		2661-098
	Midazolam Milan 10 X 15mg/ 3 ml		2661-106
	Midazolam Milan 10 X 5mg/ 10 ml		2661-114
2 <sup>de</sup> coma-inductie			
natrium thiobarbital		2 g	
	Thiobarbital® B Braun 1gr		2881-803
3 <sup>de</sup> spierverslapper			
of atracurium, besilaat		100 mg	
	Tracrium® 10 X 25 mg/2,5 ml		0674-671
	Tracrium® 5 X 50 mg/5 ml		0614-826
of cisatracurium, besilaat		20 mg	
	Nimbex® 5 X 10 mg/5 ml		1260-140
	Nimbex® 5 X 20 mg/5 ml		1260-157
	Cisatracurium Accord H. 5 X 10 mg/5 ml		3262-987
	Cisatracurium Accord H. 5 X 20 mg/10 ml		3262-979
	Cisatracurium Fresenius Kabi 5 X 20mg/10 ml		2906-089
of mivacurium, chloride		20 mg	
	Mivacron® 5 X 10mg/5 ml		1114-412
	Mivacron® 5 X 20mg/10 ml		1114-404
of rocuronium, bromide		100 mg	
	Esmeron® 50 mg/5 ml		2562-387
	Rocuronium B. Braun 10 X 50mg/ 5ml		2658-201
	Rocuronium Bromide Fres.10 X 50mg/ 5ml		2582401

### 13.5.1 Premedicatie

Indien de patiënt het moment van coma-inductie niet wil meemaken, kan men de patiënt in een lichte slaaptoestand te brengen door middel van het intraveneus toedienen van midazolam, 5 tot 15 mg. Deze dosis is voldoende voor angstreductie en oppervlakkige slaap. Deze premedicatie vervangt nooit de coma-inductie door barbituraten.

Bij een rustige patiënt kan deze stap overgeslagen worden. Ga snel over tot coma inductie na toediening van deze premedicatie.

### 13.5.2 Coma inductie

Euthanasie start met het toedienen van een hypnoticum om diepe bewustzijnsdaling of kunstmatig geïnduceerd coma te veroorzaken. Er wordt bij voorkeur gebruik gemaakt van natrium thiobarbital.

Indien er problemen zijn met de aanlevering van natrium thiobarbital kan als alternatief propofol gebruikt worden.

Het is van het grootste belang dat de patiënt de werking van de toegediende spierverslapper niet ervaart, aangezien dit gepaard gaat met een verstikkingsgevoel. Daarom moet er sprake zijn van een maximale bewustzijnsverlaging. Ook bij patiënten met een verminderd bewustzijn wordt een hypnoticum in de aanbevolen dosering toegediend.

Bij de in deze richtlijn gebruikte middelen en doseringen is het risico op een onvoldoende diepe bewustzijnsverlaging bij een correct geplaatste katheter zeer gering. Vaak treedt reeds apnoe op tijdens het toedienen van het hypnoticum.

In deze richtlijn wordt aanbevolen om steeds een spierverslapper toe te dienen.

De kenmerken van een medicamenteus geïnduceerd diep coma zijn de volgende:

- de patiënt reageert niet op aanspreken
- ernstige depressie van ventilatie met een trage, oppervlakkige ademhaling of afwezigheid van ademhaling
- afwezige wimperreflex

#### *DOSERING HYPNOTICUM BIJ COMA-INDUCTIE*

Natrium thiobarbital

De standaarddosering is 2000 mg (of 30 mg/kg voor 70 kg). Deze dosering is gemiddeld 10 x hoger dan bij de inductie van een algemene anesthesie.

Dit is voldoende tot een gewicht van 150 kg<sup>7</sup>.

Natrium thiobarbital wordt opgelost in een minimaal volume van 20 ml. Dit om te voorkomen dat de patiënt pijn ervaart tijdens het inspuiten.

#### *BIJWERKINGEN*

Afhankelijk van de snelheid van het inspuiten kan patiënt beginnen hoesten of snurken. Hoe sneller toegediend hoe minder dit zal optreden. Bij snel toedienen moet men de naasten wel verwittigen van de zeer snelle bewustzijnsdaling.

#### **13.5.3 Manier van toedienen**

De medicatie wordt als bolus ingespoten. De medicatie wordt toegediend op minder dan 5 minuten. Hoe trager de hypnotica worden toegediend hoe lager de kans op ademhalingsstilstand.

Na toedienen van het hypnoticum wordt 10 ml NaCl 0,9% toegediend of laat men het infuus op maximale snelheid inlopen. Dit garandeert dat de volledige dosis is toegediend en vermijdt neerslagvorming van natrium thiobarbital met het spierverslappend middel.

#### **13.5.4 Spierverslapping**

Het toedienen van een spierverslapper na de coma-inductie veroorzaakt een definitieve ademhalingsstilstand. De spierverslapper wordt onmiddellijk na de hypnotica toegediend. Indien reeds een ademhalingsstilstand is opgetreden na het toedienen van de hypnotica verhindert de spierverslapper dat de ademhaling zich zou hernemen.

De veroorzaakte hypoxie zal samen met de cardiovasculaire depressie een hartstilstand veroorzaken.

---

<sup>7</sup> Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, KNMP en KNMG, augustus 2012.

#### *DOSERING SPIERVERSLAPPER*

Het is niet zinvol om de dosis van de spierverslapper te verhogen boven de maximale dosis. Wegens de ademhalingsdeprimerende werking van de hypnotica zal de definitieve ademhalingsstilstand snel optreden.

#### *BIJWERKINGEN*

Patiënten in goede algemene toestand vertonen minder cardiovasculaire depressie en kunnen cyanotisch worden door de circulatie van gedesatureerd bloed. Het is aan te bevelen de naasten te verwittigen van deze reactie.

#### **13.5.5 Manier van toedienen**

Ook als de patiënt na toediening van het coma-inductiemiddel niet meer ademt - of zelfs lijkt te zijn overleden - wordt de spierverslapper toegediend. De spierverslapper wordt altijd in bolus toegediend.

#### **13.5.6 Tijdsduur tot overlijden**

Na het toedienen van de spierverslapper treedt de dood meestal snel in, vaak in minder dan 5 minuten. Uitzonderlijk treedt de hartstilstand slechts op na meer dan 15 minuten. Het is belangrijk om de naasten zowel van de kans op zeer kort verloop maar ook op een langer verloop voor te bereiden en ze te ondersteunen tijdens het stervensproces.

#### **13.5.7 Invullen van de overlijdensakte**

Wanneer iemand overlijdt ten gevolge van *euthanasie* wordt deze persoon geacht een natuurlijke dood te zijn gestorven.

Op model III3 "Overlijden van een persoon van een persoon van een jaar of ouder" wordt op strook C als aard van het overlijden een "natuurlijke oorzaak" aangekruist. Als doodsoorzaak wordt de aandoening waaraan de patiënt zou overlijden vermeld.

Op overlijdensattesten (voor bv. verzekeringen) vermeldt men "natuurlijk overlijden", indien gevraagd kan ook de aandoening waaraan de patiënt zou overlijden vermeld worden.

## 13.6 PLANNING VAN DE UITVOERING

### **DAGEN VOORAF**

- Spreek met de patiënt de plaats, de dag en het uur van de uitvoering af. Blokkeer uw agenda minimaal een half uur voor en één uur na de uitvoering.
- Ga na of de patiënt een ritueel wenst.
- Vraag aan de patiënt welke personen aanwezig zullen zijn. Voorzie tijd om deze personen de procedure uit te leggen. Beschrijf de procedure maar ook de reacties (pijn bij injectie, hoesten, snurken, blauw verkleuren) van de patiënt. Benadruk dat de patiënt geen verstikkingsgevoel kan ervaren.
- Bespreek met de patiënt welke hulpverleners zullen aanwezig zijn: thuisverpleegkundige, lid palliatieve thuiszorgelijke, een andere arts ter ondersteuning, ...
- Evalueer de toestand van de aanprikbare venen of het aanwezige inwendig poortsysteem zeker 24 uur vooraf.
- Neem contact op met de apotheker en bestel de medicatie. Maak je voorschrift voor deze hulpmiddelen en producten met de toevoegingen:
  - *in toepassing van de Wet Euthanasie van 28 mei 2002*
  - *medicatie persoonlijk aan de arts af te leveren*
- Bestel een dubbele hoeveelheid medicatie en het nodige hulpmateriaal (noodset)
- Bezoek de patiënt:
  - Herbevestiging van het expliciet verzoek
  - Overlopen van de procedure
  - Bevestigen van de aanwezigen

### **ENKELE UREN TOT 24 UUR VOORAF**

- Plaats of laat een intraveneuze katheter plaatsen.
- Indien je niet zelf de katheter of infuus plaatst: contacteer de verpleegkundige (en maak een voorschrift voor deze handeling met de toevoeging *in overeenstemming met de Wet van 28 mei 2002*) of de collega die dit opneemt.
- Haal de medicatie en de hulpmiddelen af.
- Ga na of je dossier volledig is.
- Overloop een laatste maal de procedure. Gebruik het evaluatieformulier als leidraad.
- Vul eventueel het formulier al gedeeltelijk in.

### **EEN HALF UUR VOOR UITVOERING**

- Bespreek met de patiënt opnieuw zijn verzoek.
- Zet mobiele telefoon uit. Vraag dit ook aan de naasten en de andere zorgverleners.
- Ga na of de naasten de procedure begrepen hebben.
- Bespreek wat je verwacht van de andere zorgverleners (aangeven medicatie, ondersteunen naasten).
- Controleer de intraveneuze toegangsweg en het functioneren van de driewegkraan.
- Laat 500 ml NaCl 0,9% lopen op de intraveneuze lijn.
- Bereid de producten voor en label de spuiten:
  - midazolam **5 - 15mg** in 1 wegwerpspuit van 10 ml
  - natrium thiobarbital (Thiobarbital® B. Braun 1gr) **2g** in 20 ml NaCl 0,09% oplossen: 1 wegwerpspuit van 20 ml
  - cisatracuriumbesilaat (Nimbex® 10mg/5ml) **20 mg** in 1 wegwerpspuit van 10 ml



### **DE UITVOERING**

- Voorzie voldoende plaats en werkruimte voor jezelf en diegene die je bijstaat.
- Laat de verschillende aanwezigen afscheid nemen.
- Vraag een laatste maal om het verzoek te bevestigen. Vraag tevens of hij/zij nog iets wil zeggen en laat hiervoor de nodige ruimte.
- Zet het infuus maximaal open.
- De toediening:
  - stap 1 (indien zo afgesproken met de patiënt) sedatie met midazolam
  - stap 2: coma-inductie met natrium thiobarbital
  - stap 3: laat infuus even lopen zodat alle thiobarbital uit de leiding verwijderd wordt
  - stap 4: observeer of de patiënt in diep coma is:
    - de patiënt reageert niet op aanspreken
    - er is een ernstige depressie van ventilatie, blijkend uit een trage, oppervlakkige ademhaling of ademhalingsstilstand
    - de beschermende reflexen, zoals de wimperreflex, zijn afwezig
    - er is een ernstige depressie van circulatie, blijkend uit een trage en zwakke pols. Dit kan afwezig zijn.
  - stap 5: dien de spierverslapper toe
  - stap 6: stel het overlijden vast
- Condoleer de naasten.
- Na vaststellen van overlijden: verwijder de katheter en ander hulpmiddelen. Sluit insteekplaats af met kleefpleister.
- Vul de overlijdensakte in: natuurlijke dood.
- Verzamel al het gebruikte en niet gebruikte materiaal en bezorg dit aan de apotheker. Deze overhandigt je een ontvangstbewijs voor de niet gebruikte medicatie.
- Vul het registratieformulier in.

## 14 NAZORG

---

### 14.1 VOOR DE NAASTEN

Het is van belang om aan de betrokkenen de mogelijkheid van psychologische bijstand te bieden.

Het is goed om na de uitvoering van de euthanasie voldoende tijd te voorzien om de naasten te beluisteren omtrent hun beleving.

### 14.2 NABESPREKING MET DE BETROKKEN HULPVERLENERS

Een euthanasieprocedure kan een emotionele ervaring zijn voor betrokken zorgverleners.

Het is sterk aan te bevelen het hele proces met de betrokken zorgverleners te evalueren en ruimte te geven voor emotionele reacties.

Het bewaken van eigen draagkracht en de draagkracht van teamleden staat voorop.

Een evaluatie van de besluitvorming is nuttig voor de kwaliteit van volgende beslissingsprocessen.

## 15 KERNBOODSCHAPPEN

	GRADE	
Opleiding en ervaring in palliatieve zorg verhoogt de kwaliteit van de exploratie van wensen bij het levenseinde en de verzoeken tot euthanasie.	1C	8
Het is aan te bevelen bij een vraag tot euthanasie een multidisciplinair palliatief team te betrekken. Een multidisciplinair team kan de besluitvorming en exploratie van een vraag ondersteunen.	1C	9,10,1
De onafhankelijke arts wordt tijdig ingeschakeld en vooraleer tot afspraken tot uitvoering is overgegaan.	1C	1,2,3
Bij transfer naar andere zorgsetting is het vastleggen van de verantwoordelijkheden i.v.m. verdere exploratie, besluitvorming en uitvoering essentieel.	1C	11
Indien patiënt een verzoek heeft tot euthanasie is het aanbevolen om tijdig de exploratie op te starten, ook als het ondraaglijk lijden zich in de toekomst situeert.	1C	12,13,14
Een opleiding in palliatieve zorg of eindelevenbeslissingen verhoogt de kans op kwaliteitsvolle zorg en vermindert de emotionele impact op artsen en teams.	1C	5,15

<sup>8</sup> Van Wesemael Y, Cohen J, Bilsen J, et al. Process and Outcomes of Euthanasia Requests Under the Belgian Act on Euthanasia: A Nationwide Survey. *J Pain Symptom Manage* 2011; 42:721-33

<sup>9</sup> Chambaere K, Vander Stichele R, Mortier F, et al. Recent trends in euthanasia and other end-of-life practices in Belgium. *N Engl J Med* 2015; 372:1179-81

<sup>10</sup> Dierickx S. Comparison of the Expression and Granting of Requests for Euthanasia in Belgium in 2007 vs 2013. *JAMA Intern Med* 2015; 175:1703-6

<sup>11</sup> Pardon K. Expressed wishes and incidence of euthanasia in advanced lung cancer patients. *Eur Respir J* 2012; 40: 949-956

<sup>12</sup> Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, Pasman HR, et al. The last phase of life: who requests and who receives euthanasia or physician-assisted suicide? *Med Care* 2010; 48:596-603

<sup>13</sup> Rietjens J, van Delden J, Onwuteaka-Philipsen B, et al. Continuous deep sedation for patients nearing death in the Netherlands: descriptive study. *BMJ*, 2008; 336:810-13

<sup>14</sup> Jansen-van der Weide M, Onwuteaka-Philipsen BD, et al. Granted, undecided, withdrawn, and refused requests for euthanasia and physician-assisted suicide. *Arch Intern Med* 2005; 165:1698-704,

<sup>15</sup> Rietjens JA, van Delden JJ, van der Heide A, et al. Terminal sedation and euthanasia: a comparison of clinical practices. *Arch Intern Med* 2006; 166:749-53

	GRADE	
De verpleegkundige of het verpleegkundig team wordt betrokken bij de procedure en bij alle praktische aspecten van uitvoering met uitzondering van het toedienen van de lethale middelen.	1C	16,17, 18,19
Dosis thiopental hoger dan 2 g of 20 mg/kg in bolus geeft geen snellere coma inductie.	1C	20,21
Het is aanbevolen steeds spierverslappers in standaarddosering te gebruiken, overdoses zijn nutteloos.	1C	22,23, 24
Bij te verwachten problemen met de intraveneuze lijn worden alternatieven tijdig besproken.	1C	19, 25
Euthanasie heeft een grote emotionele impact op artsen. Factoren die meespelen zijn de arts-patiëntrelatie, de verantwoordelijkheid voor de procedure, de rol van de familie en de maatschappelijke verwachtingen.	1C	26,27

<sup>16</sup> Francke AL, Albers G, Bilsen J, et al. Nursing staff and euthanasia in the Netherlands. A nation-wide survey on attitudes and involvement in decision making and the performance of euthanasia. *Patient Educ Couns* 2016; 99:783-9

<sup>17</sup> Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F, et al. The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium. *CMAJ* 2010; 182:905-10

<sup>18</sup> Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F, et al. Attitudes of nurses towards euthanasia and towards their role in euthanasia: a nationwide study in Flanders, Belgium. *Int J Nurs Stud* 2009; 46:1209-18

<sup>19</sup> Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F, et al. Nurses' attitudes towards end-of-life decisions in medical practice: a nationwide study in Flanders, Belgium. *Palliat Med* 2009; 23:649-58

<sup>20</sup> Russo H, Bressolle F. Pharmacodynamics and pharmacokinetics of thiopental. *Clin Pharmacokinet* 1998; 35:95-134

<sup>21</sup> Spri BJ. Ter discussie Mag het ietsje minder zijn? Laat dosis thiopental bij euthanasie afhangen van lichaamsgewicht. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010; 154:A1882

<sup>22</sup> Rurup ML, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, et al. Trends in the agents used for euthanasia and the relationship with the number of notifications]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150:618-24

<sup>23</sup> Horikx A, Admiraal A. Toepassing van euthanatica; ervaringen van artsen bij 227 patiënten, 1998-2000. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 144:2497-500,

<sup>24</sup> Groenewoud J, H. Klinische problemen bij de uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 144:935-41

<sup>25</sup> Lalmohamed A, Horikx A. Ervaringen met euthanatica sinds 2007; onderzoek naar problemen in de uitvoering. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010; 154:A1882

<sup>26</sup> van Marwijk H, Haverkate I, van Royen P, et al. Impact of euthanasia on primary care physicians in the Netherlands. *Palliat Med*, 2007; 21:609-14

<sup>27</sup> Smets T, Cohen J, Bilsen J, 2007; 21:609-14

<sup>27</sup> Smets T, Cohen J, Bilsen J, et al. Attitudes and experiences of Belgian physicians regarding euthanasia practice and the euthanasia law. *J Pain Symptom Manage* 2011; 41:580-93

	GRADE	
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. Deze onafhankelijkheid veronderstelt dat er geen hiërarchische, familiale of financiële band tot de uitvoerende arts bestaat.	1C	28,29
Wanneer de arts onvoldoende ervaring heeft in het plaatsen van een IV-lijn mag hij beroep doen op een verpleegkundige met expertise hierin.	1C	30
Niemand kan namens de patiënt een euthanasieverzoek doen, zelfs met een machtiging. Basisprincipe is dat de patiënt zelf om euthanasie moet verzoeken	1C	31,32
Het uitvoeren van de levensbeëindiging op verzoek: 1. De arts dient het coma inducerend middel toe; 2. De arts controleert de diepte van het coma; 3. De arts dient de spierverslapper toe; 4. De arts blijft aanwezig tot hij de dood heeft vastgesteld 5. De arts heeft noodset intraveneuze middelen bij zich	1C	24,25

<sup>28</sup> Delbeke E, Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde, Antwerpen-Cambridge, Intersentia, 2012 pag,159

<sup>29</sup> EuthanasieCode 2018, RTE euthanasiecommissie.nl 2018 28-29

<sup>30</sup> Richtlijn Euthanasie. [www.pallialine.be](http://www.pallialine.be) 2018 21

<sup>31</sup> Delbeke E, Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde, Antwerpen-Cambridge, Intersentia, 2012 pag140

<sup>32</sup> Wet Euthanasie, 2002, Art, 3 §1

## 16 DE AANGIFTE

---

### 16.1 INVULLEN VAN HET OVERLIJDENSATTEST (MODEL IIIC)

Op het attest wordt de aard van het overlijden van de patiënt aangegeven als een 'natuurlijk overlijden' en als doodsoorzaak wordt de ziekte van de patiënt opgegeven. De euthanasie-uitvoering wordt dus niet vermeld als doodsoorzaak. (artikel 15 Wet euthanasie 2002).

### 16.2 FORMELE DOCUMENTEN

Voor verzekeringen of andere formele documenten waarop de doodsoorzaak van de patiënt moet worden vermeld, wordt als oorzaak van overlijden de aandoening van de patiënt opgegeven en een natuurlijk overlijden.

### 16.3 REGISTRATIE EUTHANASIE

De arts die euthanasie heeft toegepast, verzendt binnen vier werkdagen het volledig ingevulde registratiedocument aan de Federale Controle- en Evaluatiecommissie. Deze verzending moet aangetekend gebeuren. Bewaar een kopie van deze aangifte in het eigen dossier.

Het registratiedocument bestaat uit twee delen. Het eerste deel bevat persoonsgegevens van de patiënt, de uitvoerende arts en andere betrokken hulpverleners. Dit deel wordt onder gesloten omslag aan de commissie bezorgd. Het tweede deel is geanonimiseerd. De commissie zal het eerste deel pas openen als uit het tweede deel twijfel zou ontstaan over de zorgvuldigheid van de uitvoering.

[www.health.belgium.be/euthanasie](http://www.health.belgium.be/euthanasie)

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

# 17 28 MEI 2002. - WET BETREFFENDE DE EUTHANASIE. B.S. 22.06.2002

---

Gewijzigd door:

10 NOVEMBER 2005. - Wet tot aanvulling van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie met bepalingen over de rol van de apotheker en het gebruik en de beschikbaarheid van euthanatica. B.S. 13.12.2005

10 NOVEMBER 2005. - Wet tot aanvulling van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie met bepalingen over de rol van de apotheker en het gebruik en de beschikbaarheid van euthanatica. – Erratum. B.S. 21.03.2016

6 JANUARI 2014. – Wet tot wijziging van diverse wetten ten gevolge van de hervorming van de Senaat. B.S. 3.01.2014

28 FEBRUARI 2014. - Wet tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, teneinde euthanasie voor minderjarigen mogelijk te maken; B.S. 12.03.2014

16 JUNI 2016. - Wet tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie wat de samenstelling van de Federale Controle-en Evaluatiecommissie betreft. B.S. 30.06.2016

---

**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;~~

- de patiënt een handelingsbekwame meerderjarige, of een handelingsbekwame ontvoogde minderjarige, of nog een oordeelsbekwame minderjarige is en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek; (Wet 28/02/2014. B.S. 12/03/2014)
- het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is, en niet tot stand gekomen is als gevolg van enige externe druk;
- de meerderjarige of ontvoogde minderjarige (Wet 28/02/2014. B.S. 12/03/2014) patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;
- de minderjarige patiënt die oordeelsbekwaam is, zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek lijden dat niet gelenigd kan worden en dat binnen afzienbare

*termijn het overlijden tot gevolg heeft, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening; (Wet 28/02/2014. B.S. 12/03/2014)*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*7° indien de patiënt een niet-ontvoogde minderjarige is, bovendien een kinder- en jeugdpsychiater of een psycholoog raadplegen en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde specialist neemt kennis van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt, vergewist zich van de oordeelsbekwaamheid van de minderjarige en attesteert dit schriftelijk.*

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

*Tijdens een onderhoud met de wettelijke vertegenwoordigers van de minderjarige bezorgt de behandelende arts hen alle in § 2, 1°, bedoelde informatie, en vergewist hij zich ervan dat zij hun akkoord geven betreffende het verzoek van de minderjarige patiënt. (Wet 28/02/2014. B.S. 12/03/2014)*

§ 3. Indien de arts van oordeel is dat de *meerderjarige of ontvoogde minderjarige (Wet 28/02/2014. B.S. 12/03/2014)*patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, moet hij bovendien :

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



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

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

~~§ 4. Het verzoek van de patiënt moet op schrift zijn gesteld.~~ *Het verzoek van de patiënt, alsook de instemming van de wettelijke vertegenwoordigers indien de patiënt minderjarig is, worden op schrift gesteld. (Wet 28/02/2014. B.S. 12/03/2014)*

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

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

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

*§ 4/1. Nadat de arts het verzoek van de patiënt heeft behandeld, wordt aan de betrokkenen de mogelijkheid van psychologische bijstand geboden. (Wet 28/02/2014. B.S. 12/03/2014)*

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

**Art. 3 bis.** *De apotheker die een euthanaticum aflevert, pleegt geen misdrijf wanneer hij handelt op basis van een voorschrift waarop de arts uitdrukkelijk vermeldt dat hij handelt in overeenstemming met deze wet.*

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

*De Koning neemt de nodige maatregelen om de beschikbaarheid van euthanatica te verzekeren, ook in officina-apotheken die toegankelijk zijn voor het publiek. (Wet 10/11/2005. BS 31/12/2005)*

### HOOFDSTUK III. - De wilsverklaring

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

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

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

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

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

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

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

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

De wilsverklaring kan op elk moment aangepast of ingetrokken worden.

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

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

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

Onverminderd 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 van wie er minstens vier docent, hoogleraar of emeritus-hoogleraar zijn~~ aan een Belgische universiteit. ~~Vier leden zijn hoogleraar in de rechten aan een Belgische universiteit~~ Vier leden zijn docent, hoogleraar of emeritus-hoogleraar in de rechten aan een Belgische universiteit, (Wet 12/06/2016. B.S. 30/06/2016) 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~~ Kamer van volksvertegenwoordigers, (Wet 06/01/2014. B.S. 31/01/2014) voor een termijn van vier jaar, die kan worden verlengd. Het mandaat wordt van rechtswege beëindigd indien het lid de hoedanigheid waarin hij zetelt verliest. De kandidaten die niet als effectief lid zijn aangewezen, worden tot plaatsvervanger benoemd, in de orde van opvolging die volgens een lijst bepaald wordt. De commissie wordt voorgezeten door een Nederlandstalige en een Franstalige voorzitter. Deze voorzitters worden verkozen door de commissieleden van de desbetreffende taalgroep.

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

§ 3. De commissie stelt haar huishoudelijk reglement op.

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

Dit document bestaat uit twee delen. Het 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(en).

*6° de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV en het adres van de apotheker die het euthanaticum heeft afgeleverd, de afgeleverde producten en hun hoeveelheid en eventueel het overschot dat aan de apotheker werd terugbezorgd. (Wet 10/11/2005. B.S. 21/03/2016)*

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 evaluatietoek.

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

1° het geslacht, de geboortedatum en de geboorteplaats van de patiënt *en met betrekking tot de minderjarige patiënt, of hij ontvoogd was; (Wet 10/11/2005. B.S. 21/03/2016)*

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.

De commissie spreekt zich binnen twee maanden uit.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Art. 12.** Eenieder die, in welke hoedanigheid ook, zijn medewerking verleent aan de toepassing van deze wet, is verplicht tot geheimhouding van de gegevens die hem in de uitoefening van zijn opdracht worden toevertrouwd en die hiermee verband houden. Artikel 458 van het Strafwetboek is op hem van toepassing.

~~**Art. 13.** Binnen zes maanden na het indienen van het eerste verslag en, in voorkomend geval, van de aanbevelingen van de commissie, bedoeld in artikel 9, vindt hierover een debat plaats in de 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. Binnen zes maanden na het indienen van het eerste verslag en, in voorkomend geval, van de aanbevelingen van de commissie, bedoeld in artikel 9, vindt hierover een debat plaats in de Kamer van volksvertegenwoordigers. Die termijn van zes maanden wordt geschorst gedurende de periode dat de Kamer van volksvertegenwoordigers is ontbonden en/of dat er geen Regering is die het vertrouwen heeft van de Kamer van volksvertegenwoordigers. (Wet 06/01/2014. B.S. 31/01/2014)~~

## HOOFDSTUK VI. - Bijzondere bepalingen

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

Geen arts kan worden gedwongen euthanasie toe te passen.

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

**Art. 15.** Een persoon die overlijdt ten gevolge van euthanasie toegepast met toepassing van de voorwaarden gesteld door deze wet, wordt geacht een natuurlijke dood te zijn gestorven wat betreft de uitvoering van de overeenkomsten waarbij hij partij was, en met name de verzekeringsovereenkomsten.

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

**Art. 16.** Deze wet treedt in werking ten laatste drie maanden nadat ze in het Belgisch Staatsblad is bekendgemaakt.

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

Brussel, 28 mei 2002.

## 18 VOORBEELD VAN EEN SCHRIFTELIJK VERZOEK TOT EUTHANASIE

---

*(patiënt is in staat om dit zelf te schrijven)*

*Ik **voornaam naam***

*verzoek om euthanasie.*

*Ik verklaar dat ik mij ten volle bewust ben van mijn gezondheidstoestand en op de hoogte ben van mijn levensverwachtingen.*

*Ik ondervind een aanhoudend en ondraaglijk **fysiek en/of psychisch** lijden dat onvoldoende kan worden weggenomen.*

*Ik doe dit verzoek vrijwillig en overwogen.*

*Dit verzoek is niet tot stand gekomen als gevolg van externe druk.*

*Mijn persoonlijke gegevens zijn de volgende:*

***voornaam en naam***

*domicilieadres: **straat en nr postnummer en gemeente***

*eventueel verblijfsadres: **straat en nr postnummer en gemeente***

***geboorteplaats en -datum***

*rijksregisternummer **XX.XX.XX-XXX.XX** (zie identiteitskaart)*

.

*Opgemaakt te **gemeente***

*op datum **dd/mm/jjjj***

*(handtekening, **voornaam en naam van de verzoeker- leesbaar**)*

## 19 VOORBEELD VOOR SCHRIFTELIJK VERZOEK TOT EUTHANASIE

---

*(door derde; patiënt is NIET in staat om dit zelf op te stellen)*

**Voornaam naam patiënt** meldt mij niet in staat te zijn om **zijn/haar** verzoek tot euthanasie op schrift te stellen en dit om volgende reden:

zie attest in bijlage

en heeft mij, **voornaam naam derde** aangewezen om **zijn/haar** verzoek schriftelijk vast te leggen. Mijn persoonlijke gegevens, zijn:

**voornaam en naam adres straat nr. postnummer en gemeente**

**geboorteplaats en -datum**

**rijksregisternummer XX.XX.XX-XXX.XX (zie identiteitskaart)**

Ik heb geen materieel belang bij het overlijden van de verzoeker.

Bij het opstellen van dit verzoek is:

**arts, voornaam naam RIZIV nr 000/0000000/000** aanwezig.

-----

**voornaam naam patiënt**

**domicilieadres: straat en nr postnummer en gemeente**

**eventueel verblijfsadres: straat en nr postnummer en gemeente**

**geboorteplaats en -datum**

**rijksregisternummer XX.XX.XX-XXX.XX (zie identiteitskaart)**

verzoekt om euthanasie.

**Hij/zij** verklaart zich ten volle bewust te zijn van **zijn/haar** gezondheidssituatie en van **zijn/haar** levensverwachtingen op de hoogte te zijn.

**Hij/zij** verklaart aanhoudend en ondraaglijk **fysiek en/of psychisch** lijden te ondervinden dat onvoldoende kan worden weggenomen.

**Hij/zij** verklaart dat dit verzoek vrijwillig en overwogen is.

**Hij/zij** verklaart dat dit verzoek is niet tot stand gekomen als gevolg van externe druk.

**rijksregisternummer XX.XX.XX-XXX.XX (zie identiteitskaart)**

Opgemaakt te **gemeente** op **datum**

(handtekening, voornaam en naam van de opsteller - derde)

(handtekening, voornaam en naam van de aanwezige arts)



## 20 FORMULIER VAN WILSVERKLARING INZAKE EUTHANASIE

---

**KONINKRIJK BELGIE**

**Wettelijke basis : KB 2/04/2003**

## Formulier van wilsverklaring inzake euthanasie

---

### **Rubriek I. Verplichte gegevens**

#### **A. Voorwerp van de wilsverklaring**

De Heer/Mevrouw (\*) (naam en voornaam) :

(\*) verzoekt dat voor het geval hij/zij (\*) niet meer in staat is tot wilsuiting, een arts euthanasie toepast indien voldaan is aan de voorwaarden vastgesteld in de wet van 28 mei 2002 betreffende euthanasie.

(\*) herbevestigt de wilsverklaring tot euthanasie die werd opgesteld op (datum) (1) :

(\*) herziet de wilsverklaring tot euthanasie die werd opgesteld op (datum) (1) :

(\*) trekt de wilsverklaring tot euthanasie, die werd opgesteld op (datum) (1) :

#### **B. Persoonlijke gegevens van de verzoeker**

Mijn persoonlijke gegevens zijn de volgende :

- hoofdverblijfplaats :
- volledig adres :
- identificatienummer in het Rijksregister :
- geboorteplaats en geboortedatum(dd/mm/jjjj) :

#### **C. Kenmerken van de wilsverklaring**

Deze verklaring werd vrij en bewust afgelegd. Dit wordt onderschreven door de handtekening van de twee getuigen en in voorkomend geval van de vertrouwensperso(o)n(en).

Ik verwacht dat deze wilsverklaring wordt geëerbiedigd.

#### **D. De getuigen**

De getuigen ten overstaan waarvan ik deze wilsverklaring afleg, zijn :

- 1) naam en voornaam :  
hoofdverblijfplaats :  
volledig adres :  
identificatienummer in het Rijksregister :  
telefoonnummer :  
geboortedatum en geboorteplaats :  
eventuele graad van verwantschap :
  
- 2) naam en voornaam :  
hoofdverblijfplaats :  
volledig adres :

identificatienummer in het Rijksregister :  
telefoonnummer :  
geboortedatum en geboorteplaats :  
eventuele graad van verwantschap :

## **Rubriek II. Facultatieve gegevens**

### **A. De eventueel aangewezen vertrouwenspersonen**

**Als vertrouwensperso(o)n(en), waarvan ik wens dat hij/zij onmiddellijk op de hoogte wordt (worden) gebracht indien ik mij in een toestand bevind waarin de wilsverklaring van toepassing zou kunnen zijn en dat hij/zij tijdens de procedure wordt (worden) betrokken, wijs ik in volgorde van voorkeur aan :**

- 1) naam en voornaam :  
hoofdverblijfplaats :  
volledig adres :  
identificatienummer in het Rijksregister :  
telefoonnummer :  
geboortedatum en geboorteplaats :  
eventuele graad van verwantschap :
- 2) naam en voornaam :  
hoofdverblijfplaats :  
volledig adres :  
identificatienummer in het Rijksregister :  
telefoonnummer :  
geboortedatum en geboorteplaats :  
eventuele graad van verwantschap :
- 3) naam en voornaam :  
hoofdverblijfplaats :  
volledig adres :  
identificatienummer in het Rijksregister :  
telefoonnummer :  
geboortedatum en geboorteplaats :  
eventuele graad van verwantschap :
- 4) naam en voornaam :  
hoofdverblijfplaats :  
volledig adres :  
identificatienummer in het Rijksregister :  
telefoonnummer :  
geboortedatum en geboorteplaats :  
eventuele graad van verwantschap :
- 5) naam en voornaam :  
hoofdverblijfplaats :  
volledig adres :  
identificatienummer in het Rijksregister :

telefoonnummer :  
geboortedatum en geboorteplaats :  
eventuele graad van verwantschap :

6) naam en voornaam :  
hoofdverblijfplaats :  
volledig adres :  
identificatienummer in het Rijksregister :  
telefoonnummer :  
geboortedatum en geboorteplaats :  
eventuele graad van verwantschap :

7) naam en voornaam :  
hoofdverblijfplaats :  
volledig adres :  
identificatienummer in het Rijksregister :  
telefoonnummer :  
geboortedatum en geboorteplaats :  
eventuele graad van verwantschap :

8) naam en voornaam :  
hoofdverblijfplaats :  
volledig adres :  
identificatienummer in het Rijksregister :  
telefoonnummer :  
geboortedatum en geboorteplaats :  
eventuele graad van verwantschap :

9) naam en voornaam :  
hoofdverblijfplaats :  
volledig adres :  
identificatienummer in het Rijksregister :  
telefoonnummer :  
geboortedatum en geboorteplaats :  
eventuele graad van verwantschap :

10) naam en voornaam :  
hoofdverblijfplaats :  
volledig adres :  
identificatienummer in het Rijksregister :  
telefoonnummer :  
geboortedatum en geboorteplaats :  
eventuele graad van verwantschap :

**B. Gegevens weer te geven door de persoon die fysiek blijvend niet in staat is een wilsverklaring op te stellen en te tekenen**

De reden waarom ikzelf fysiek blijvend niet in staat ben deze wilsverklaring op te stellen en te ondertekenen is de volgende :

.....

.....  
.....

Als bewijs hiervan, voeg ik een medisch getuigschrift in bijla e.

Ik heb (naam en voornaam) aangewezen om deze wilsverklaring schriftelijk vast te leggen.  
De persoonlijke gegevens van voornoemde persoon zijn de volgende :

- naam en voornaam :
- hoofdverblijfplaats :
- volledig adres :
- identificatienummer in het Rijksregister :
- telefoonnummer :
- geboortedatum en geboorteplaats :
- eventuele graad van verwantschap :

g

---

Deze verklaring is opgemaakt in (aantal).....ondertekende exemplaren die worden  
bewaard (op een plaats of bij een persoon) :

.....  
.....  
.....

Gedaan

op.....te.....

Handtekening van de gemeentelijke ambtenaar en stempel

Datum en handtekening van de verzoeker :

Datum en handtekening van de aangewezen persoon bij het fysiek blijvend niet in staat zijn  
van de verzoeker (1) :

Datum en handtekening van de twee getuigen :

Datum en handtekening van de aangewezen vertrouwsperso(o)n(en) (1) :

(bij iedere datering en handtekening worden de hoedanigheid en de naam vermeld)

## 21 LITERATUUR

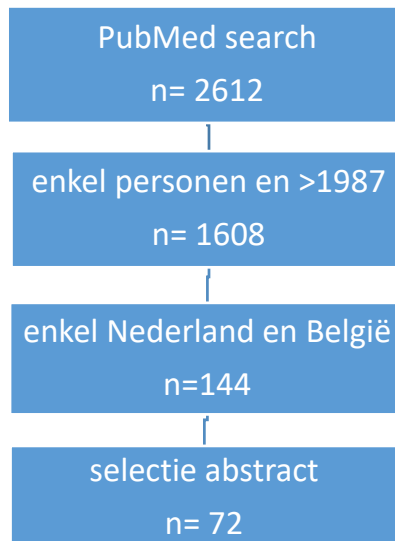
---

Voor de literatuursearch (29-06-2017) van deze richtlijn raadpleegde de auteursgroep:

- Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde
- Diverse beschikbare richtlijnen en stappenplannen in Vlaanderen
- PubMed met de volgende zoektermen:  
euthanasia AND (request OR advance directives OR living wills OR mentally competent OR medical (induced) coma OR irreversible coma OR drugs OR doses).

Inclusiecriteria:

- Niet specifiek, all article types (n=2612)
- Enkel personen; geen dieren (n=2114)
- Datum: van 1987/01/01 to 2017/07/01 (n=1608)
- Criterium: AND (Belgium OR Netherlands) (n=144)
- Exclusiecriteria: no authors listed (n=2)
- Selectie op titel en abstract (n=72)
  - Exclusie: euthanasie voor kinderen, neonaten
  - Artikels in Frans, Duits en Nederlands worden ook geïnccludeerd
  - Exclusie: Palliatieve sedatie
  - Inclusie: PAS
  - Inclusie: specific patient groups



De volledige literatuurlijst kan op vraag bekomen worden bij de redactieraad: [info@pallialine.be](mailto:info@pallialine.be).