

# CONTROLE- EN EVALUATIECOMMISSIE

## EUTHANASIE

**Prof. Dr. Sigrid Sterckx**

**Gewoon Hoogleraar Ethiek & Politieke en Sociale Filosofie, UGent**

**Bioethics Institute Ghent ; End-of-Life Care Research Group UGent-VUB ; Koninklijke**

**Academie voor Geneeskunde van België**

# ACHTERGROND

# VOORAFGAANDELIJKE OPMERKINGEN

- Ik ben héél blij om in een land te leven waar euthanasie onder bepaalde voorwaarden wettelijk mogelijk is.

(zie bvb. recentste rapportering FCEE, p. 2 : “Herhaaldelijk werd gemeld dat conventionele palliatieve behandelingen niet in staat waren het lijden op een voor de betrokkene aanvaardbare manier onder controle te brengen. Eveneens werd er frequent vermeld dat de patiënt euthanasie verkoos boven palliatieve sedatie. “)

- Ik vind de Belgische euthanasiewet grotendeels heel goed doordacht en geformuleerd.
- In het bijzonder het expliciet vermelden *in de wet zelf* van al de criteria die vervuld moeten zijn opdat iemand in aanmerking zou komen voor het verkrijgen van euthanasie (zie art. 3(1)) vind ik een zeer goede zaak.

# GERAPPORTEERDE EUTHANASIE : RECENTSTE CIJFERS

## Rapportering van de FCEE over het jaar 2021:

- **Aantal** gevallen in 2021: **2699**, voornamelijk thuis uitgevoerd (54,3%) (14,3% in WZC)
- Dit betekent **7,4** gerapporteerde gevallen **per dag**
- **Meest frequente soorten aandoening**: kanker (62,8%) en “polypathologie” (17,7% -- “meer dan de helft” van deze gevallen terminaal; 71% ouder dan 80;)
- **Psychiatrische aandoeningen**: 0,9 % van de gerapporteerde gevallen -- 24 gevallen in 2021 (8e meest voorkomende categorie van aandoeningen aan de basis van euthanasieverzoek)
- **Cognitieve stoornissen (“dementiële syndromen”)**: 1% van de gerapporteerde gevallen – 26 cases in 2021 (6e meest voorkomende categorie van aandoeningen)
- Personen met **niet-terminale aandoeningen**: 15,9% (i.e. **430 gevallen, voornamelijk “polypathologie” (191)** en neurologische aandoeningen (91))

# FOCUS VAN DEZE PRESENTATIE

Drie aspecten:

1. Sommige van de wettelijk bepaalde criteria voor het in aanmerking komen voor euthanasie zijn onderhevig aan herinterpretatie en 'uitrekking' : Voorbeeld: polypathologie
2. Euthanasie op basis van psychiatrische aandoeningen (heel kort)
3. Problemen met de a posteriori controle & visie FCEE op haar rol/macht

# VOORBEELD 'POLYPATHOLOGIE'

# TERMINTERFATIE / UITREKENING WET ELIJKE

## CRITERIA: ART. 3(1)

1	The <b>patient</b> has to be an adult, an emancipated minor or a minor with capacity for discernment
2	The patient has to make a voluntary, well-considered, repeated <b>request</b> that is not the result of external pressure
3	The patient has to be in a <b>medical condition</b> without prospect of improvement
4	The patient has to (a) experience constant and unbearable physical or psychological <b>suffering</b> (b) that cannot be alleviated
5	The patient's suffering should <u>result from</u> (a) a <u>serious and incurable</u> <b>disorder</b> (b) <b>caused</b> by illness or accident

[excuses – gekopieerd uit een van mijn Engelstalige papers]

# POLYPATHOLOGIE: GEGEVENS FCEE

- ‘the co-occurrence of multiple chronic or acute diseases and medical conditions within one person.’ (Van den Akker et al. 1996, definitie van ‘multimorbiditeit’ aangenomen als **definitie** van ‘polypathologie’ door de FCEE)
- **Tweede meest frequente reden** voor uitvoering euthanasie: 17,7% van alle gerapporteerde euthanasiegevallen in 2021
- Een **duidelijke meerderheid** (70,9% in 2021) betreft patiënten **ouder dan 80**
- FCEE persbericht over 2021:
  - *“Het lijden van patiënten met polypathologie is steeds een combinatie van het lijden veroorzaakt door verschillende chronische aandoeningen die evolueren naar een eindstadium [sic]”. - N.B. 287 “terminaal” maar 191 “niet-terminaal”]”*
  - *“Ook bij polypathologie moet het lijden een medische grondslag hebben. Het gevoel van een voltooid leven, levensmoeheid of hoge leeftijd in afwezigheid van een ernstige en ongeneeslijke aandoening zijn geen aanleiding tot een euthanasieverzoek [sic]”.*



# POLYPATHOLOGIE: POTENTIËLE PROBLEMEN

Bij euthanasieverzoek van iemand van wie het overlijden niet verwacht wordt binnen een afzienbare termijn ('niet terminaal'), moet de patiënt onderzocht worden door twee andere artsen

- De tweede van deze artsen moet een psychiater of een specialist in de aandoening van de patiënt zijn
- In geval van "polypathologie" oordeelt de FCEE echter dat de tweede geraadpleegde arts ook een huisarts mag zijn (*ongeacht* de combinatie van aandoeningen waaraan de patient lijdt)
- Volgens de Commissie is het dus perfect OK als alle artsen die betrokken zijn bij de beoordeling van het euthanasieverzoek huisartsen zijn



▪ Kritiek hierop: de tweede geraadpleegde arts zou een complementaire of een meer *specifieke* expertise moeten bezitten, dus geen scenario met uitsluitend huisartsen

# POLYPATHOLOGIE: POTENTIËLE PROBLEMEN

- Voorbeeld: indien een patiënt met een psychiatrische aandoening gediagnosticeerd wordt met een andere aandoening, kan dit ‘reframed’ worden als een geval van polypathologie, en kan volgens de FCEE elke huisarts dus optreden als de tweede geraadpleegde arts.
- Euthanasie zou in dit geval dus kunnen worden uitgevoerd zonder enige betrokkenheid van een psychiater
- Onderzoek van de End-of-Life Care onderzoeksgroep suggereert dat dit inderdaad gebeurt: Sigrid Dierickx en collega’s concludeerden uit hun studie van gerapporteerde gevallen van euthanasia op basis van psychiatrische aandoeningen:

*“Although it is a legal requirement to do so, a psychiatrist was not consulted in all cases with a diagnosis of psychiatric disorder” (Dierickx et al. 2017, 7) en dat:*

*“it may be that in these cases the person suffered from multiple pathologies, in which cases the Committee agreed that the legally required third physician could be a general practitioner.” (Dierickx et al. 2017, 7)*

# POLYPATHOLOGIE: POTENTIËLE PROBLEMEN

- Voor patiënten die ook in behandeling zijn bij een psychiater, kan euthanasie in theorie worden uitgevoerd op basis van “polypathologie”, zonder dat die psychiater daarover zelfs geïnformeerd zou worden.
- De mate waarin zich dit voordoet is niet geweten: in de verslagen van de FCEE wordt m.b.t. de hoedanigheid van de eerst geraadpleegde arts een onderscheid gemaakt tussen psychiaters, huisartsen, en specialisten. Wat betreft de hoedanigheid van de tweede geraadpleegde arts (vereist indien niet-terminale patiënt), plaatst de FCEE in haar verslagen echter zowel huisartsen als specialisten onder de noemer “specialist”.



Dit leidt tot een problematisch gebrek aan transparantie

# EUTHANASIE OP BASIS VAN PSYCHIATRISCHE AANDOENINGEN

# EUTHANASIE VOOR PSYCHIATRISCHE AANDOENINGEN

## Richtlijn van de **Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie** (**Vandenbergh, Titeca, et al. 2017**) :

- Vereist dat alle geïndiceerde behandelingen geprobeerd moeten zijn, dus niet louter ‘overwogen door’ of ‘besproken met’ met de patiënt
- Beveelt een periode van minstens een jaar aan tussen het schriftelijk verzoek en de eigenlijke uitvoering van euthanasie, omdat een dergelijke periode cruciaal is om na te gaan of de psychiatrische aandoening inderdaad ongeneeslijk is en het wel degelijk onmogelijk is om het lijden te lenigen.

# EUTHANASIE VOOR PSYCHIATRISCHE AANDOENINGEN

Richtlijn van de **Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie** (Vandenbergh, Titeca, et al. 2017) :

- Stelt: “Elke patiënt heeft het recht een redelijk behandelperspectief te weigeren, maar het gevolg daarvan is dat niet kan worden aangetoond dat de criteria ‘medische uitzichtloosheid’, ‘onbehandelbaarheid’ en ‘onlenigbaarheid van het lijden’ vervuld zijn, waardoor euthanasie niet mogelijk is.” (Vandenbergh et al. 2017, 3).

De **FCEE, daarentegen**, meent dat patiënten die *curatieve* behandelingen weigeren, nog steeds in aanmerking komen voor euthanasie.



>>> **Hoog tijd voor de FCEE om hetzij** de Richtlijn van de VVP als ‘good practice’ aan te bevelen **hetzij** (desgevallend) te motiveren waarom zij<sup>4</sup>

# A POSTERIORI CONTROLE

# A POSTERIORI CONTROLE

- De FCEE vergadert naar verluidt 11 keer per jaar. In 2021 werden 2699 gevallen gerapporteerd, dus **na elke vergadering moet over gemiddeld 245 gevallen een beslissing bereikt zijn** (“ja, maar er gebeurt eliminatie van te bespreken dossiers via ‘filtering’ door een administratief medewerker en ‘signalisatie’ door commissieleden”... : wat moeten we daarvan denken als burgers?)
- **Rapportering** aan de FCEE gebeurt **anoniem** (in Nederland is dit niet het geval!): **problematisch** want:
  - FCEE leden kunnen anoniem hun eigen euthanasiegevallen bespreken en goedkeuren
  - De wet vereist dat de tweede (en derde) arts onafhankelijk zijn
    - wanneer rapportering anoniem is, is het onmogelijk om dit te checken
    - dit kan enkel aan het licht komen wanneer het niet-anonieme luik (luik 1) van het dossier wordt geopend omwille van een andere reden (doorgaans



# A POSTERIORI CONTROLE

Het Nederlandse registratiedocument is veel beter dan het Belgische:

- In NL wordt bvb. geen anonimiteit van de artsen gehanteerd.
- Bovendien moeten de adviezen van de geraadpleegde artsen worden toegevoegd. In België volstaat het dat de uitvoerende arts zelf een samenvatting schrijft van wat de geconsulteerde artsen hebben geadviseerd!
- Door de Belgische voorliefde voor anonimiteit is overigens al minstens één euthanasiemas gepasseerd waarbij de uitvoerende arts en de adviserende arts broers zijn (een van hen was toen zelfs lid van de Commissie). Dat bleek uit een vonnis van de rechtbank van eerste aanleg te Leuven. Niettemin keurde de Commissie deze euthanasie goed, hoewel manifest onwettelijk (de tweede arts moet onafhankelijk zijn van de eerste en een familieband schendt deze voorwaarde).
- In Nederland zou men dit hebben opgemerkt.

# DE VISIE VAN DE FCEE OVER HAAR EIGEN ROL/MACHT

- De FCEE heeft de taak te controleren of de wettelijke voorwaarden voor euthanasie vervuld worden, maar gedraagt zich in sommige opzichten als een 'rechtbank' :
  - *“Hoewel in enkele zeldzame gevallen één of meerdere procedurele voorwaarden niet correct gevolgd werden, werden de aangiften door de Commissie toch goedgekeurd na zich elke keer te hebben verzekerd van de correcte naleving van de essentiële grondvoorwaarden van de wet”* (FCEE 2018, p. 26)
  - *“De Commissie was van oordeel dat alle ontvangen verklaringen voldeden aan de essentiële eisen van de wet. Daarom was het niet nodig een dossier te verzenden naar de Procureur des Konings voor verder onderzoek.”* (FCEE 2022, p. 1)
- **Kritiek:** Wat “essentiële” en “niet-essentiële” zorgvuldigheidscriteria zijn en welke van de criteria (if any) zonder gevolg overtreden mogen worden = vraagstuk voor parlementair en gerechtelijk debat

## DE VISIE VAN DE FCEE OVER HAAR EIGEN ROL/MACHT

De **FCEE heeft de wet reeds meermaals geherinterpreteerd** – het is toch niet de bedoeling dat een orgaan dat moet toezien op de naleving van de wet (voor wat betreft gerapporteerde gevallen) zich gedraagt als een wetgevende macht?

Voorbeeld: Kort na de goedkeuring van de euthanasiewet verklaarde de FCEE dat deze wet geassisteerde zelfdoding toelaat, hoewel dit manifest fout is



(cf. art. 2 : “door een andere dan de betrokkene”).

## DE VISIE VAN DE FCEE OVER HAAR EIGEN ROL/MACHT

- Kort na de totstandkoming van de wet stelden zowel de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren als de FCECE dat artsen die hulp bij zelfdoding hebben verleend overeenkomstig de voorwaarden van de euthanasiewet, toch een beroep kunnen doen op de euthanasiewet als rechtvaardigingsgrond.
- Hun argument: de wet schrijft niet voor op welke manier de euthanasie moet worden uitgevoerd
- Dit argument houdt echter geen steek

# DE VISIE VAN DE FCEE OVER HAAR EIGEN ROL/MACHT

**Dr Evelien Delbeke (UA): proefschrift 2011:**

“Ook al verduidelijkt de wetgever niet op welke wijze euthanasie moet worden uitgevoerd, het toepassingsgebied van de Euthanasiewet is met de begripsomschrijving wel beperkt tot het levensbeëindigend handelen door een ander en dus niet door de verzoeker zelf. De meest correcte oplossing is dus een wetswijziging ...”

(+ concreet en helder voorstel van Dr Delbeke voor aan Sw. toe te voegen

  
artikel)

Bedankt voor uw aandacht !

[Sigrid.Sterckx@ugent.be](mailto:Sigrid.Sterckx@ugent.be)

# REFERENTIES

- Chambaere, K., R. Vander Stichele, F. Mortier, J. Cohen, and L. Deliens. 2015. Recent Trends in Euthanasia and Other End-of-Life Practices in Belgium. *New England Journal of Medicine* 372: 1179-1180.
- Dierickx, S., L. Deliens, J. Cohen, and K. Chambaere. 2015. Comparison of the Expression and Granting of Requests for Euthanasia in Belgium in 2007 vs 2013. *JAMA Internal Medicine* 175: 1703.
- Dierickx, S., L. Deliens, J. Cohen, and K. Chambaere. 2017. Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases. *BMC Psychiatry* 17: 1–9.
- FCEE. 31 maart 2022. Persbericht. Euthanasie – Cijfers van 2021.  
[https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/fcee-cijfers-2021\\_persbericht-totaal.pdf](https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/fcee-cijfers-2021_persbericht-totaal.pdf)
- van den Akker, Marjan, Frank Buntinx, and J. André Knottnerus. 1996. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. *European Journal of General Practice* 2: 65–70.
- Vandenberghe, J., K. Titeca, F. Matthys. et al. 2017. Hoe omgaan met een euthanasieverzoek in psychiatrie binnen het huidig wettelijk kader? *Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie*.  
[http://vvponline.be/uploads/docs/bib/euthanasie\\_finaal\\_vvp\\_1\\_dec.pdf](http://vvponline.be/uploads/docs/bib/euthanasie_finaal_vvp_1_dec.pdf)