

Stelling 1

Het toepassingsgebied van de Euthanasiewet moet worden uitgebreid.

Ook minderjarigen moeten euthanasie kunnen vragen. Voorts moet de euthanasieverklaring worden opengesteld voor patiënten van wie de hersenfuncties door een ernstige en ongeneeslijke aandoening zodanig en onomkeerbaar zijn aangetast dat ze geen besef meer hebben van hun eigen persoonlijkheid. Euthanasie wegens levensmoeheid is daarentegen wel reeds mogelijk onder de huidige Euthanasiewet.

Motivering

A. Minderjarigen

Minderjarigen zijn uitgesloten van het toepassingsgebied van de Euthanasiewet, door de voorwaarde dat de patiënt handelingsbekwaam moet zijn. Men vond bij de totstandkoming van de Euthanasiewet dat de problematiek van euthanasie bij minderjarigen nog niet voldoende uitgeklaard was om tot wetgevend werk te kunnen overgaan. Men wou ook het doorvoeren van de Euthanasiewet niet hypothekeren door er elementen aan toe te voegen die op dat moment (nog) onbespreekbaar waren.

Levensbeëindiging bij minderjarigen gebeurt echter wel in de praktijk, zo blijkt uit recente studies. Gelet op die praktijk zou een wettelijke regeling een grotere bescherming bieden aan zowel de minderjarige patiënt als de arts. Bovendien zou er meer zicht komen op de praktijk van euthanasie bij wilsbekwame minderjarigen, door de verplichte aangifte bij de federale controle- en evaluatiecommissie.

Overigens kan een minderjarige in ons recht wel een levensverlengende behandeling weigeren, wat eveneens tot zijn dood zal leiden. Het is niet duidelijk waarom euthanasie bij een minderjarige in de (uitzichtloze) omstandigheden zoals bepaald in de Euthanasiewet dan niet kan.

Het belangrijkste argument voor een permissieve regeling voor levensbeëindigende hulp aan wilsbekwame minderjarigen, is echter dat zij even ondraaglijk en uitzichtloos kunnen lijden. Waarom zou de enige mogelijkheid om uit dat lijden te worden verlost, moeten worden beperkt tot meerderjarigen?

Een uitbreiding van het toepassingsgebied met (wilsbekwame) minderjarigen is aldus wenselijk.

Verschillende wetsvoorstellen in die zin werden ook reeds ingediend. Zij hebben als gemeenschappelijke kenmerken dat zij een *functionele* beoordeling van de wilsbekwaamheid van de minderjarige voorstaan naar analogie van de regeling in de Wet Patiëntenrechten, dat zij enkel het actueel euthanasieverzoek voor minderjarigen willen openstellen en ten slotte dat zij voorzien in een bepaalde betrokkenheid van de ouders. Zij verschillen voornamelijk van elkaar in de mate van betrokkenheid van de ouders die wordt vooropgesteld: een loutere betrokkenheid, dan wel een vetorecht (vanaf een bepaalde leeftijd).

Euthanasie bij minderjarigen moet mogelijk zijn onder dezelfde materiële voorwaarden als voor volwassenen. Dit betekent dus ook dat niet enkel het actueel euthanasieverzoek maar ook de euthanasieverklaring moet worden opengesteld voor minderjarigen. Qua procedurele voorwaarden zou in een lichte verstrenging kunnen worden voorzien. Zo kan worden vooropgesteld dat het eerste consult van een arts-specialist moet

komen (waar voor volwassen patiënten de eerste arts-consulent geen specialist moet zijn) en dat de ouders verplicht bij de euthanasieprocedure moeten worden betrokken, evenwel zonder dat zij een vetorecht hebben.

B. Dementerenden

Er bestaat een grote weerstand tegen euthanasie bij dementerende patiënten op basis van een euthanasieverklaring, uit vrees voor een sociale druk tot euthanasie, het risico op misbruik, de onomkeerbaarheid van de beslissing, de niet-geïnformeerdheid, enz. Men vreest dat er situaties zullen ontstaan waarin de patiënt niet vrijwillig en geïnformeerd tot euthanasie zou beslissen.

Vele mensen willen nochtans in de hand hebben hoe ze zullen worden herinnerd en zelf kunnen bepalen tot hoe ver ze de dementie laten komen. Het kan een geruststelling zijn voor die mensen als ze weten dat ze die achteruitgang in geestelijke capaciteiten niet moeten doormaken.

Belangrijk is ook dat met het uitbreiden van het toepassingsgebied van de euthanasieverklaring kan worden voorkomen dat patiënten met beginnende dementie te vroeg tot euthanasie zouden overgaan op basis van een actueel euthanasieverzoek, uit vrees dat ze anders 'te laat' zullen zijn.

Ten slotte kunnen er tegen de openstelling van de euthanasieverklaring voor dementie niet méér juridische bezwaren worden aangevoerd dan tegen reeds bestaande en toegelaten praktijken. De argumenten die worden geformuleerd tegen een uitbreiding zijn ofwel transponeerbaar naar alle wilsverklaringen terwijl bijvoorbeeld de bindende kracht van een negatieve wilsverklaring in ons recht algemeen wordt aanvaard. Of de argumenten hebben betrekking op bepaalde praktische aspecten waar vaak een mouw aan kan worden gepast. Bepaalde bezwaren kunnen overigens ook met redelijke argumenten worden weerlegd, door bijvoorbeeld de vergelijking te maken met het toelaten van euthanasie op basis van een euthanasieverklaring bij een onomkeerbare coma of PVS.

Verskillende wetsvoorstellen tot uitbreiding van het toepassingsgebied van de euthanasieverklaring werden reeds ingediend.

Een aantal van de wetsvoorstellen wou de voorwaarde dat 'hij niet meer bij bewustzijn is' (waardoor het enkel slaat op een coma en een vegetatieve toestand) in artikel 4 Euthanasiewet vervangen door '*hij zich niet meer bewust is van zijn eigen persoon, zijn mentale en fysieke toestand, en zijn sociale en fysieke omgeving*'.

In een ander wetsvoorstel stelt men de bewoording '*hij zich van zijn eigen persoonlijkheid niet meer bewust is*' voor.

Deze laatste formulering omvat de problematiek van dementie beter dan de eerste en er kan dan ook bij worden aangesloten. Kan immers worden gesteld dat een demente persoon die een persoonlijkheidsverandering heeft ondergaan zich nooit bewust is van zijn eigen *persoon* en zijn sociale en fysieke omgeving? Dat zal voornamelijk het geval zijn in een zeer vergevorderd stadium van de dementie. In een eerder (vergevorderd) stadium zal evenwel reeds een verlies van (de vroegere) *persoonlijkheid* optreden. En het is precies met dat verlies van persoonlijkheid dat de opsteller van een euthanasieverklaring in de regel niet wil leven.

De voorgestelde formulering heeft overigens tot gevolg dat de uitbreiding zich niet zou beperken tot demente patiënten, maar ook patiënten in gelijkaardige omstandigheden zou includeren. Zo kan worden gedacht aan patiënten met aangetaste hersenfuncties als gevolg van een hersentumor, uitzaaiingen van kanker in de hersenen, multipale hersenbloedingen, enz. Ook bij hen treden persoonlijkheids- en identiteitsveranderingen op.

C. Levensmoeheid

Sommigen betwisten dat euthanasie wegens levensmoeheid onder de huidige Euthanasiewet kan worden gerechtvaardigd. Nochtans biedt de huidige Euthanasiewet reeds ruimte voor levensbeëindiging wegens *medische* levensmoeheid, d.i. levensmoeheid als gevolg van bepaalde fysieke/e./of psychische klachten of handicaps (in tegenstelling tot levensmoeheid als gevolg van financiële problemen, sociale vereenzaming, enz.).

De wet vereist dat de patiënt lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening. Het moet daarbij evenwel niet gaan om één ernstige en ongeneeslijke aandoening. Patiënten kunnen ook ernstig en ondraaglijk lijden als gevolg van een combinatie van (op zich minder ernstige) ongeneeslijke medische aandoeningen, d.i. een zgn. polyopathie. Door ook een polyopathie van meerdere ongeneeslijke aandoeningen in aanmerking te nemen, wordt er geen buitensporige invulling gegeven aan het vereiste van een door ziekte of ongeval veroorzaakte aandoening. Het gaat immers om zeer vergelijkbare (of zelfs dezelfde) situaties, die bijgevolg dan ook op gelijke wijze moeten worden behandeld.

Voor niet-medische levensmoeheid (waar er geen sprake is van een ernstige en ongeneeslijke aandoening of polyopathie) is er (vooralsnog) geen ruimte binnen het medische model. Die zou er wel kunnen komen indien aan niet-medische levensmoeheid op zich een medische classificatie zou worden toegekend. Voor een dergelijke mogelijkheid bestaat vandaag echter (nog) geen voldoende breed maatschappelijk draagvlak.

Stelling 2

Levensbeëindiging zonder verzoek moet worden toegelaten in dezelfde omstandigheden als therapiebeperking bij wilsonbekwame patiënten.

Motivering

Er bestaat juridisch immers amper of geen verschil tussen therapiebeperking bij een wilsonbekwame patiënt en levensbeëindiging zonder verzoek bij een wilsonbekwame patiënt.

Zo is het *opzet* hetzelfde: de arts handelt zowel bij therapiebeperking als bij levensbeëindiging wetens en willens en beide levenseindebeslissingen worden genomen zodat de patiënt kan overlijden. Bovendien worden beide levenseindehandelingen gesteld met voorbedachten rade: de beslissing is de daad voorafgegaan, ze werd overwogen en ze is definitief nu de dader zich aan de beslissing heeft gehouden zonder van mening te veranderen.

Het argument dat levensbeëindiging zonder verzoek per definitie een handeling impliceert en therapiebeperking niet (het klassieke *acts/omissions* onderscheid) houdt *feitelijk* noch *juridisch* stand. Zelfs indien de therapiebeperking bestaat in een loutere onthouding, dan nog is een kwalificatie als moord mogelijk. Voor het vervuld zijn van het materiële element is immers niet altijd een actieve handeling vereist. Ook een onthouding is strafbaar indien de betrokkene de (wettelijke, reglementaire of contractuele) plicht had om te handelen, d.i. commissie door omissie.

Ook het uiteindelijke *resultaat* is hetzelfde: de patiënt overlijdt.

Beide levenseindebeslissingen veroorzaken ten slotte ook het overlijden van de patiënt. Er is met andere woorden een *causaal verband*: zonder de levensbeëindiging of het staken van de levensverlengende behandeling zou de wilsonbekwame patiënt niet (op dat moment) zijn overleden. Dat bij levensbeëindiging de dodelijke injectie de enige doodsoorzaak zou zijn, terwijl het staken van een levensverlengende behandeling louter *mee* de doodsoorzaak is naast de onderliggende aandoening, houdt juridisch evenmin stand. Overeenkomstig de equivalentieleer is er immers een oorzakelijk verband indien het gevolg zich zonder de fout niet (op dezelfde wijze) zou hebben voorgedaan. *In casu* zou het overlijden zich zonder het staken van de levensverlengende behandeling niet op dezelfde wijze hebben voorgedaan. De patiënt zou immers bij voortzetting van de levensverlengende behandeling (in de regel) niet op dat tijdstip zijn overleden.

Gelet op deze juridische gelijkheid zou levensbeëindiging zonder verzoek dan ook moeten worden toegelaten in omstandigheden gelijkaardig aan die waarin therapiebepierking bij wilsonbekwame patiënten wordt aanvaard. Dat is meer bepaald het geval bij een wilsonbekwame patiënt die voor zijn overleving afhankelijk is van een levensverlengende behandeling, indien hij zich voorafgaandelijk niet tegen levensbeëindiging heeft verzet en op voorwaarde dat er anders in ieder geval tot het staken van de levensverlengende behandeling zou worden overgegaan.

Stelling 3

Hulp bij zelfdoding moet worden geregeld.

Motivering

Hulp bij zelfdoding wordt niet expliciet strafbaar gesteld in het Belgische recht.

Op verschillende manieren wordt vandaag getracht deze levensbeëindigende hulp in het huidige strafrecht in te passen. De meerderheid van de rechtsleer alsook de rechtspraak is van oordeel dat hulp bij zelfdoding kan worden gekwalificeerd als schuldig hulpverzuim (art. 422*bis* Sw.).

Nader onderzoek wijst evenwel uit dat een dergelijke kwalificatie niet zonder problemen is, onder meer omdat dit misdrijf een nalaten strafbaar stelt en geen handelen (terwijl precies het actief vergemakkelijken van de zelfdoding problematisch is), omdat er niet altijd sprake is van een groot gevaar (omdat het bv. niet altijd onmiddellijk dreigend is) en omdat er met de komst van artikel 8, §4 Wet Patiëntenrechten niet altijd van een hulpplicht kan worden gesproken. De behandelingsweigering van de patiënt moet immers worden gerespecteerd door de beroepsbeoefenaar.

Hulp bij zelfdoding behoeft dan ook een afzonderlijke principiële strafbaarstelling in het Strafwetboek, met een afzonderlijke strafmaat.

Dit betekent evenwel niet dat hulp bij zelfdoding ongeacht de omstandigheden strafbaar moet zijn. Het onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding is op ethisch vlak immers klein of zelfs onbestaande. Hulp bij zelfdoding veronderstelt zelfs een minder verre gaande tussenkomst dan euthanasie, nu de dodelijke handeling door de verzoeker zelf

wordt gesteld. Hulp bij zelfdoding moet dan ook onder dezelfde of sterk gelijkaardige voorwaarden als euthanasie toelaatbaar zijn. Er moet dan ook worden voorzien in een (aan het Strafwetboek externe) wettelijke machtiging die de voorwaarden voor hulp bij zelfdoding bepaalt.

Stelling 4

Er moet een expliciete regeling komen voor pijnbestrijding met mogelijk levensverkortend effect en continue diepe sedatie, waarin de geoorloofdheidsvoorwaarden duidelijk worden uiteengezet.

Motivering

De Wet Patiëntenrechten formuleert een recht op pijnbestrijding, maar de voorwaarden waaronder pijnbestrijding *met mogelijk levensverkortend effect* en continue diepe sedatie geoorloofd zijn worden nergens duidelijk of zelfs niet gestipuleerd.

Opdat pijnbestrijding met mogelijk levensverkortend effect en continue diepe sedatie geoorloofd zouden zijn, moet de toegediende medicatie proportioneel zijn en moet de patiënt geïnformeerd hebben toegestemd.

De proportionaliteit van de pijnmedicatie/sedativa is een cruciale voorwaarde. Het disproportioneel verhogen van de medicatie met het vervroegde overlijden van de patiënt tot gevolg, is geen pijnbestrijding of sedatie meer, maar levensbeëindiging en dus moord. Nochtans wordt deze praktijk niet zelden toegepast in omstandigheden die niet onder de Euthanasiewet vallen. Er dient door de wetgever duidelijk te worden aangegeven dat dit geen geoorloofde vorm van pijnbestrijding is.

De voorwaarde van de geïnformeerde toestemming is een basisvoorwaarde, die reeds in de Wet Patiëntenrechten wordt vooropgesteld. In de praktijk blijkt de toestemming van de patiënt vóór het starten van pijnbestrijding met mogelijk levensverkortend effect en continue diepe sedatie evenwel vaak niet te worden gevraagd.

Volgens een recente studie wordt slechts 45 procent van de wilsbekwame tachtigplussers betrokken bij de beslissing tot pijnbestrijding met mogelijk levensverkortend effect. Dit is een merkelijk verschil met de categorie van wilsbekwame patiënten jonger dan tachtig jaar, waar de beslissing tot pijnbestrijding met mogelijk levensverkortend effect in 68,5 procent van de gevallen met de patiënt wordt overlegd. De cijfers voor beide leeftijdsgroepen zijn verbijsterend: de beslissing tot pijnbestrijding met mogelijk levensverkortend effect wordt in 55 respectievelijk 31,5 procent niet eens met de *wilsbekwame patiënt overlegd*.

Ook wat continue diepe sedatie betreft, blijkt uit een Vlaamse studie dat de toestemmingsvereiste in de praktijk niet zo strikt wordt nageleefd. In maar liefst 20 procent van de gevallen van continue diepe sedatie (in 2007) was er geen toestemming van de patiënt of de familie. Voornamelijk het ziekenhuis als zorgsetting scoort hier heel slecht: in 27 procent van de gevallen van continue diepe sedatie in het ziekenhuis was er geen toestemming, noch van de patiënt, noch van de familie.

Het expliciet vooropstellen van deze voorwaarde voor pijnbestrijding met mogelijk levensverkortend effect en continue diepe sedatie zou deze praktijk (meer) kunnen verhelpen.

Waar voor pijnbestrijding met mogelijk levensverkortend effect een uitdrukkelijke maar mondelinge toestemming kan volstaan, zou moeten worden vooropgesteld dat de toestemming voor continue diepe sedatie schriftelijk moet zijn.

Dit kan worden verantwoord, niet zozeer vanuit het feit dat er een mogelijk levensverkortend effect is, maar voornamelijk doordat het bewustzijn van de patiënt *zeker* en *definitief* wordt weggenomen. De patiënt wordt aldus volledig wilsonbekwaam en beslissingen zullen in zijn plaats worden genomen. Deze verregaande gevolgen vereisen dat goed wordt stilgestaan bij deze handeling en dat de toestemming schriftelijk wordt opgemaakt. Overigens gebeurt continue diepe sedatie in tegenstelling tot pijnbestrijding gezien het zekere en definitieve karakter (normalerwijze) slechts één maal, zodat hiermee de praktijk niet aanzienlijk zou worden verzwaaard. Een schriftelijk document waarin de patiënt zijn toestemming geeft tot een diepe en onomkeerbare sedatie tot aan zijn overlijden en waarin hij tevens vermeldt dat hij weet dat hij hierdoor nooit meer bij bewustzijn zal komen, kan volstaan. Is de patiënt fysiek niet meer in staat om zijn toestemming op schrift te stellen, dan kan een meerderjarige derde dat in zijn plaats doen.

Stelling 5

Er is nood aan een wet die alle levenseindebeslissingen regelt, een zogenaamde ‘Wet Zorgverlening aan het Levenseinde’.

Motivering

Hoewel er voor de meeste levenseindebeslissingen wel rechtstreeks of onrechtstreeks een juridische grondslag kan worden gevonden, kan worden betwijfeld of hiermee het wettelijk kader voor zorgverlening aan het levenseinde volstaat. Uit voorgaande stellingen is gebleken dat de wetgeving voor elk van de levenseindebeslissingen moet worden aangepast.

In stelling 4 werd reeds aangegeven dat de huidige wettelijke regeling voor pijnbestrijding met mogelijk levensverkortend effect en continue diepe sedatie te summier is. Eenzelfde opmerking geldt voor therapiebeperking. Vandaag wordt enkel het recht van de patiënt om een behandeling te weigeren geregeld in de Wet Patiëntenrechten. De wijze waarop en de omstandigheden waarin een *vertegenwoordiger* een niet-behandelingsbeslissing kan nemen voor de wilsonbekwame patiënt, worden niet bepaald. Ook het kader rond niet-behandelingsbeslissingen wegens medische zinloosheid op initiatief van de *arts* is aan verduidelijking toe. Komt de beoordeling van medische zinloosheid louter en alleen toe aan de arts? Dat de regeling zeer summier is, is des te treffender wanneer men weet dat deze drie levenseindebeslissingen de meest voorkomende zijn. In 2007 maakten pijnbestrijding met mogelijk levensverkortend effect, continue diepe sedatie en therapiebeperking maar liefst respectievelijk 26,7 procent, 14,5 procent en 17,4 procent van het totale aantal overlijdens in Vlaanderen uit.

Tot op vandaag ontbreekt ook een adequaat kader voor hulp bij zelfdoding. Bij gebrek aan een expliciete strafbepaling wordt het nu gekwalificeerd als schuldig hulpverzuim, terwijl een dergelijke kwalificatie niet zonder problemen is (cf. *supra* stelling 3). Er is dan ook nood

aan een expliciete strafbaarstelling voor hulp bij zelfdoding, met een wettelijke rechtvaardiging voor hulp bij zelfdoding onder gelijkaardige voorwaarden als voor euthanasie.

Ook de Euthanasiewet is voor verbetering vatbaar. Zo is een uitbreiding van het toepassingsgebied op sommige punten wenselijk (cf. *supra* stelling 1). Anderzijds zouden bepaalde voorwaarden, zoals die voor de opstelling van een euthanasieverklaring, moeten worden verstrengd (nl. verplichte aanwezigheid van een arts of minstens voorafgaandelijk een informatiesessie). Ook de strafmaat die geldt voor een schending van de Euthanasiewet – euthanasie wordt nu gekwalificeerd als vergiftiging met levenslange opsluiting – moet worden aangepast, aangezien het gaat om levensbeëindiging *op verzoek*, wat maatschappelijk minder verwerpelijk is dan levensbeëindiging *tegen* iemands wil.

Zoals bepleit in stelling 2 dient er ook een regeling te komen voor levensbeëindiging zonder verzoek bij wilsonbekwame patiënten die zich nooit hebben verzet tegen levensbeëindiging, die voor hun overleving afhankelijk zijn van een levensverlengende behandeling en bij wie anders in ieder geval tot het staken van de behandeling zal worden besloten.

Ten slotte is het goed dat er met de Wet Palliatieve Zorg een recht op palliatieve zorg is ingevoerd, maar behalve de formulering van dit recht is de draagwijdte van deze wet behoorlijk beperkt. Er werd dan ook voor gepleit het recht op palliatieve zorg in een andere wet op te nemen, zodat de bijna inhoudsloze Wet Palliatieve Zorg kan worden geschrapt.

Gelet op deze vaststellingen werd een ontwerp van wetsvoorstel opgemaakt dat alle levenseindebeslissingen regelt, de nodige aanpassingen aanbrengt en het geheel in één wet samenbrengt. Op die manier wordt een duidelijk overzicht gegeven van de regelgeving omtrent levenseindezorg waarbij voor elke levenseindebeslissing afzonderlijk de voorwaarden worden weergegeven.