



Dr Marc Cosyns, huisarts en academisch consulent medische ethiek en deontologie UGent

Euthanasie in België: tussen stille veranderingen en hardnekkige grijze zones

Meer dan twintig jaar na de invoering ervan is de Belgische euthanasiewet ingrijpend veranderd, zowel wat betreft de praktijk als het profiel van de betrokken patiënten. Hoewel de wet de medische handeling heeft veiliggesteld, roept ze vandaag de dag nieuwe vragen op, met name rond polypathologie, cognitieve stoornissen en verzoeken buiten de terminale fase, die vragen om een grondige evaluatie en een hernieuwd maatschappelijk debat.

Actualiteit 27 april 2026

Een stand van zaken rond de euthanasiewet in België met de cijfers van de recent uitgebrachte jaarverslagen 2025 zowel in België als in Nederland (april) en een verwijzing naar de petitie nav de euthanasie van Lode Deconinck

Op 16 mei 2002, na vele hoorzittingen en commissievergaderingen, wordt de 'wet betreffende euthanasie' (euthanasiewet genoemd) ook in de Kamer van het Belgische parlement goedgekeurd. De paarsgroene meerderheid haalt het onder het motto: beter een beperkte onvolmaakte wet dan geen wet. Er volgt geen applaus zoals bij de stemming van de 'abortuswet' in 1990. Op 28 mei zal [de koning zijn gewetensnood](#) opzijzetten en de wet ondertekenen om in het staatsblad te kunnen verschijnen op 22 juni en in voege te treden op 23 september. Op 30 september 2002 sterft Mario Verstraete die als eerste patiënt, lijdende aan multiple sclerose, met een orale barbituratensiroop van de wet gebruik maakt.

De wet is niet voorafgegaan door een gedoogperiode waarbij men ervaring kon opdoen, zoals geschiedde voor de abortuswetgeving. In Nederland was eerst een jarenlange gedoogperiode met onderzoeksmogelijkheden en rechtspraak om een gedragen toetsingswet te stemmen in 2001. Nederland was het eerste land ter wereld met een euthanasiewet omschreven als 'Wet toetsing levensbeëindiging op

verzoek en hulp bij zelfdoding', die van start ging op 1 april 2002 en nog altijd ongewijzigd van kracht is.

Onze euthanasiewet heeft ondertussen zeven wijzigingen gekend. Deels door nieuwe wetsvoorstellen voor uitbreiding zoals bv. de mogelijkheid van euthanasie voor sommige minderjarigen (2014), deels opgelegd door rechtspraak zoals bv. het verbod op elke clausule die een arts verbiedt euthanasie uit te voeren (2020), deels door amendementen tot wijziging zoals bijvoorbeeld de strafbepaling (2024). En sinds 1 november 2025 is er een volledig [terugbetaald honorarium](#) voorzien!

In oorsprong is onze euthanasiewet er vooral om artsen te ontslaan van strafvervolging. Euthanasie is juridisch een misdrijf (art 3) tenzij de behandelende/ uitvoerende arts het toepast onder bepaalde voorwaarden, volgens bepaalde procedures en een aangifte doet aan de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie. De procedure om een andere arts te raadplegen en ook een tweede arts wanneer de patiënt niet binnen afzienbare tijd kwam te overlijden was totaal nieuw. Deze artsen werden wettelijk noodzakelijk geacht om enerzijds een euthanasie binnen het 'colloque singulier' te 'adviseren en controleren' en anderzijds om een palliatief overleg niet noodzakelijk te maken omdat men dacht dat dit het euthanasieproces zou tegenwerken (palliatieve filter).

Zowel deze nieuwe onbekende procedures als de blijvende mogelijkheid om vervolgd te worden, zorgden ervoor dat artsen slechts schoorvoetend ingingen op het verzoek van patiënten. Vooral wie in lijdensnood was door een terminale uitbehandelde kanker kreeg gehoor. In dat [laatste trimester van 2002](#) 'kregen' 24 patiënten euthanasie, waarvan 19 met een terminale kanker, 4 met een evolutieve neuromusculaire aandoening en 1 met een chronische longaandoening. 21 van hen zouden binnen de 24 uur, maximaal na één week gestorven zijn. In het eerste volledige geregistreerde jaar (2003) zijn dat in de 235 aangegeven registratiedocumenten 83% kankers en 12% neuromusculaire aandoeningen, waarvan 8% niet binnen afzienbare tijd zouden sterven (percentages bij benadering uitgedrukt). Mede door de opleiding van LEIFartsen (Nederlandstalig) en médecins EOL (Franstalig), in het begin gefinancierd door de verenigingen Recht op Waardig Sterven (RWS) en Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD) en nu door het RIZIV/INAMI, kwam daar verandering in.

In 2025, [het jaar waarover we recent de eerste gegevens hebben](#), telt men 4486 registratiedocumenten. De vermelde aandoeningen van 2003 zijn nog slechts goed voor 63,8%: kanker (49,9%), ernstige neurologische ziekten (8,2%) cardiovasculaire aandoeningen (2,4%) en ademhalingsaandoeningen (3,3%). Polypathologie is nu de tweede grootste 'aandoening' (29,6%).

Sinds haar zevende verslag (jaren 2014-15) introduceerde de euthanasiecommissie deze 'aandoening' als aparte categorie en is er een gestage stijging. De commissie schrijft dit mogelijk toe aan de verouderende demografische populatie. Daarmee miskent ze misschien toch de wil en de wens van een groeiende groep 'ouderen' die met een cumulatie van ouderdomsziekten hun fysieke maar ook existentiële lijden in vraag stellen. Zij zien euthanasie als een waardige oplossing en tonen dit vaak zelfbewust door de levensbeëindigende middelen oraal in te nemen. Sommigen van hen brachten het in de [media](#) waar het veel weerklank vond bij leeftijdgenoten. Wat zeker ook een rol speelde is dat de aangeklaagde artsen die naar die patiënten luisterden en hun verzoek inwilligden buiten vervolging gesteld werden. [Suzanne](#)

[Roegiest](#) (2006) uit Gent, [Jeanne Werner](#) (2008) uit Brussel, en [Amelie van Esbeen](#) (2009) uit Antwerpen zijn sprekende voorbeelden.

In 2025 is in 24,9% van de gevallen het overlijden niet binnen afzienbare tijd verwacht. Dat aantal bleef progressief toenemen (bv. 8% in 2003, 14,8% in 2015, 18% in 2022), voornamelijk bij die patiënten met polypathologie.

In Nederland maakt men in de databank van de Regionale Toetsingscommissies voor Euthanasie (RTE) sinds 2013 een onderscheid tussen 'combinatie van lichamelijke aandoeningen' en 'stapeling van ouderdomsaandoeningen' dat beter het cumulerende effect weergeeft. In de [recent uitgebrachte Nederlandse gegevens van 2025](#) bedraagt de 'combinatie' 18,5% en de 'stapeling' 4,6% (samen 23,1%) In België zijn beiden waarschijnlijk vervat in 'polypathologie' met 29,6%! Omwille van het toenemende procentuele aantal en de complexiteit van deze casussen die richting 'voltooid leven zonder medische doodzaak' evolueren brengt men in Nederland de casuïstiek geanonimiseerd openbaar, want 'dit vraagt om een maatschappelijk debat dat ondersteund moet worden door [degelijk wetenschappelijk onderzoek](#)', aldus onze noorderburen. Een voorbeeld en een les voor ons!?

Euthanasie voor psychiatrische aandoeningen (1,6% -74 aantal) en cognitieve stoornissen (1,7%-77 aantal) blijft zeldzaam ondanks een lichte stijging ten opzichte van 2024 met respectievelijk 0.2% en 0.3%. Het aantal euthanasietoepassingen op basis van een voorafgaande wilsverklaring is nog gedaald in vergelijking met 2024 (6 in 2025 tegenover 9 gevallen in 2024 en 19 gevallen in 2023).

De volgende jaren blijft een algemene stijging progressief te verwachten als er geen veranderingen in de wetgeving opgenomen worden. In de aanloop naar de wetgeving kon uit [onderzoek \(1998\)](#) afgeleid worden dat er toen ongeveer 5000 'casussen' voldeden aan euthanasievoorwaarden. We weten dat de aangifte jaarlijks meer en meer gebeurt, met een grotere proportionele toename in Franstalig België (in 2003 waren er 17% in het Frans opgesteld terwijl 24,7% in 2025). Een specifieke stijging van patiënten met polypathologie is te verwachten en misschien een kleine stijging bij psychiatrische aandoeningen en cognitieve stoornissen, type dementie, als België de trend van Nederland zou volgen.

De groep van jonge volwassenen blijft ondanks de media-aandacht gelukkig zeldzaam, namelijk vijf personen in 2024 tussen 18 en 30 jaar (cijfers over 2025 zijn nog niet bekend vermits het wettelijke tweejaarlijks uitgebreid (2024-2025) verslag met verdere specificering ten dienste van het parlement nog niet is ingediend. We kunnen alleen maar hopen dat door betere preventie en dringende optimalere financiering van de geestelijke gezondheidszorg dit aantal tot nul gereduceerd wordt, want niemand wil zijn kind zien sterven.

Het aantal euthanasietoepassingen zal de volgende jaren sterk afhangen van de mogelijkheid van preventie en/of genezing van sommige aandoeningen. Zo is AIDS volledig uit de statistieken verdwenen. Stel dat men dementie kan genezen of nog beter, erin slaagt het door preventieve maatregelen te voorkomen ...! Voorlopig zijn er daarvoor te weinig aanwijzingen, spijtig genoeg. Nu kijkt men eerder uit naar de mogelijke uitbreiding van de wet naar verworven wilsonbekwaamheid, 'beloofd' in het regeerakkoord. Er ligt al een wetsvoorstel klaar, weliswaar niet van de 'juiste' partijen

([Anders en PS](#)), maar wel gegroeid uit een aantal hoorzittingen. Coalitiepartij Vooruit oefent druk uit met [parlementaire tussenkomsten](#) en een [petitie](#).

Er is recent ook een petitie opgestart [na de euthanasie van Lode Deconinck](#), op diens vraag. Lode was te zien in 'Restaurant misverstand', [een VRT1-programma over mensen met dementie op jonge leeftijd](#) en zijn optreden bracht in Vlaanderen een schok teweeg: "Voor mij had het allemaal een beetje langer mogen duren. En dat had ook gekund, denk ik. Als onze politici daar meer werk van gemaakt hadden." Ondertussen zijn er al meer dan 40.000 handtekeningen verzameld en overhandigd aan Annelies Verlinden, minister van Justitie. In Nederland kan je met dit aantal een wetsvoorstel op de agenda van de Tweede Kamer plaatsen, wat men deed voor 'voltooid leven' met een onderzoekscommissie als resultaat.

Patiënten met cognitieve stoornissen die nu 'te vroeg' euthanasie (moeten) vragen blijven echter zeldzaam en er is nauwelijks een stijging (77 personen in 2025 zijnde 1,7% tov 1,4% in 2024), zoals reeds aangegeven. In 2018 werd deze 'categorie' voor het eerst benoemd in het 8^{ste} verslag van de FCECE en bedroeg toen 0,9%. In Nederland is euthanasie met 'eerder opgesteld schriftelijk euthanasieverzoek' waarin men de situatie die men niet meer wil beschrijft, wel mogelijk. Men ervaart dat artsen terughoudend zijn en de aantallen procentueel zelfs dalen ([gemiddeld zes personen de laatste vijf jaar](#)) ten opzichte van een sterke stijging in de dementiefase waarin men nog wilsbekwaam het verzoek mondeling kan uiten. In de fase waarin de voorafgaande wilsverklaring van toepassing is, ziet men de meeste patiënten niet zichtbaar lijden. Ondraaglijk lijden is zowel in de Nederlandse als in de Belgische wetgeving een absolute voorwaarde. Recent formuleerde (op eigen initiatief) het [Belgische Raadgevend Comité voor Bio-ethiek advies nr. 89 van 10 november 2025](#) om euthanasie 'op basis van een voorafgaande wilsverklaring bij bewuste personen van wie de wilsbekwaamheid en het vermogen hun wil te uiten onherstelbaar is aangetast' wettelijk mogelijk te maken. Men bereikte in het comité geen consensus over het weerlegbaar of onweerlegbaar karakter van het ondraaglijke van het lijden. Het [nieuwe amendement van Anders en PS](#) zou de voorwaarde van actueel lijden, als perceptie door een arts, willen laten vallen en enkel rekening houden met de vooraf beschreven toestand. Stof tot nadenken maar ook tot ervaring opbouwen. Mijn pleidooi in afwachting van die 'belofde' wetgeving, is:

1) De euthanasiewet en de andere wetten over het levenseinde breed maatschappelijk evalueren. De evaluatie van de euthanasiewet stond vóór de verkiezingen in bijna alle politieke partijprogramma's en het wetsvoorstel inzake de evaluatie van de euthanasiewet van 11 september 2019 kan als uitgangspunt dienen. De meeste (vertegenwoordigers van) zorgverleners, zorginstellingen, levensbeschouwingen, patiënten- en burgerbewegingen zullen maar al te graag gehoord worden in een vorm van participatieve democratie.

2) Grootschalig wetenschappelijk onderzoek op basis van de recente digitale [overlijdensaangiften](#) in Vlaanderen, Brussel én Wallonië. Het laatste in Vlaanderen dateert van 2013. De resultaten van het eerste onderzoek in 1998 vormden de wetenschappelijke basis voor de wetten over patiëntenrechten, palliatieve zorg en euthanasie. Dat onderzoek werd herhaald en verfijnd in 2001, 2007 en 2013. Nadien was er geen geld meer, wegens geen politieke wil.

3) Installeer een tijdelijk gedoogbeleid, gedurende een jaar bijvoorbeeld, voor de grijze zone in de zorg voor het levenseinde, vooral bij verworven wilsonbekwaamheid. In dat jaar zouden artsen en zorgverleners de mogelijkheid moeten hebben om alle vormen van sterven te begeleiden, zonder risico op vervolging of enige verwijzing naar moord. Alle beslissingen worden geregistreerd en wetenschappelijk onderzocht. We moeten expertise kunnen opbouwen om interdisciplinaire richtlijnen uit te schrijven en wettelijk te omkaderen.

Marc Cosyns 27 april 2026

Deze bijdrage maakt deel uit van een serie over de situatie rond euthanasiewetgeving in verschillende landen over de hele wereld

<https://www.mediquality.net/be-nl/news/article/31728477/is-hulp-bij-sterven-altijd-vredig>

<https://www.mediquality.net/be-nl/news/article/31728576/euthanasie-het-verontrustende-voorbeeld-van-canada>

<https://www.mediquality.net/be-nl/news/article/31728843/hulp-bij-sterven-fransen-die-naar-belgie-blijven-gaan-bij-gebrek-aan-een-oplossing-in-eigen-land>

<https://www.mediquality.net/be-nl/news/article/31728948/fransen-zouden-voorstander-zijn-van-legalisering-van-actieve-hulp-bij-sterven>

<https://www.mediquality.net/be-nl/news/article/31730245/hulp-bij-sterven-in-canada-de-keuze-voor-het-levenseinde-en-de-viering-van-het-leven>

