

De dossiers van het



Europees  
Instituut voor  
Bio-ethiek

DE VRIJHEID VAN  
ZORGINSTELLINGEN TEN  
OPZICHTE VAN DE  
TOEPASSING VAN  
EUTHANASIE

## Inhoud

|                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| I. Premissen .....                                                                 | 2  |
| A. Euthanasie is geen recht .....                                                  | 3  |
| B. Euthanasie is geen medische handeling .....                                     | 5  |
| C. Euthanasie maakt geen deel uit van de “minimumzorgen” van een zorginstelling... | 7  |
| II. Het “institutioneel beleid” .....                                              | 9  |
| A. Beknopte stand van zaken .....                                                  | 10 |
| B. Juridische grondslagen .....                                                    | 11 |
| 1. De parlementaire werken.....                                                    | 11 |
| 2. De “weigering Clausule” (art. 14).....                                          | 12 |
| 3. Arbeidsovereenkomsten.....                                                      | 13 |
| 4. Wat met de externe arts van buiten de zorginstelling? .....                     | 14 |
| C. Beperkingen: informatie en transparantie .....                                  | 15 |
| III. De institutionele vrijheid in de internationale mensenrechten .....           | 17 |
| A. Het begrip “identiteitsgebonden onderneming” .....                              | 17 |
| B. De institutionele dimensie van het recht op gewetensvrijheid.....               | 19 |
| IV. Slotbeschouwingen.....                                                         | 23 |

Er gaan regelmatig stemmen op die verkondigen dat “de euthanasiewet overal in België toegepast moet worden” of dat “instellingen die deze praktijk binnen hun muren weigeren toe te laten, de wet met de voeten treden”<sup>1</sup>.

Het staat vast dat men, overal waar euthanasie gepleegd wordt, de basisvoorwaarden en de procedure die de euthanasiewet van 28 mei 2002 voorziet moet naleven <sup>2</sup>. Enkel als nauwgezet aan deze voorwaarden wordt voldaan verliest de euthanasiehandeling zijn strafbaar karakter. In het tegenovergestelde geval kan degene die de dodende daad uitvoert strafrechtelijk vervolgd worden voor doodslag, of zelfs moord.

Daarentegen is het niet vanzelfsprekend dat euthanasie overal – in alle zorginstellingen – toegepast moet worden en dat elke vorm van institutioneel verzet gelijk staat met een weigering om de wet na te leven. Men kan niet ongenueanceerd beweren dat het invoeren van een “institutioneel beleid” om het plegen van euthanasie te beperken of verbieden de instelling in kwestie in de illegaliteit zou doen vervallen.

Op 23 februari 2016 is in de Kamer van Volksvertegenwoordigers een wetsvoorstel ingediend met als doel de euthanasiewet aan te passen door de volgende alinea toe te voegen aan artikel 14: “Geen enkele arts mag op grond van een overeenkomst worden belet euthanasie toe te passen. In voorkomend

<sup>1</sup> Zie, bijvoorbeeld, E. MERCENIER, “Euthanasie: dépasser les ‘frontières convictionnelles’”, *Le Soir*, 16 januari 2016 en *Bulletin de l'ADMD*, nr. 139, 2016, p. 10 ; Ph. MAHOUX, “Loi sur l’euthanasie: un débat à poursuivre”, *Le Soir*, 11 december 2014 ; “La

loi doit être appliquée partout”, interview met senator Ph. MAHOUX, *Le Soir*, 25 februari 2014 ; tussentitels en verzamelde uitspraken, *Le Soir*, 17 november 2012, pp. 1 en 8.

<sup>2</sup> B.S., 22 juni 2002.

geval, wordt een dergelijke verbodsclausule als niet geschreven beschouwd”<sup>3</sup>.

De auteurs van dit voorstel verwijzen naar het recht van elke arts om te weigeren in te gaan op een euthanasieverzoek. Ze stellen vast dat, naar verluidt, bepaalde ziekenhuisinstellingen de individuele gewetensclausule “institutionaliseren” en dus “weigeren [...] dat in hun instelling euthanasie wordt toegepast”. In hun ogen verleent de gewetensclausule de arts “een recht dat hem eigen is” en dat “niet [mag] worden uitgebreid tot een instelling die ze aan haar verzorgend personeel zou opleggen. Dat zou immers met zich brengen dat dit personeel het subjectieve recht op een eigen geweten zou worden ontzegd.”<sup>4</sup>.

We wijzen er meteen op dat onze invalshoek de vrijheid van zorginstellingen (ziekenhuizen, rusthuizen, rust- en verzorgingstehuizen) is, in plaats van de soms vermelde hypothetische “institutionele gewetensclausule”. Deze laatste uitdrukking is

hier niet op zijn plaats, aangezien het geweten het domein is van de natuurlijke persoon.

Wat hier op het spel staat, zijn de vrijheid van instellingen en het pluralisme binnen een bepaalde sector, die van de gezondheidszorg. Deze waarden, essentieel in een democratische maatschappij, moeten verbonden blijven met de rechten en vrijheden van patiënten en artsen. Dat is de moeilijkheid in deze vraag, zoals ook het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek betuigt in zijn Advies nr. 59. Dit comité beperkt zich er immers toe de twee bestaande posities uiteen te zetten, en hoedt zich ervoor een oordeel te vellen over de vraag of “een zorginstelling [...] binnen haar muren de toepassing van euthanasie [kan] verbieden of in haar reglementen bijkomende voorwaarden [kan] toevoegen aan degene die in [de] wet zijn opgenomen”<sup>5</sup>.

Wij willen de vrijheid van zorginstellingen ten opzichte van het gebruik van euthanasie binnen hun muren ondersteunen (II), en veronderstellen hiervoor een aantal basisprincipes (I).

## I. Premissen

Voor we dieper op de vraag kunnen ingaan, is het nodig om opeenvolgend vast te stellen dat de wet van 28 mei 2002 geen “recht op euthanasie” schept (A), dat deze praktijk niet als een medische handeling beschouwd kan worden (B) en dat ze geen deel uitmaakt van de “minimumzorgen” van een zorginstelling (C).

<sup>3</sup> Wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie en van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, teneinde de gewetensclausule te waarborgen, ingediend door L. ONKELINX c.s, 23 februari 2016,

*Parl.St.*, Kamer, 3<sup>de</sup> sessie van de 54<sup>ste</sup> legislatuur, 2015-2016, nr. 54-1676/001.

<sup>4</sup> *Ibid.*, “Toelichting”, p. 3.

<sup>5</sup> Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, Advies nr. 59 van 27 januari 2014 betreffende de ethische aspecten van de toepassing van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, p. 4.

## A. Euthanasie is geen recht

Sommige euthanasieactivisten verwijzen graag naar een werkelijk “recht op euthanasie”, of proberen ten minste het misverstand over dit onderwerp in stand te houden. Ze worden daarin bijgestaan door de media en soms zelfs door officiële instanties<sup>6</sup>. Euthanasie wordt vaak voorgesteld als een recht van de patiënt, zodat de principiële weigering van een instelling om euthanasie toe te staan een schending van dit aan de patiënt erkende recht zou inhouden<sup>7</sup>. Dit jargon veroorzaakt in de praktijk talrijke misverstanden.

Reeds in 2009 werd dit opgemerkt door de vereniging *Association belge des praticiens de l'art infirmier* (de Belgische vereniging voor beoefenaars van de verpleegkunde)<sup>8</sup>.

Daartegenover zijn het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek<sup>9</sup> en de (goede) juristen het met elkaar eens dat de wet van 28 mei 2002 in geen enkel opzicht een *recht op euthanasie* schept<sup>10</sup>. Bij het opstellen van de wet leek het alle parlementsleden en

geraadpleegde experts vanzelfsprekend dat er in het wetsontwerp “geen recht op euthanasie in hoofde van de patiënt [was], er [was] ook geen verplichting in hoofde van de arts om euthanasie te plegen”<sup>11</sup>. Met andere woorden, de wet “verleent de patiënt geen subjectief recht op euthanasie”<sup>12</sup>.

In werkelijkheid geeft de wet de patiënt *het recht om euthanasie aan te vragen* en staat hij tegelijk de arts toe om hierop in te gaan zonder zich open te stellen voor strafrechtelijke vervolging. Zoals geschreven werd, “het impliciet in de wet omschreven recht om de dood aan te vragen, is niet anders dan de – afgemeten – optie om een aanvraag te doen en hierdoor aan de arts het vermogen te verlenen om er straffeloos en vrij op in te gaan”<sup>13</sup>. In andere woorden, de wet brengt op geen enkele manier een “recht op euthanasie” tot stand, maar depenaliseert – onder bepaalde voorwaarden – de handeling waarmee een arts vrijwillig aanvaardt om op een euthanasieaanvraag in te gaan.

De euthanasiewet bepaalt uitdrukkelijk dat “het verzoek en de wilsverklaring bedoeld in

<sup>6</sup> Zie bijvoorbeeld, Wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, ingediend door J. LEDUC en P. WILLE, *Parl.St.*, Senaat, gewone zitting 2003-2004, nr. 3-804/1, de officiële website [www.belgium.be/nl/gezondheid](http://www.belgium.be/nl/gezondheid) (rubriek gezondheidszorg/levenseinde/euthanasie) of de website van de A.D.M.D.

<sup>7</sup> Cf. Wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, ingediend door Ph. MAHOUX, *Parl.St.*, Senaat, 2012-13, nr. 5-1919/1, p. 7.

<sup>8</sup> Association belge des praticiens de l'art infirmier, “Faut-il élargir la loi sur l'euthanasie aux mineurs en Belgique?”, 2009, p. 3, [http://www.infirmieres.be/sites/default/files/content/site/pdf/euthanasie\\_avis\\_com\\_ethique\\_acn.pdf](http://www.infirmieres.be/sites/default/files/content/site/pdf/euthanasie_avis_com_ethique_acn.pdf).

<sup>9</sup> Advies nr. 59 van 27 januari 2014 betreffende de ethische aspecten van de toepassing van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, p. 13 en p. 18.

<sup>10</sup> Onder anderen, F. DELPÉRÉE, “La mort douce”, *La Revue Générale*, 2/2013, pp. 9-15, i.h.b. p. 10; F.

JUDO, “La législation sur l'euthanasie aux Pays-Bas et en Belgique: un train peut en cache un autre”, *Laennec*, 2/2013, pp. 69-79, i.h.b. pp. 75-76; E. MONTERO, *Rendez-vous avec la mort. Dix ans d'euthanasie légale en Belgique*, Anthemis, 2013, i.h.b. p. 91 e.v.; E. DELBEKE, *Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde*, Antwerpen, Intersentia, 2012, pp. 207-208, nr. 381; G. SCHAMPS en M. VAN OVERSTRAETEN, “La loi belge relative à l'euthanasie et ses développements”, in *Liber amicorum Henri-D. Bosly*, La Charte, 2009, pp. 337-355, i.h.b. pp. 352-353; F. KEULENEER, “Euthanasie is geen fundamenteel recht”, *De Standaard*, 21 mei 2003.

<sup>11</sup> Verslag namens de Commissie voor de Justitie, uitgebracht door Th. GIET, A. VAN DE CASTEELE, A. BARZIN en J. SCHAUVLIÈGE, *Parl.St.*, Kamer, gewone zitting 2001-2002, nr. 50-1488/009, p. 34.

<sup>12</sup> *Ibid.*, p. 176. Cf. ook *ibid.*, p. 153, p. 337, p. 347, etc.

<sup>13</sup> G. SCHAMPS en M. VAN OVERSTRAETEN, *op. cit.*, p. 353. (eigen vertaling)

de artikelen 3 en 4 van deze wet [...] geen dwingende waarde [hebben]" (art. 14, al 1°). Bovendien voorziet de wet een "weigeringclausule" of "gewetensclausule" op grond waarvan "geen arts kan worden gedwongen euthanasie toe te passen" (art. 14 al. 2) en "geen andere persoon kan worden gedwongen mee te werken aan het toepassen van euthanasie" (art. 14, al. 3). Zelfs als de toestand van de patiënt aan alle wettelijke voorwaarden voldoet om hem toe te staan euthanasie te ontvangen, kunnen de betrokken arts en elke andere persoon (verpleger, apotheker...) altijd, op basis van hun persoonlijke overtuigingen of om enigerlei andere reden (medisch, emotioneel...) weigeren om euthanasie uit te voeren of om eraan deel te nemen<sup>14</sup>.

Niettemin moet de arts dit de patiënt of de eventuele vertrouwenspersoon *tijdig* laten weten en *de redenen van zijn weigering* toelichten. Berust zijn weigering op een medische grond, dan wordt die in het medisch dossier van de patiënt opgetekend (art. 14, al 4). Bovendien moet hij op verzoek van de patiënt of van de vertrouwenspersoon het medisch dossier van de patiënt meedelen aan de arts die is aangewezen door de patiënt of de vertrouwenspersoon (art. 14, al. 5). Er moet op gewezen worden dat het de arts, aan wie

het vrij staat te weigeren euthanasie toe te passen, *a fortiori* toegelaten is om het verzoek te onderwerpen aan bijkomende voorwaarden bovenop degene die door de wet worden gesteld (cf. art. 3, § 2, *initio*)<sup>15</sup>, voor zover deze "niet neerkomen op ontwijkende uitvluchten en de zieke er tijdig van in kennis wordt gesteld"<sup>16</sup>.

Ten slotte heeft de wetgever "een ruimte voor dialoog" willen uitbouwen "in het kader waarvan de veroordeelde en lijdende zieke zijn verzoek kan uitdrukken, een verzoek dat moet kunnen worden gehoord en geanalyseerd door het medische korps en het verzorgingsteam, in overleg met de familie"<sup>17</sup>, zonder evenwel een subjectief vorderingsrecht op (het ontvangen van) euthanasie te scheppen dat ingeroepen kan worden tegen een arts of de maatschappij.

Geen enkele bepaling in de wet verplicht de arts die zich onthoudt om zijn patiënt door te verwijzen naar een andere arts die bereid is op het verzoek van de patiënt om euthanasie in te gaan. Een dergelijke verplichting werd overwogen tijdens de parlementaire werkzaamheden<sup>18</sup> of in de later voorgelegde wetsvoorstellen<sup>19</sup>. Er werd aangevoerd dat een patiënt in zijn zoektocht naar een andere arts die bereid zou zijn om op zijn euthanasieaanvraag in te gaan geholpen moet worden door de zich onthoudende arts<sup>20</sup>. De

<sup>14</sup> Dit soort "gewetensclausule" vindt men in elke ethisch zwaarbeladen wetgeving. Zie G. GENICOT, "Tour d'horizon de quelques acquis et enjeux actuels", in G. GENICOT (ed.), *Nouveaux dialogues en droit médical*, Luik, Anthemis, 2012, pp. 49-60, nr. 39.

<sup>15</sup> Hierover, E. DELBEKE, *Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde*, op. cit., 2012, pp. 168-171.

<sup>16</sup> Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, Advies nr. 59 van 27 januari 2014 betreffende de ethische aspecten van de toepassing van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, p. 15.

<sup>17</sup> Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, Advies nr. 59 van 27 januari 2014 betreffende de ethische aspecten van de toepassing van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, p. 19.

<sup>18</sup> Zie. Verslag namens de Commissie voor de Justitie, uitgebracht door Th. GIET, A. VAN DE CASTEELE, A. BARZIN en J. SCHAUVLIÈGE, *Parl.St.*, Kamer, gewone zitting 2001-2002, nr. 50-1488/009, p. 337.

<sup>19</sup> Zie., o.a., Wetsvoorstel van 14 december 2005 tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, *Parl.St.*, Senaat, 2005-20006, nr. 3-1485/1; Wetsvoorstel van 10 april 2008 tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, *Parl.St.*, Kamer, 2007-2008, nr. 1050/1; Wetsvoorstel van 28 oktober 2010 tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, *Parl.St.*, Kamer, 2010-2011, nr. 0498/1.

<sup>20</sup> E. DE KEYSER, "Euthanasie. Een medische handeling?", *NjW*, nr.45, 22 oktober 2003, p. 1073; Id., "Respect voor het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt: gevolgen voor de wet betreffende

wet voorziet hier echter niet in. We zullen later op het onderwerp terug moeten komen (cf. *infra*, II, punt C).

## B. Euthanasie is geen medische handeling

Euthanasie wordt regelmatig als een medische handeling beschreven<sup>21</sup>. Hiervoor worden verschillende argumenten gebruikt<sup>22</sup>.

Euthanasie zou een medische handeling zijn omdat de uitvoering ervan door de wet enkel aan artsen wordt toevertrouwd. Dit argument overtuigt echter niet. De verplichte tussenkomst van een arts komt niet voort uit de aard van de handeling, maar uit een maatschappelijke keuze<sup>23</sup>. Wij zijn van mening dat de wetgever door euthanasie aan artsen voor te behouden een voorzorgsmaatregel heeft genomen: een waarborg, niet meer of minder.

Dodelijke injectie is de meest gebruikte methode om de doodstraf toe te dienen in de

Verenigde Staten. In sommige staten is de tussenkomst van een arts hiervoor vereist, en voor de dodelijke injectie worden daar dezelfde producten gebruikt als bij ons voor euthanasie. Deze omstandigheden helpen ons echter niet concluderen dat een dodelijke injectie toegediend als uitvoering van de doodstraf van medische aard is. Het zogezegd “organische” argument blijkt gebrekkig te zijn. We dienen de aard van de handeling te bestuderen om vast te stellen of deze overeenkomt met het begrip “medische handeling”. Een ander voorbeeld. Het verwijderen van organen voor transplantatie is een handeling die wettelijk aan artsen is voorbehouden. We kunnen er echter geen handeling in terugvinden die *per se* een therapeutisch doel heeft ten voordele van de donor. Dit licht duidelijk toe welk onderscheid we moeten maken tussen handelingen die van

---

euthanasie”, *Rev. Dr. Santé*, 2005-2006, pp. 390-391; A. DIERICKX, *Toestemming en strafrecht*, Antwerpen, Intersentia, 2006, p. 479.

<sup>21</sup> Het is moeilijk een definitie van de medische handeling te vinden in de geraadpleegde werken medisch recht. Het advies van de Union européenne des spécialistes médicaux/European Union of Medical Specialists (UEMS) luidt als volgt “de medische handeling beslaat alle professionele handelingen, onderwijs-, vormings en pedagogische werkwijzen en wetenschappelijke, klinische en medisch-technische procédés die uitgevoerd worden om de gezondheid te verbeteren, ziektes te vermijden, een diagnose te stellen of therapeutische zorgen te leveren aan patiënten, individuen, groepen of gemeenschappen” (eigen vertaling). Deze ruime definitie wordt door alle Europese partners aanvaard. De medische handeling wordt zelf gedefinieerd als “het geheel van menselijke, technische en wetenschappelijke activiteiten die uitgevoerd worden door een persoon die voldoet aan de voorwaarden voor de uitoefening van de geneeskunde en die tot doel hebben ziektes en afwijkingen bij menselijke wezens te vermijden, te genezen of te verlichten.” (eigen vertaling) (B. GLORION en L. ISRAËL, “Médecine - Relation malade-médecin”, in *Universalis*

*éducation*, <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/medecine-relation-malade-medecin/> (geraadpleegd op 1 september 2016). In elk geval kan men een medische handeling slechts rechtvaardigen als zij een *therapeutisch doel* dient, wat door verschillende auteurs ruim of minder ruim wordt opgevat. Onder anderen, G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, Brussel, Larcier, 2010, p. 93.

<sup>22</sup> Cf. E. DE KEYSER, “Euthanasie. Een medische handeling?”, *NjW*, nr. 45, 2003, pp. 1067-1073; T. VANSWEEVELT, “De euthanasiewet: de ultieme bevestiging van het zelfbeschikkingsrecht of een gecontroleerde keuzevrijheid?”, *Rev. Dr. Santé*, 2003, pp. 269-272, nrs. 169-174. Voor een onderzoek over de belangrijkste argumenten in het debat, zie S. TACK, “Recht op (uitvoering van) euthanasie? Instellingsbeleid en de professionele autonomie van de arts”, *Rev. Dr. Santé*, 2012-2013, pp. 7-22, i.h.b. pp. 9-10, nrs. 7-15.

<sup>23</sup> H. NYS, “Euthanasie is geen medische handeling”, *Acta Hospitalia*, 1999, nr. 4, pp. 71-72; H. NYS, “Euthanasie en therapeutische vrijheid”, *Acta Hospitalia*, 2002, nr. 2, pp. 58-60; T. GOFFIN, *De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de patiëntrelatie*, Brugge, La Chartre/Die Keure, 2011, pp. 30-31 en pp. 34-35.

nature medisch zijn en handelingen die door de wet aan artsen zijn voorbehouden<sup>24</sup>.

**De aard van de euthanasiedaad is het tegenovergestelde van haar classificatie als medische handeling.**

Het therapeutisch doel is deel van de essentie van de geneeskunde. Men spreekt vaak suggestief over de “therapeutische relatie” tussen de arts en de patiënt. De volledige medische wetenschap legt zich toe op het bewaren of herstellen van de gezondheid, het behandelen, genezen of verlichten van (fysieke of mentale) ziektes. Het is algemeen bekend dat de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gezondheid heel breed definieert als “een toestand van volkomen lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn” en “niet alleen de afwezigheid van ziekte of handicap”<sup>25</sup>. De therapeutische oriëntatie van de geneeskunde beperkt zich niet enkel tot de preventieve of curatieve aspecten, maar omvat alle zorgen die kunnen bijdragen aan het “welzijn” en de “levenskwaliteit” van de patiënt<sup>26</sup>. In die zin is het niet moeilijk om plastische chirurgie of palliatieve zorgen als medische handelingen te beschouwen. Daarentegen valt niet in te zien hoe men euthanasie, dat namelijk het “zijn” wegneemt, als een medische handeling kan zien. Is het mogelijk om zonder de betekenis

van het woord geweld aan te doen “welzijn” te hebben zonder het “zijn” te veronderstellen?<sup>27</sup> Gaat men bij de verbetering van levenskwaliteit niet, op zijn minst, uit van het bewaren van dit leven?

Men heeft beweerd dat euthanasie het eindpunt of de voorzetting van palliatieve zorg is, en dat het daar onlosmakelijk mee verbonden is<sup>28</sup>. In andere woorden, euthanasie zou het lijden verlichten in de meest allesomvattende vorm<sup>29</sup>. Ongetwijfeld is het leven van de patiënt beëindigen de meest radicale manier om het lijden te beëindigen. Maar er is geen sprake meer van zorgen die het “welzijn” van de patiënt zullen verbeteren, noch zijn “levenskwaliteit”.

Ten slotte is de aard van de euthanasiedaad het tegenovergestelde van haar classificatie als medische handeling. Ze kan niet verder “palliatieve zorgen” verschaffen die, volgens de internationale standaarden, “de levenskwaliteit van de patiënten en hun familie – die geconfronteerd worden met een mogelijk dodelijke ziekte – willen verbeteren door het voorkomen en verlichten van lijden, (...) het leven willen bevorderen en de dood als een normaal proces beschouwen, de dood noch willen bespoedigen noch uitstellen, rekening houden met de psychologische en geestelijke aspecten van de patiëntenzorg, een ondersteuningsysteem voorstellen om de patiënten te helpen zo actief mogelijk te leven tot de dood intreedt (...)”<sup>30</sup>.

<sup>24</sup> Over dit tweede voorbeeld, ID., “Euthanasie en therapeutische vrijheid”, p. 58.

<sup>25</sup> Preambule bij het Statuut van de Wereldgezondheidsorganisatie, zoals aangenomen door de Internationale Gezondheidsconferentie, New York, 19-22 juni 1946, ondertekend op 22 juli 1946 door de vertegenwoordigers van 61 Staten. 1946 (*Actes officiels de l'OMS*, nr. 2, p. 100) en in werking getreden op 7 april 1948, beschikbaar op: <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>. De definitie is niet gewijzigd sinds 1946.

<sup>26</sup> E. DE KEYSER, “Euthanasie. Een medische handeling?”, *NjW*, nr.45, 22 oktober 2003, p. 1070.

<sup>27</sup> E. MONTERO, *Rendez-vous avec la mort. Dix ans d'euthanasie en Belgique*, Limal, Antemis, 2013, p. 94-95.

<sup>28</sup> Cf. E. DE KEYSER, “Euthanasie. Een medische handeling?”, *op. cit.*, p. 1071, nr. 21; T. VANSWEEVELT, “De euthanasiewet: de ultieme bevestiging van het zelfbeschikkingsrecht of een gecontroleerde keuzevrijheid?”, *Rev. Dr. Santé*, 2003, p. 270, nr. 170.

<sup>29</sup> E. DE KEYSER, *ibid.*

<sup>30</sup> Cf. de definitie van palliatieve zorg door de WHO (2002), [www.who.int/cancer/palliative/fr](http://www.who.int/cancer/palliative/fr) (geraadpleegd op 28 Augustus 2017) (eigen



Deze opvatting wordt gedeeld door de European Association for Palliative Care<sup>31</sup>. De Belgische wet betreffende de palliatieve zorg bepaalt van zijn kant dat het doel van deze zorgen is “deze zieke en zijn naasten een zo groot mogelijke levenskwaliteit en maximale autonomie te bieden”<sup>32</sup> (Art. 2 al. 2). Er zijn genoeg redenen om euthanasie geen deel te maken van palliatieve zorgen<sup>33</sup>.

Men heeft ook geargumenteed dat euthanasie niet te beperken is tot de uitvoering van de dodelijke handeling, aangezien deze voorafgegaan wordt door handelingen die uitsluitend voorbehouden zijn aan wie medisch bevoegd is (diagnose, evaluatie van de medische situatie van de patiënt...) <sup>34</sup>. Vreemd argument! We kunnen inderdaad erkennen dat de diagnose, de uitgevoerde behandelingen, de handelingen die het lijden en andere symptomen willen verminderen... medische handelingen zijn, en tegelijk oordelen dat de dodende daad zelf deze classificatie niet kan krijgen.

Auteurs die voorstander zijn van de classificatie van euthanasie als medische handeling kunnen weinig argumenten laten gelden. Het is tekenend dat de auteurs in Advies nr. 59 van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek hun analyse als volgt besluiten: “Wat er ook van zij, euthanasie kadert ten minste *de facto* binnen wat normaal als “medisch handelen” wordt beschouwd” <sup>35</sup>. Deze finale opmerking verradt een zeker besef van de zwakheid van de voorgaande argumenten. We weten dat het opstapelen van zwakke argumenten niet tot een sterke conclusie leidt! Benadrukken dat “wat er ook

van zij” euthanasie “*de facto*” kadert binnen “wat normaal als “medisch handelen” wordt beschouwd” (een vage beschrijving die zich lijkt terug te trekken van de bevestiging dat euthanasie een medische handeling is) voelt juridisch-analytisch (*de iure*) als een ontkenning aan.

Kortom, het is niet overbodig eraan te herinneren dat de wetgever liever een specifieke wet heeft willen aannemen, en niet het strafwetboek aangepast heeft. Dit geeft namelijk duidelijk aan dat euthanasie een van nature *intrinsiek* misdadige handeling blijft, een strafbaar feit, dat *bij uitzondering, onder de voorwaarden die in de wet vastgelegd zijn*, haar onrechtmatig karakter verliest.

### C. Euthanasie maakt geen deel uit van de “minimumzorgen” van een zorginstelling

In de bewoording van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen worden als ziekenhuizen beschouwd: “de instellingen voor gezondheidszorg waarin op ieder ogenblik geëigende medisch-specialistische onderzoeken en/of behandelingen in het domein van de geneeskunde, de heelkunde en eventueel de verloskunde in pluridisciplinair verband kunnen verstrekt worden, binnen het nodige en aangepaste medisch, medisch-technisch, verpleegkundig, paramedisch en logistiek kader, aan patiënten die er worden opgenomen en kunnen verblijven, omdat hun gezondheidstoestand dit geheel van zorgen

---

vertaling). Adde: S. HALL *et al.* (ed.), *Palliative care for older people: better practices*, WHO (regional office for Europe), 2011, p. 6 e.v.

<sup>31</sup> Cf. “White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1 – Recommendations from European Association for Palliative Care”, *European Journal of Palliative Care*, 2009, 16 (6): 278-289, i.h.b. 284, en part 2, zelfde tijdschrift, 2010, 17 (1): 22-33.

<sup>32</sup> Wet van 14 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg, art. 2 (recent gewijzigd door een wet van 21 juli 2016, *B.S.*, 29 augustus 2016). Eigen cursivering.

<sup>33</sup> Cf., bijvoorbeeld, J. PEREIRA, D. ANWAR *et al.*, “Assisted suicide and euthanasia should not be practiced in palliative care units”, *Journal of Palliative Medicine*, 2008, 11 (8): 357-372.

<sup>34</sup> Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, Advies nr. 59, bovengenoemd, p. 26-27.

<sup>35</sup> *Ibid.*, p. 27. Cursivering in de tekst.



vereist om op een zo kort mogelijke tijd de ziekte te bestrijden of te verlichten, de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren of de letsels te stabiliseren”<sup>36</sup> (art. 2, al. 1). Zo wordt de wettelijke opdracht van ziekenhuizen gedefinieerd.

Van zodra euthanasie niet langer ontleed kan worden als medische handeling of behandeling, is zij niet meer inbegrepen in de wettelijke opdracht van ziekenhuizen, mits een ziekenhuis wettelijk gedefinieerd wordt als instelling van gezondheidszorg waarin algemene of specialistische onderzoeken en behandelingen verstrekt worden<sup>37</sup>. Dezelfde wet voorziet erin dat ziekenhuizen bepaalde normen moeten naleven die bepaald worden door de Koning. Deze kan ondermeer normen bepalen met betrekking tot de vereisten inzake het minimum activiteitsniveau van het ziekenhuis, de soort(en) zorgprogramma's of de soort(en) ziekenhuisdiensten<sup>38</sup> (art. 66, al. 1).

Om erkend te worden moet het ziekenhuis – onder andere – voldoen aan die vereisten inzake minimumzorgen die bepaald zijn door de Koning<sup>39</sup>. Volgens de parlementaire werkzaamheden kan de Koning “erkenningnormen opleggen, maar enkel met betrekking tot medisch handelen en sommige andere vormen van handelen (bijvoorbeeld het optreden van verpleegkundigen), waartoe levensbeëindigend handelen niet behoort”<sup>40</sup>.



Tot op vandaag maakt euthanasie geen deel uit van het minimumaanbod dat volgens de Koninklijke besluiten vereist is voor de erkenning van zorginstellingen<sup>41</sup>, en de wet zelf verplicht zorginstellingen in geen enkel opzicht om euthanasie te verrichten. Daaruit volgt dat geen enkele zorginstelling verplicht kan worden om euthanasie aan te bieden in haar “zorgpakket” of om het nodige personeel en structureel kader voor deze praktijk te voorzien<sup>42</sup>. Er kan geen enkele sanctie bestaan voor de afwezigheid van het nodige personeel of materieel om euthanasie toe te passen<sup>43</sup>. Bovendien zou het invoeren van euthanasie in het minimumaanbod van een zorginstelling, langs wettelijke of reglementaire weg, het recht op persoonlijke gewetensbezwaren dat voorzien is in artikel 14 van de euthanasiewet volgens ons volledig ondermijnen.

De instelling zou noodzakelijkerwijs een of meerdere artsen in dienst moeten hebben die bereid zouden zijn om binnen de wettelijke voorwaarden in te gaan op

<sup>36</sup> Artikel 2 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, B.S., 7 november 2008.

<sup>37</sup> Cf. H. Nys, “Euthanasie en therapeutische vrijheid”, *Acta Hospitalia*, 2002, nr. 2, pp. 58-60.

<sup>38</sup> Gecoördineerde wet op de ziekenhuizen, art. 66, 1°.

<sup>39</sup> *Ibid.*, art. 69.

<sup>40</sup> Cf. Verslag namens de Commissie voor de Justitie, uitgebracht door Th. GIET, A. VAN DE CASTEELE, A. BARZIN en J. SCHAUVLIÈGE, *Parl.St.*, Kamer, 2001-2002, nr. 50-1488/009, p. 177.

<sup>41</sup> Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, Advies nr. 59 van 27 januari 2014 betreffende de ethische aspecten van de toepassing van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, p. 40.

<sup>42</sup> S. TACK, “Recht op (uitvoering van) euthanasie? Instellingsbeleid en de professionele autonomie van de arts”, *Rev. Dr. Santé*, 2012-2013, p. 20, nr. 53.

<sup>43</sup> Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, Advies nr. 59 van 27 januari 2014 betreffende de ethische aspecten van de toepassing van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, p. 40.

euthanasieverzoeken. En wat als deze zich in een bepaalde situatie willen onthouden? Is het denkbaar om hen elke recht op de gewetensclausule die door de wet wordt voorzien te ontzeggen? Euthanasie aanbieden als onmisbaar deel van het minimumaanbod dat nodig is voor de erkenning van een instelling lijken we echter niet te kunnen

beperken tot het louter openen van de deur voor een externe arts die euthanasie gunstig gezind is.

## II. Het “institutioneel beleid”

Euthanasie is ethisch zwaar beladen, aangezien de handeling opzettelijk een einde beoogt te maken aan het leven van een persoon. Het lijkt dan ook redelijk dat een instelling op dit punt een duidelijk ethisch zorgbeleid vastlegt. Zo’n “ethisch beleid” wordt vaak schriftelijk uitgedrukt in “charters”, reglementen van interne orde, procedures of richtlijnen die op institutioneel niveau worden aangenomen. Het dient om het verzorgend personeel te gidsen en te ondersteunen op het vlak van euthanasie volgens de normen en waarden van de instelling<sup>44</sup>. Iedereen kent het “ethisch beleid” en het wordt impliciet of expliciet aanvaard door de werknemers die een arbeidsovereenkomst afsluiten met de instelling en zich hierdoor, uit overtuiging of loyaliteit, met haar morele identiteit vereenzelvigen<sup>45</sup>.

Sommige zorginstellingen weigeren of, wat vaker voorkomt, bemoeilijken de toegang tot euthanasie – in het algemeen of in specifieke gevallen (euthanasie van onbekwame personen, euthanasie wanneer het overlijden niet op korte termijn te verwachten is...) die ingewikkelder zijn dan wat in de wet voorzien is. Een kleine minderheid van hen hanteert een “nultolerantiebeleid”. Dat betekent dat het verbod om euthanasie uit te voeren zich zonder uitzondering op alle groepen patiënten van toepassing is.

Er zijn echter veel meer instellingen die een gedeeltelijk verbod instellen door euthanasie enkel voor bepaalde patiënten te verbieden (bijvoorbeeld, onbekwame patiënten, patiënten met een psychische aandoening of degenen die zich niet in een terminale fase bevinden). Een dergelijk “beleid” over euthanasie berust in het algemeen op de ethische en religieuze waarden van de

<sup>44</sup> Voor een overzicht van de inhoud van deze “ethische charters”, zie onder andere, J. LEMIENGRE, B. DIERICKX DE CASTERLÉ, G. VERBEKE, C. GUISSON, P. SCHOTSMANS, C. GASTMANS, “Ethics policies on euthanasia in hospitals – A survey in Flanders (Belgium)”, *Health Policy*, 2007, 84 (2-3): 170-180 ; J. LEMIENGRE, B. DIERICKX DE CASTERLÉ, Y. DENIER, P. SCHOTSMANS en C. GASTMANS, “How do hospitals deal with euthanasia requests in Flanders (Belgium) ? A content analysis of policy documents”, *Patient Education and Counseling* (2008) 71: 293-301 ; Id., “Content analysis of euthanasia policies of nursing homes in Flanders (Belgium)”, *Med Health Care and Philos* (2009) 12: 313-322 ; J. LEMIENGRE, B. DIERICKX DE

CASTERLÉ, G. VERBEKE, K. VAN CRAEN, P. SCHOTSMANS, C. GASTMANS, “Ethics policies on euthanasia in nursing homes: A survey in Flanders, Belgium”, *Social Sciences & Medicine*, 2008, afl. 66 (2), pp. 376-386. Adde: J. LEMIENGRE, C. GASTMANS, P. SCHOTSMANS en B. DIERICKX DE CASTERLÉ, “Impact of Written Ethics Policy on Euthanasia From the Perspective of Physicians and Nurses: A Multiple Case Study in Hospitals”, *AJOB Primary Research* (2010) 1 (2): 49-60.

<sup>45</sup> Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, Advies nr. 59 van 27 januari 2014 betreffende de ethische aspecten van de toepassing van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, pp. 38-40.

instelling of van haar overkoepelende organisatie. Studies in Vlaamse ziekenhuizen tonen aan dat de ethische standpunten van veel instellingen sterk geïnspireerd worden door “Caritas”, een katholieke organisatie die het merendeel van de katholieke instellingen en diensten in de sociale sector en de gezondheidszorg coördineert en vertegenwoordigt<sup>46</sup>.

Wat zijn de juridische grondslagen en beperkingen van zo’n beleid? Zijn ze bindend voor het medisch personeel?

## A. Beknpte stand van zaken

Eerst is het nodig om elke zorginstelling te definiëren die personen ontvangt die een euthanasieaanvraag kunnen uiten. Het begrip “ziekenhuis” werd al eerder gedefinieerd. Een “rusthuis” of “bejaardentehuis” kan omschreven worden als de instelling die bestemd is om bejaarden van meer dan zestig jaar te huisvesten die er hun gewone verblijfplaats hebben en er profiteren van collectieve familiale diensten, huishoud diensten, hulp in het dagelijkse leven en, in voorkomend geval, verpleegkundige of paramedische zorgen. Het “woonzorgcentrum” vertoont dan weer een sterker ziekenhuiskarakter dan het klassieke rusthuis in de mate waarin het bejaarden herbergt wier autonomie sterk verminderd is en die getroffen zijn door een langdurige ziekte, zodat zij nood hebben aan dagelijkse medische zorgen en hulp<sup>47</sup>.

Meerdere wetenschappelijke studies, die vooral rond het jaar 2007 in het Vlaams gewest gevoerd werden, richtten zich op het beleid

dat zorginstellingen aannamen ten opzichte van euthanasie<sup>48</sup>. Daaruit bleek dat een minderheid van de Vlaamse ziekenhuizen enkel de voorwaarden van de wet gebruikte om euthanasie toe te staan voor bekwame personen in terminale fase. De meerderheid onder hen liet de euthanasie van deze categorie personen slechts uitzonderlijk toe bij het voldoen aan bepaalde voorwaarden waarin de wet niet uitdrukkelijk voorziet. Deze methode staat bekend als “palliatieve filter”<sup>49</sup>. Euthanasie is daardoor slechts mogelijk na raadpleging van een ploeg palliatievezorgexperten.

Deze maatregel concretiseert de wettelijke verplichting om na te gaan of de patiënt wel aan de wettelijke voorwaarden voldoet. Als een van de voorwaarden voor de straffeloosheid van de euthanasiedaad, vereist de wet immers dat de patiënt “zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt” en getuigt van “aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden” (art. 3, §1, derde streepje). Het is niet ongebruikelijk om te trachten het lijden van de patiënt te verzachten binnen de palliatieve zorgen alvorens te besluiten dat dit lijden “onlenigbaar” is. Temeer daar de wet er ook in voorziet dat de arts “met de patiënt tot de overtuiging [moet] komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt *geen redelijke andere oplossing* is (...)” (art. 3, §2, 1°).

Men ziet hier dat de letter van de wet de arts oproept om niet louter en alleen neer te buigen voor het euthanasieverzoek van de patiënt. Zij duwt hem niet in een passieve rol van uitvoerder van de wil van de patiënt, verre van. Integendeel zelfs, zij verplicht hem om

<sup>46</sup> S. TACK, “Can hospitals prohibit euthanasie? An analysis from a european human rights perspective”, *Med. & Law*, 2011, nr. 30, p. 298. Zie ook: <http://www.caritas.be/nl/wie-zijn-wij> (laatst bekeken op 27 augustus 2017).

<sup>47</sup> Zie [http://www.maisons-de-repos.be/new/index\\_nl.php](http://www.maisons-de-repos.be/new/index_nl.php) (laatst bekeken op 27 augustus 2017).

<sup>48</sup> Cf. de bovengenoemde studies en de cijfers die zij aanvoeren.

<sup>49</sup> Cf., in het bijzonder, C. GASTMANS, F. VAN NESTE, P. SCHOTSMANS, “Facing requests for euthanasia: a clinical practice guideline”, *J Med Ethics*, 2004, 30: 212-217.

andere oplossingen te proberen. De “palliatieve filter” lijkt een bijkomende voorzorgsmaatregel – zoniet een maatregel van gezond verstand –, die weliswaar niet formeel vereist wordt door de wet, maar er ook niet mee in strijd is. De wet preciseert inderdaad voorzichtig “onverminderd bijkomende voorwaarden die de arts aan zijn ingrijpen wenst te verbinden” (art. 3, §2, *initio*), vooraleer de verplichtingen op te sommen die op hem rusten alvorens hij een euthanasieverzoek kan overwegen. Een enkel ziekenhuis in het Vlaams gewest keurde een totaalverbod op het toepassen van euthanasie goed.

*De letter van de wet roept de arts op om niet louter en alleen neer te buigen voor het euthanasieverzoek van de patiënt.*

Volgens diezelfde studies verboden sommige ziekenhuizen euthanasie voor onbekwame personen in terminale fase onder de wettelijke voorwaarden. Onder degene die het toestonden voorzag meer dan de helft bijkomende voorwaarden. Euthanasie voor patiënten die zich niet in terminale fase bevonden werd slechts in bepaalde ziekenhuizen aanvaard, onder aanvullende voorwaarden.

De studie van het euthanasiebeleid in de Vlaamse rusthuizen onthult gelijkaardige tendensen. De euthanasie van bekwame personen in terminale fase, onder de wettelijke voorwaarden, bleek slechts in een derde van de instellingen toegestaan. Sommigen onder hen onderwierpen euthanasie aan voorwaarden waarin de wet niet expliciet voorziet en een minderheid duldde euthanasie helemaal niet. De auteurs onderstrepen dat de onverenigbaarheid van euthanasie met de religieuze identiteit van de instelling vaak de oorzaak was van een streng beleid ten opzichte van deze praktijk.

Het dient opgemerkt te worden dat deze stand van zaken meerdere jaren geleden is opgesteld en enkel op Vlaanderen betrekking heeft. We mogen aannemen dat de situatie onophoudelijk evolueert naar een houding die gunstiger staat tegenover euthanasie. Nu euthanasie zijn onverzettelijke opmars maakt in de zeden, kunnen we veronderstellen dat de instellingen die zich tegen euthanasie verzetten vandaag eerder de uitzondering vormen.

## B. Juridische grondslagen

Vooraleer in te gaan op de juridische grondslagen en de beperkingen van de “ethische richtlijnen” rond euthanasie die zorginstellingen hebben aangenomen, is het nuttig om een onderscheid te maken tussen verschillende scenario’s.

De betrokken arts kan gebonden zijn door een contractuele (of statutaire) verhouding met de zorginstelling. Hij kan ook een externe arts zijn. Het kan gaan om de behandelende arts van de patiënt, die zich op vraag van de patiënt naar het ziekenhuis, rusthuis of woonzorgcentrum begeeft waar deze zich bevindt, om er over te gaan tot euthanasie.

We denken ook aan het geval waarin een externe arts die openstaat voor euthanasie, zich naar het sterfbed van de patiënt wenst te begeven om zijn euthanasieverzoek in te willigen wanneer de behandelende arts van de instelling weigert aan het verzoek tegemoet te komen.

### 1. De parlementaire werken

Tijdens de voorbereiding van de euthanasiewet ontstond een debat in de Commissie Justitie over de vraag of instellingen de mogelijkheid zouden hebben om euthanasie in hun instelling te verbieden. In de ogen van de unanieme parlementsleden bestond er geen twijfel: “De voorzitter besluit dat in de juiste interpretatie van het

voorliggende ontwerp instellingen het recht hebben om de toepassing van euthanasie te verbieden binnen de muren van de instelling.”

Daaraan werd toegevoegd: “Geen lid verzet zich tegen deze interpretatie van de voorzitter.”<sup>50</sup>



De bedoeling van de wetgever is dus manifest. In het licht van de parlementaire werken kan men van oordeel zijn dat een zorginstelling het recht heeft om euthanasie te weigeren. Vermits euthanasie een zo zwaarwichtige handeling is die betracht het leven van een mens te beëindigen, verhindert niets *a fortiori* de instellingen om bijkomende voorzorgsmaatregelen te voorzien, bovenop diegene waarin de wet uitdrukkelijk voorziet<sup>51</sup>. Bijgevolg kan een instelling rechtmatig mannen en vrouwen die er werken contractueel verplichten om de door haar aangenomen gedragsnorm te respecteren in overeenstemming met haar ethisch charter, dat hen bekend is en waarmee zij hebben ingestemd. Deze opvatting vindt ook steun in de internationale mensenrechten (cf. *infra*, III).

## 2. De “weigeringsclausule” (art. 14)

Het artikel 14, §1, eerste tot derde alinea van de wet bepaalt het volgende: “Het verzoek en de wilsverklaring [...] 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.”

De vraag is of de term “persoon” evengoed op rechtspersonen zoals zorginstellingen slaat. Kunnen zij de “gewetensclausule” invoeren om euthanasie binnen hun muren te weigeren?

De wetgever lijkt de toepassing van artikel 14 van de wet ten gunste van zorginstellingen te hebben uitgesloten<sup>52</sup>. Tijdens de voorbereidende werken van de wet werd immers een amendement voorgesteld om een alinea in te voegen die zou bepalen dat “geen enkele burgerlijke of militaire medische of verzorgingsinstelling kan worden gedwongen of er zich toe kan verbinden uitvoering of medewerking te verlenen aan een verzoek tot euthanasie.”<sup>53</sup> Dit amendement werd verworpen<sup>54</sup>. Het ziet er dus naar uit dat een wettelijke gewetensclausule niet *als zodanig* kan worden ingeroepen door zorginstellingen die filosofische of religieuze standpunten zouden verdedigen die met de inhoud van de wet onverenigbaar zijn. Met andere woorden, in de alinea “Geen andere persoon kan worden gedwongen mee te werken aan het toepassen van euthanasie” strekt de term “persoon” zich enkel uit tot natuurlijke personen, met uitsluiting van rechtspersonen, die niet beschikken over een geweten<sup>55</sup>.

<sup>50</sup> Verslag namens de Commissie voor de Justitie, uitgebracht door Th. GIET, A. VAN DE CASTEELE, A. BARZIN en J. SCHAUVLIËGE, *Parl.St.*, Kamer, 2001-02, nr. 50-1488/009, p. 178. Cursivering in de tekst.

<sup>51</sup> Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, Advies nr. 59 van 27 januari 2014 betreffende de ethische aspecten van de toepassing van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, p.37.

<sup>52</sup> Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, Advies nr. 59 van 27 januari 2014 betreffende de

ethische aspecten van de toepassing van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, p. 35.

<sup>53</sup> Amendementen nrs. 643 en 644, *Parl.St.*, Senaat, 2000-2001, 2-255/19.

<sup>54</sup> Verslag LALOY en VAN RIET, *Parl.St.*, Sénat, 2000-2001, 2-244/22, p. 1318.

<sup>55</sup> S. TACK, “Recht op (uitvoering van) euthanasie? Instellingsbeleid en de professionele autonomie van de arts”, *Rev. dr. santé*, 2012-2013, p. 19.



Dat betekent daarom nog niet dat zorginstellingen euthanasie binnen hun muren niet kunnen inperken of verbieden.

Op basis van de lectuur van de voorbereidende werken van de wet begrijpt men dat het vermelde amendement niet verworpen werd om de instellingen deze mogelijkheid te ontnemen, maar omdat het overbodig leek. Zo ontegenzeggelijk was het toen dat de vrijheid van de zorginstellingen geëerbiedigd moest worden. Zoals wij al aanhaalden, volgt uit de debatten van de Commissie Justitie dat de deze laatsten de keuze kunnen maken om euthanasie te verbieden of aan bijzondere beperkingen te onderwerpen voor de gemeenschap die er werkzaam is.

### 3. Arbeidsovereenkomsten

Aangezien het ethisch beleid in verband met euthanasie op zichzelf niet bindend is, moeten de restricties of verboden die de instelling door haar werknemers geëerbiedigd zou willen zien opgenomen worden in hun arbeidsovereenkomst. Wat is de waarde, in het licht van de professionele autonomie van de arts, van een contractuele clausule die de arts van de instelling verbiedt euthanasie uit te voeren of de praktijk onderwerpt aan voorzorgsmaatregelen waarin de wet niet voorziet? Op welke basis kan een zorginstelling van haar artsen in loondienst een gedrag vereisen dat conform is aan haar ethiek? Zou dit niet ingaan tegen de professionele autonomie of de therapeutische vrijheid van de arts?

De professionele autonomie van de arts komt tot uiting door zijn recht om zijn beroep op vrije en zelfstandige wijze uit te oefenen, immuun voor elke beperking of grens die uitgaat van de staat of van particulieren, zoals gezondheidszorgverzekeraars of bestuurders

van zorginstellingen. Deze vrijheid wordt beschermd in diverse deontologische en wettelijke bepalingen <sup>56</sup>. De belangrijkste wettelijke grondslagen zijn de artikelen 10 tot 12 van het Koninklijk Besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen. Artikel 10 luidt: “Het is verboden de regelmatige en normale uitoefening van de geneeskunde of de artsenijsbereidkunde door een persoon die aan de vereiste voorwaarden voldoet, door feitelijkheden of geweld te verhinderen of te belemmeren.” Artikel 11 bepaalt dat “aan de beoefenaars [...] geen reglementaire beperkingen [mogen] worden opgelegd bij de keuze van de middelen die aangewend moeten worden, hetzij voor het stellen van de diagnose, hetzij voor het instellen en uitvoeren van de behandeling, hetzij voor het uitvoeren van magistrale bereidingen. [...] De misbruiken van de vrijheid waarvan zij (overeenkomstig het eerste lid) genieten, worden beteugeld door de raden van de Orde waarvan zij afhangen. [...]”. Artikel 12 stelt dan weer dat “worden beschouwd als niet geschreven zijnde in de overeenkomsten gesloten door de beoefenaars [...], de bepalingen die hun keuzevrijheid bedoeld bij artikel 11 schenden.”



Het recht tot therapeutische vrijheid beslaat enkel medische handelingen. Zou men euthanasie als een medische handeling zien,

---

<sup>56</sup> S. TACK, “Recht op (uitvoering van) euthanasie? Instellingsbeleid en de professionele autonomie van de arts”, *Rev. dr. santé*, 2012-2013, pp. 8-9.

dan zou zij binnen de sfeer van de professionele autonomie van de arts vallen en zou een institutioneel verbod ongeoorloofd en nietig beschouwd worden in toepassing van artikel 11 van het KB nr. 78. Als euthanasie daarentegen niet met een medische handeling gelijkgesteld kan worden, kan een arts zijn recht op therapeutische vrijheid niet inroepen om een euthanasie te rechtvaardigen die door zijn arbeidsovereenkomst verboden wordt, aangezien deze vrijheid beperkt is tot medische handelingen *stricto sensu*.

Door een overeenkomst te tekenen waarmee hij zich aansluit bij een beperkend of verbiedend euthanasiebeleid, maakt de beoefenaar geen gebruik van zijn therapeutische vrijheid, maar van zijn gewetensvrijheid, zodat hij zich bijgevolg verbindt.

#### 4. Wat met de externe arts van buiten de zorginstelling?

Kan een arts van buiten de zorginstelling hard maken dat hij geen contractuele banden heeft met de instelling om zijn recht erkend te zien om euthanasie uit te voeren in het ziekenhuis, het rusthuis of het woonzorgcentrum waar de patiënt zich bevindt?

Het lijkt ons dat de instelling zich hier op grond van het vooraf behoorlijk meegedeeld ethisch charter tegen kan verzetten. In dit opzicht zou een argument kunnen worden afgeleid uit artikel 14, derde alinea van de euthanasiewet. Het gaat er op dit moment niet om te overwegen of een rechtspersoon als

zodanig deze bepaling zou kunnen inroepen. Als men echter tot het einde de logica wil volgen volgens dewelke *geen persoon* gehouden is deel te nemen aan euthanasie, kan men toegeven dat inderdaad *niemand* binnen de betrokken instelling verplicht mag worden de euthanasie van een persoon die er verblijft te faciliteren, op welke wijze dan ook. Een rechtspersoon handelt slechts door toedoen van natuurlijke personen, met name organen of aangestelden. Indien euthanasie in alle zorginstellingen beschikbaar zou moeten zijn, zou men dus moeten besluiten dat, ondanks het voorschrift van de derde alinea van artikel 14 (hiervoor vermeld), *iemand* zich *de facto* verplicht zou kunnen zien om *op enige manier* deel te nemen aan euthanasie.

Het is niettemin belangrijk dat de patiënten terdege op de hoogte zijn gesteld van de instellingsethiek en van wat zij met zich meebrengt op het vlak van euthanasie.

Recent berichtten bepaalde Belgische media dat een Diests rusthuis zich ertegen verzet zou hebben dat een externe arts er euthanasie zou komen uitvoeren op een inwonende bejaarde. De feiten dateren uit augustus 2011. Vermits zij veel later gevat werd, heeft de rechtbank van eerste aanleg te Leuven pas op 29 juni 2016 gevonnis. Helaas schijnt het vonnis niet veel licht op de vraag die ons bezighoudt: niet enkel houden de partijen er tegenstrijdige versies van het verloop van de feiten en de reden voor de weerstand tegen de voorgenomen euthanasie op na, maar vooral heeft de verweerder kennelijk niet gepleit op het gebied van de institutionele vrijheid<sup>57</sup>. Dat

<sup>57</sup> Rb. Leuven (5<sup>e</sup> k.), 29 juni 2016, AR. 14/1245/A. De partijen hebben een verschillende versie over wat overeengekomen zou zijn bij het bezoek van de arts die een *second opinion* zou geven over de euthanasieaanvraag. De verweerder (het woonzorgcentrum) beweert bovendien dat hij zich er principieel niet tegen verzette dat euthanasie zou worden uitgevoerd in zijn instelling. Volgens hem zouden echter niet alle wettelijke voorwaarden vervuld zijn. Volgens de rechtbank kan een brief van de arts van het rustoord aan de "tweede arts" op 10

augustus 2011, de dag voor diegene waarop de euthanasie geprogrammeerd stond, echter als een principiële weigering opgevat worden. Daaruit volgde dat de euthanasie niet op de voorziene dag kon plaatsvinden, zodat de patiënte het woonzorgcentrum twee dagen later heeft moeten verlaten om thuis geëuthanasieerd te worden. De rechtbank oordeelde dat zij bijgevolg morele schade heeft geleden ter waarde van 3000 euro en veroordeelde de verweerder tot het betalen van 1000 euro aan elk van de eisers (voor hun



is dan ook waarom de rechtbank van Leuven “akte [neemt] van het feit dat partijen het erover eens zijn dat verweerster (het rusthuis) niet het recht had om, omwille van gewetensbezwaren of omdat zij principieel niet wil dat euthanasie wordt uitgevoerd in haar instelling, de euthanasie van mevrouw B. te weigeren.”

Merken wij op dat de rechtbank zich ertoe beperkt akte te nemen van het gedeelde standpunt van de partijen, zonder op apodictische wijze te beweren dat dit standpunt de stand van het recht weerspiegelt. Aangezien zij niet werd verzocht te oordelen over de vrijheid van de instelling om een principieel bezwaar op te werpen tegen de uitvoering van euthanasie binnen haar muren, kon zij logischerwijs ook geen stelling nemen op dit punt.

## C. Beperkingen: informatie en transparantie

De vrijheid van zorginstellingen moet compatibel blijven met de vrijheid van de patiënt, in dit geval de vrijheid om euthanasie aan te vragen. De wet patiëntenrechten<sup>58</sup> verplicht de arts in artikel 7 om informatief en transparant te zijn. Zo stelt de eerste paragraaf van het artikel dat “de patiënt [...] tegenover de beroepsbeoefenaar recht [heeft] op alle hem betreffende informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan” (art. 7, al. 1).

Artikel 14 van de euthanasiewet bevat in alinea’s 4 en 5 ook een informatieplicht en een begeleidingsplicht. Concreet voorziet de wet het volgende: “[w]eigert 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. 14, al. 4 en 5).

Van haar kant zou een zorginstelling die een beleid voert dat euthanasie niet toelaat toekomstige patiënten hier samen met de arts eerlijk en duidelijk van moeten informeren, bijvoorbeeld door een mededeling op haar website, een folder en/of een persoonlijke kennisgeving.

Bovendien zou de instelling ervoor moeten zorgen dat het medisch en verplegend personeel snel en nauwlettend reageert op een euthanasieverzoek. Als zij of haar artsen op de aanvraag weigert in te gaan, moet ze zo snel mogelijk al het nodige doen om volgens de wensen van de patiënt zijn medisch dossier mee te delen aan de arts die hij heeft aangewezen. Met andere woorden, het ethisch beleid van de instellingen moet uiting geven aan een correct evenwicht tussen de rechten van de patiënt aan de ene kant, waaronder zijn recht om euthanasie *aan te vragen*, en de rechten van de instellingen aan de andere kant om een eigen ethisch beleid uit te werken over euthanasie, dat overeenstemt met hun filosofische of religieuze overtuiging<sup>59</sup>.

Het valt op te merken dat recent een wetsvoorstel in het parlement is ingediend om in de wettekst wijzigingen te maken rond de

---

persoonlijke schade) en 3000 euro aan de eisers in hun hoedanigheid van wettelijke erfgenamen van de betrokkene.

<sup>58</sup> B.S., 22 augustus 2002.

<sup>59</sup> S. TACK, “Can hospitals prohibit euthanasie? An analysis from a European human rights perspective”, *Med. & Law*, 2011, nr.30, pp. 303-304.

twee punten die we net aangekaart hebben<sup>60</sup>. De twee voorgestelde aanpassingen willen het voorschrift van de eerste alinea van artikel 14 uit de euthanasiewet sterk inperken. Ter herinnering, deze alinea begint als volgt: “het verzoek en de wilsverklaring [...] hebben geen dwingende waarde”. Volgens het nieuwe wetsvoorstel zou de arts echter gedwongen zijn om de patiënt “binnen zeven dagen na het kenbaar maken van het verzoek” te informeren over zijn weigering om euthanasie te plegen.

Dit voorstel is te betreuren. Het stemt niet overeen met de letter en de geest van de wet, en doet de complexiteit van de reële situaties op het terrein geweld aan. Aan de ene kant is het mogelijk dat de weigering om in te gaan op een euthanasieaanvraag niet uit een principieel bezwaar voortkomt, maar uit het – eerder geruststellend – feit dat een periode van enkele dagen de arts en de patiënt niet genoeg tijd geeft om samen “tot de overtuiging [te] komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is” (art. 3, §2, al. 1). Euthanasieactivisten waren verheugd dat de wet het mogelijk zou maken vrijuit te spreken, maar hier komt de wens aan het licht om een einde te maken aan elke mogelijkheid om een reële dialoog tussen de arts en de patiënt te hebben, opdat diens aanvraag zo snel mogelijk gevolg zou krijgen<sup>61</sup>.

Aan de andere kant gebeurt het vandaag steeds vaker dat een patiënt, zodra hij een alarmerende diagnose hoort, een vaag verzoek

om euthanasie doet. We begrijpen dat de arts hem eerst geruststelt, door uit te leggen dat de ziekte zich nog in haar beginstadium bevindt, dat het verloop ervan afgeremd kan worden, of dat hij te genezen is... en door de verschillende mogelijke behandelmethodes te bespreken. Met de nieuwe tekst die hier voorgesteld werd, verloopt alles alsof men zich moet haasten om positief op de euthanasieaanvraag in te gaan. De verbijstering van de arts aan wie euthanasie gevraagd wordt, zou niet meer dan zeven dagen mogen duren.

*Met de nieuwe tekst die hier voorgesteld werd, verloopt alles alsof men zich moet haasten om positief op de euthanasieaanvraag in te gaan.*

Hetzelfde wetsvoorstel wil langs een andere weg een bijkomend verplichtend aspect aan een euthanasieaanvraag verbinden en hierdoor het recht om de dood aan te vragen dat in 2002 voorzichtig is ingesteld, vastere vorm geven<sup>62</sup>. Het voorstel houdt in dat de arts die een euthanasie weigert te plegen, voortaan verplicht zou zijn “het medisch dossier van de patiënt binnen vier dagen na het kenbaar maken van de weigering, [door te geven] aan een arts die het euthanasieverzoek zal inwilligen.”

Deze verplichting doet de weigerende arts bijzonder geweld aan. Zoals de wetgever in

<sup>60</sup> Wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie en tot vaststelling van een termijn waarbinnen de arts een euthanasieverzoek van de patiënt moet beantwoorden en het medisch dossier aan een collega moet doorgeven als hij dat verzoek weigert in te willigen, ingediend door L. ONKELINX c.s., 23 februari 2016, *Parl.St.*, Kamer, 3<sup>de</sup> sessie van de 54<sup>ste</sup> legislatuur, 2015-2016, nr. 54-1677/001.

<sup>61</sup> Er bestaan precedents in deze zin. Cf., bijvoorbeeld, het Besluit van de Vlaamse Regering van 14 december 2012 betreffende de

programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, wat de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg en de dagverzorgingscentra betreft – Annex IX – Dagverzorgingscentra, *B.S.*, 14 november 2012, p. 68342.

<sup>62</sup> G. SCHAMPS en M. VAN OVERSTRAETEN, “La loi belge relative à l’euthanasie et ses développements”, *op. cit.*, p. 353 (die zich uitspreken over gelijkaardige oude wetsvoorstellen).

2002 goed begrepen had, is het natuurlijk een gevoelige kwestie om de gewetensbezwaarde arts die weigert euthanasie te plegen, te verplichten om zijn patiënt door te verwijzen naar een confrater die zonder blikken of blozen op de euthanasieaanvraag in zal gaan. Dit zou de weigerende arts dwingen om onrechtstreeks mee te werken aan een handeling die hij om gewetensredenen verafschuwt. Hij wordt gedwongen hypocriet te zijn: “ik doe dit zelf niet, maar verwijs u door naar een confrater die op uw aanvraag zal ingaan”. Zijn in de wet ingebed gewetensbezwaar lijkt niet echt serieus meer te worden genomen. Het is aan de overheid

om ervoor te zorgen dat de betrokkenen langs andere efficiënte middelen de informatie ontvangen, zonder de gewetensvrijheid van de gezondheidsdeskundige te belasten.

Als dit dubbele voorstel aangenomen zou worden, zou het – wat men ook mag beweren – een dodelijke slag toebrengen aan de gewetensclausule die in de wet ingeschreven staat. De vrijheden zouden er niet mee gebaat zijn.

### III. De institutionele vrijheid in de internationale mensenrechten

Tot hier toe betrof de analyse het binnenlands recht. Kan de wetgever echter niet gebruik maken van zijn soevereine macht om de wetsbepalingen te wijzigen die instellingen zouden verhinderen een beleid te voeren dat zich verzet tegen euthanasie? Kunnen de Belgische hoven en rechtbanken het wettelijk kader eveneens niet op een manier interpreteren waardoor alle zorginstellingen van het land gedwongen worden om euthanasie binnen hun muren toe te laten?

Deze vragen brengen ons ertoe de impact van mogelijke hogere normen in internationale instrumenten die door België geratificeerd werden van dichtbij te bekijken.

#### A. Het begrip “identiteitsgebonden onderneming”

Het begrip “identiteitsgebonden onderneming” (*Tendenzbetrieb*) bestaat reeds lang in de Duitse wetgeving<sup>63</sup> en is logischerwijs het voorwerp van talrijke studies aan de andere kant van de Rijn. De aandacht

van de Franse en Belgische rechtsleer heeft het daarentegen maar weinig kunnen vatten<sup>64</sup>.

De belangstelling voor dit begrip is uiteraard toegenomen sinds het neergelegd is in een Richtlijn van de Raad van de Europese Unie van 27 november 2000<sup>65</sup>. Deze richtlijn

<sup>63</sup> Artikel 81 van de wet van 11 oktober 1952.

<sup>64</sup> Zie, bijvoorbeeld, P. WAQUET, “Loyauté du salarié dans les entreprises de tendance”, *G.P.*, 1996/2, doctr. p. 1427, Ph. ARDANT, noot onder Cass. fr. (voltallige zitting), 19 mei 1978, *D.*, 1978, p. 546; A. SÉRIAUX, noot onder Cass. (soc. k.), 17 april 1991, *J.C.P.*, 1991, II, 21724.

<sup>65</sup> Richtlijn 2000/78/EG van de Raad van 27 november 2000 tot instelling van een algemeen

kader voor gelijke behandeling in arbeid en beroep, *Publ.EG.*, 2 december 2000, L 303/16. In de rechtsleer, zie J.-P. MARGUENAUD en J. MOULY, “Les droits de l’homme salarié de l’entreprise identitaire”, *Recueil Dalloz*, 23 juni 2011, nr. 24, pp. 1637-1642; Y. STOCX, *Discriminatie en identiteit. Identiteitsgebonden werkgevers in het Belgisch en Europees arbeidsrecht*, Gent, Larcier, 2010.

heeft tot doel een algemeen kader te scheppen voor de bestrijding van directe of indirecte discriminatie op grond van godsdienst of overtuiging, handicap, leeftijd of seksuele geaardheid, op het vlak van arbeid en beroep. Hoewel de richtlijn het beginsel van gelijke behandeling beklemtoont, regelt ze ook een bijzonder statuut voor zogenoemde identiteitsgebonden ondernemingen. Ze staat verschillen in behandeling op grond van godsdienst of overtuiging toe wanneer, omwille van de *aard* van de beroepsactiviteit dan wel omwille van *de context waarin deze wordt uitgevoerd*, de vereiste kenmerken een wezenlijke en bepalende beroepsvereiste vormen, voor zover het doel legitiem en het vereiste evenredig aan dat doel is (cf. art. 4 §1). In het artikel 4 §2, tweede alinea, bepaalt de richtlijn meer bepaald dat zij “het recht van kerken en andere publieke of particuliere organisaties waarvan de grondslag op godsdienst of overtuiging is gebaseerd, onverlet [laat] om, handelend in overeenstemming met de nationale grondwettelijke en wettelijke bepalingen, van personen die voor hen werkzaam zijn, een houding van goede trouw en loyaliteit aan de grondslag van de organisatie te verlangen”.

De Belgische wetgever heeft deze bepaling geheel en al in het eigen recht ingepast, in het artikel 13, derde alinea, van de Wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie (de zogenaamde “Antidiscriminatiewet”)<sup>66</sup>. Deze bepaling is een uitzondering op het beginsel van niet-discriminatie. Vandaar moet zij strikt en louter binnen de grenzen van de tekst van artikel 13 zelf begrepen worden<sup>67</sup>. In dit geval lijkt het redelijk aan te nemen dat aan die voorwaarden voldaan is. Ten eerste, de onvoorwaardelijke eerbied voor het menselijk

leven kan als een legitiem doel beschouwd worden. Ten tweede, van de arts vereisen dat hij niet opzettelijk een einde maakt aan het leven van een patiënt, al was het op eigen verzoek, beantwoordt aan de evenredigheidsvereiste. Ten derde, de betrokken handeling valt effectief binnen de context waarin de beroepsactiviteit van de arts wordt uitgeoefend. De beoogde kenmerken vormen, tenslotte, een wezenlijke en bepalende beroepsvereiste, in het bijzonder, maar niet uitsluitend, waar het artsen betreft in de palliatieve zorgen, de geriatrie, de oncologie, rusthuizen...

Twee soorten organisaties kunnen zich beroepen op het statuut van identiteitsgebonden onderneming: enerzijds zij die de bevordering van een godsdienst of overtuiging tot rechtstreeks en essentieel voorwerp hebben (“kerken”, religieuze gemeenschappen etc.), anderzijds zij die zich louter baseren op een bepaalde ethiek bij het voeren van hun activiteiten<sup>68</sup>.



De zorginstellingen die onder de ethische verantwoordelijkheid van een religieuze gemeenschap staan – of in elk geval “een ideële roeping” hebben – zouden als identiteitsgebonden ondernemingen kunnen worden aangemerkt en, als zodanig, een houding van goede trouw en loyaliteit in overeenstemming met hun ethiek kunnen

<sup>66</sup> B.S., 30 mei 2007.

<sup>67</sup> Zie het artikel van het Centrum voor gelijke kansen over tendensondernemingen: <http://veruiterlijkingen.diversiteit.be/index-action=onderdeel&onderdeel=22.html> (geraadpleegd op 28 augustus 2017). Zie ook O. De

SCHUTTER, “Discriminations et marché du travail. Liberté et égalité dans les rapports d’emploi”, Coll. *Travail et Société*, nr. 28, Brussel, P.I.E.- Peter Lang, 2001, p.71 e.v.

<sup>68</sup> *Ibid.*

vereisen van hun werknemers. Zo moeten de betrokken instellingen, per contract of door het expliciet aanvaarden van een “Waardencharter”, een houding van goede trouw en loyaliteit kunnen vereisen van hun artsen. In de mate waarin de onvoorwaardelijke eerbied voor het menselijk leven centraal staat in de institutionele ethiek, zou een dergelijke houding er in dit geval in bestaan te weigeren eventuele euthanasieverzoeken van patiënten in te willigen.

De vrijheid van gedachte, geweten en godsdienst maakt deel uit van de harde kern van de mensenrechten en men mag de institutionele dimensie van deze drievoudige vrijheid niet veronachtzamen. Vanuit vrijheidsperspectief zou het incoherent zijn om individuen te verhinderen zich te verenigen op grond van een gedeelde ethiek of gedeelde overtuigingen. Met andere woorden, de bescherming van deze overtuigingsgroepen en de structuren of entiteiten waarin zij zich

organiseren (het gaat dikwijls om zorg- of onderwijsinstellingen) moet evenzeer gewaarborgd worden<sup>69</sup>. Bovendien moet men hen de middelen geven om hun activiteiten in overeenstemming met de wetten te voeren en om hun samenhang te behouden door van hun leden en ook van hun werknemers te vereisen dat zij hun idealen werkelijk onderschrijven<sup>70</sup>. Het is enkel onder die voorwaarde dat niet enkel de “kerken”, de politieke partijen, de vakbonden en verenigingen met een ideëel doel, maar ook de onderwijs- en zorginstellingen met een bepaalde ethische inspiratie geloofwaardig kunnen zijn...<sup>71</sup>

Zonder de erkenning van de “identiteitsgebonden ondernemingen” trekt men verre van alle gevolgen uit het grondrecht op vrijheid van gedachte, geweten en godsdienst<sup>72</sup>. En zonder gewetensvrijheid, als waarborg in zowel haar individuele als in haar institutionele dimensie, bestaat er geen vrijheid.

## B. De institutionele dimensie van het recht op gewetensvrijheid

Het kan niet genoeg herhaald worden: de bescherming van de individuele gewetensvrijheid blijft gebrekkig – zo niet erg theoretisch – als ze niet vergezeld gaat van de bescherming van overtuigingsgroepen en identiteitsgebonden organisaties (onderwijs- of zorginstellingen...) waar individuen houvast en steun vinden<sup>73</sup>. De erkenning van een relatieve ethische autonomie van identiteitsgebonden groepen en instellingen kan afgeleid worden uit een combinatie van het recht op de vrijheid van gedachte, geweten

en godsdienst (art. 9 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens) enerzijds en het recht op vrijheid van vereniging (art. 11 van het Verdrag) anderzijds. Het geweten van het individu wordt hoegenaamd niet bedreigd door respect voor de identiteit van dergelijke groepen en instellingen. Integendeel, dit respect is het antwoord op een behoefte van individuen die oproepen tot eerbied voor hun eigen geweten, dat op één lijn staat met het institutionele project<sup>74</sup>.

<sup>69</sup> J.-P. SCHOUPE, “The institutional dimension of the conscientious objection”, mededeling in het kader van een lezing georganiseerd door het European Centre for Law & Justice (ECLJ), op de zetel van de Verenigde Naties, Genève, 8 maart 2016, p. 2.

<sup>70</sup> In die zin, J. MORANGE, “La liberté de conscience en droit comparé”, in J.-B. D’ONORIO, *La conscience et le droit*, Paris, Téqui, 2002, p. 42.

<sup>71</sup> *Ibid.* Voor een toepassing van het beginsel: Cass. fr. (voltallige zitting), 19 mei 1978, bovenvermeld.

<sup>72</sup> J. MORANGE, “La liberté de conscience en droit comparé”, *op. cit.*, p. 42.

<sup>73</sup> Zie het suggestieve voorbeeld dat in steun van deze bewering wordt geciteerd door J.-P. SCHOUPE, “The institutional dimension of the conscientious objection”, bovengenoemd, p. 2.

<sup>74</sup> *Ibid.*, p. 3.



De institutionele dimensie van de vrijheid van gedachte, geweten en godsdienst maakt momenteel het voorwerp uit van een groeiende belangstelling op internationale en Europese schaal. De meest toonaangevende mijlpaal vormde de hiervoor vermelde Richtlijn 2008/78, in het bijzonder haar artikel 4.

**Zonder gewetensvrijheid, als waarborg in zowel haar individuele als in haar institutionele dimensie, bestaat er geen vrijheid.**

Recenter heeft Resolutie 1763 van de Parlementaire Vergadering van de Raad van Europa voor het eerst het recht op “institutioneel gewetensbezwaar” voor ziekenhuizen erkend. Zoals artikel 1 ervan luidt: “Geen enkel ziekenhuis, instelling of persoon mag onder druk gezet, aansprakelijk gesteld of gediscrimineerd worden op welke wijze ook omwille van zijn weigering om een abortus, een uitgelokte miskraam of een euthanasie uit te voeren, te onthalen of eraan mee te werken.”<sup>75</sup> Het gaat uiteraard om *soft law*, *a priori* ontdaan van bindende kracht. We weten echter dat het Europees Hof voor de Rechten van de Mens zich er wel eens door laat inspireren bij de interpretatie van het

Verdrag, wat de Resolutie een indirecte bindende kracht verleent<sup>76</sup>.

Verder kan men de *Richtsnoeren van de Organisatie voor Veiligheid en Samenwerking in Europa* (O.V.S.E.) aanhalen. Zij bevelen de Staten aan om “het gewetensbezwaar” van individuen *en van groepen* in overweging te nemen, en illustreren dit advies met talrijke voorbeelden<sup>77</sup>. Tot slot erkent ook Conventie nr. 111 van de Internationale Arbeidsorganisatie (I.A.O.) betreffende discriminatie in arbeid en beroep een grotere loyaliteitsplicht.

Sinds een vijftiental jaren neemt het Europees Hof voor de Rechten van de Mens ook de institutionele dimensie van het recht op vrijheid van gedachte, geweten en godsdienst in beschouwing, en erkent zij dit recht voor religieuze gemeenschappen<sup>78</sup>. De autonomie van dergelijke gemeenschappen, die onmisbaar wordt geacht voor het pluralisme in een democratische samenleving, bevindt zich volgens het Hof van Straatsburg in de kern van de bescherming die artikel 9 van het Verdrag biedt<sup>79</sup>. Het Hof licht toe dat “het behoren tot een religieuze gemeenschap voor de werknemer onvermijdelijk een bijzondere loyaliteitsplicht met zich meebrengt, die tot gevolg heeft dat zijn rechten uit het Verdrag beperkt worden” en dat “dergelijke

<sup>75</sup> Resolutie 1763 aangenomen door de Parlementaire Vergadering van de Raad van Europa op 7 oktober 2010 (35ste zitting) (eigen vertaling uit het Frans).

<sup>76</sup> Cf. F. TULKENS en S. VAN DROOGHENBROECK, “Le *soft law* des droits de l’Homme est-il vraiment si *soft* ? Les développements de la pratique interprétative récente de la Cour européenne des droits de l’Homme” in *Liber amicorum Michel Mahieu*, Brussel, Larcier, 2008, pp. 505-526.

<sup>77</sup> OVSE, Richtlijnen voor het onderzoek van de wetten die betrekking hebben op godsdienst of religieuze overtuigingen (in de officiële Franse versie: Lignes directrices visant l’examen des lois affectant la religion ou les convictions religieuses) 18-19 juni 2004, CDL-AD (2004) 028, p. 16.

<sup>78</sup> Onder anderen, EHRM, *Metropolitane Kerk van Bessarabië en anderen t. Moldavië*, 13 december

2001, nr. 45701/99; EHRM, *Cha’are Shalom Ve Tsedek t. Frankrijk*, 27 juni 2000, nr. 27417/95. Voor een volledige en grondige studie van de Straatsburgse rechtspraak: J.-P. SCHOUPPE, *La dimension institutionnelle de la liberté de religion dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l’homme*, Parijs, éd. A. Pedone, 2015.

<sup>79</sup> EHRM, arrest *Schüth t. Duitsland*, 23 september 2010, nr. 1620/03, § 58, arrest *Obst t. Duitsland*, 23 september 2010, nr. 425/03, § 44 en arrest *Siebenhaar t. Duitsland*, 3 februari 2011, nr. 18136/02, § 41. Voor een commentaar van deze arresten, zie J.-P. MARGUENAUD en J. MOULY, bovengenoemde studie, die in deze arresten “de daverende bekrachtiging van de autonomie van de tendensondernemingen (eigen vertaling)” zien.



contractuele beperkingen toegelaten zijn door het Verdrag van zodra zij door de werknemer vrijwillig zijn aanvaard”<sup>80</sup>.

Buiten de religieuze gemeenschappen *stricto sensu*, erkent het Hof ook de rechten gewaarborgd door artikel 9 ten voordele van instellingen die werkzaam zijn in de onderwijs- of zorgsector. Het pad werd geopend door de beslissing *Rommelfanger t. Duitsland* van de voormalige Commissie voor de Rechten van de Mens <sup>81</sup>. Een privékliniek met katholieke inspiratie had een arts ontslagen die publiekelijk zijn instemming met abortus had uitgesproken. De geloofwaardigheid van een dergelijke kliniek rechtvaardigt een bijzondere loyaliteitsplicht in hoofde van zijn werknemers. Door een dergelijke plicht in hun arbeidsovereenkomst te aanvaarden, beperken zij hun vrijheid van meningsuiting (zonder volledig ontdaan te zijn van de waarborg van artikel 10 van het Verdrag).

In 2007 heeft het Hof in zijn arrest *Abaz Dautaj t. Zwitserland* gelijk gegeven aan een evangelisch conferentiecentrum. Het oordeelde immers dat de verzoeker door het tekenen van zijn arbeidsovereenkomst aanvaard had voor een organisatie met een specifieke oriëntatie te werken, ongeacht zijn persoonlijke overtuigingen. Men kon dus veronderstellen dat de werknemer bereid was bepaalde verplichtingen te aanvaarden of zijn gedrag aan te passen aan de bijzonderheden van de werkplek<sup>82</sup>.

*In casu* was de betrokkene, een agnost aangenomen als conciërge van het conferentiecentrum, de eerste dag al opgestapt, vermits hij de volgens hem

“fanatiek religieuze, racistische en xenofobe” sfeer van het centrum niet kon verdragen.

Op onderwijsvlak illustreren we met twee zaken de steun die het Hof toekent aan het recht van instellingen met een bepaalde overtuiging om hun in hun ogen essentiële dogmatische en disciplinaire vrijheid te verdedigen. De arresten *Lombardi Vallauri t. Italië* <sup>83</sup> en *Martínez Fernández t. Spanje* <sup>84</sup> betreffen het ontslag van een universiteitsprofessor en van een leraar in een middelbare school die beide niet meer de katholieke gerichtheid volgden van de instellingen die hen tewerkstelden.

Dat het Hof in de Italiaanse zaak besloot dat er een schending was van het Verdrag doet niet af aan het beginsel van de institutionele autonomie, aangezien die schending haar oorsprong vond in een gebrek aan onderzoek van de voorwaarden voor een eerlijk proces in Italië. Het eerder vermelde arrest *Siebenhaar t. Duitsland* ten slotte erkent het recht van een aan een protestantse parochie verbonden kinderdagverblijf om een opvoedster te ontslaan omdat zij initiatielessen voor een concurrerende godsdienst aanbood, wat getuigt van een gebrek aan loyaliteit (afwezigheid van een schending van artikel 8 van het Verdrag).

Ter afsluiting, “de bijzondere aard van de vereisten die opgelegd worden [aan de betrokken personen] vloeit voort uit het feit dat zij ingesteld werden door een werkgever wiens

<sup>80</sup> (eigen vertaling uit het Frans). Cf, bijvoorbeeld, arrest *Schüth*, bovengenoemd, § 71.

<sup>81</sup> Europese Commissie voor de Rechten van de Mens, *Rommelfanger t. Duitsland*, 6 september 1989, nr. 12242/86.

<sup>82</sup> EHRM, *Abaz Dautaj t. Zwitserland*, 20 september 2007, req. nr. 32166/05.

<sup>83</sup> EHRM, 2<sup>de</sup> sectie, *Lombardi Vallauri t. Italië*, 20 oktober 2009, nr. 39128/05. De Congregatie voor

het katholiek onderwijs weigerde haar goedkeuring te geven voor de hernieuwing van de benoeming van een per jaar benoemde professor aan de Milanese Universiteit van het Heilig Hart.

<sup>84</sup> EHRM, Grote Kamer, *Martínez Fernández t. Spanje*, 12 juni 2014, nr. 56030/07. *In casu* had de verzoeker bekendgemaakt dat hij een gehuwde priester was.

ethiek gevestigd is op een godsdienst of op overtuigingen (cf. richtlijn 2000/78/EG) ”<sup>85</sup>.



Er wordt wel eens beweerd dat de sociale rol van moderne ziekenhuizen, waaronder ook confessionele instellingen, ons belet ze als strikt religieuze instellingen te beschouwen die over een autonome godsdienstvrijheid beschikken. Aangezien de werking van de meeste Europese ziekenhuizen geregeld wordt door nationale wetten en dat zij vaak in grote mate door publieke fondsen gefinancierd worden, zou men ze als seculiere instellingen moeten zien en niet als louter religieuze gemeenschappen<sup>86</sup>. Hetzelfde zou gelden voor bejaardentehuizen en rustoorden die doordrongen worden van een specifieke confessionele ethiek.

Confessionele zorginstellingen kunnen misschien niet als religieuze gemeenschappen in strikte zin beschouwd worden, maar men kan ze toch tot de identiteitsgebonden ondernemingen – of “tendensondernemingen” – rekenen en zij mogen op grond daarvan van hun werknemers een bijzondere loyaliteitshouding conform hun ethiek verlangen. Volgens de aangehaalde rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens kunnen zorginstellingen steunen op de vrijheid van vereniging<sup>87</sup>, verbonden met de vrijheid van gedachte, geweten en godsdienst<sup>88</sup>, om hun eigen organisatiestructuur vast te stellen, om hun bestuur op zelfstandige wijze te bepalen, en om specifieke interne regels uit te vaardigen om hun ethisch charter in praktijk om te zetten<sup>89</sup>.

De bovengenoemde grondrechten beschermen de tenuitvoerlegging van een dergelijk “ethisch beleid” door de zorginstellingen om hun sociale doestelling te verwezenlijken.

<sup>85</sup> (eigen vertaling uit het Frans). Cf., onder anderen, EHRM, bovengenoemde arresten *Siebenhaar*, § 46; *Schüth*, § 40 ; *Obst*, § 27 ; *Lombardi*, § 41.

<sup>86</sup> S. TACK, “Can hospitals prohibit euthanasie? An analysis from a european human rights perspective”, *Med. & Law*, 2011, nr. 30, p. 300.

<sup>87</sup> Art. 11 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en, in het Belgische recht, art. 27 van de Grondwet.

<sup>88</sup> Art. 9 van het Verdrag.

<sup>89</sup> Cf. E. BREMS, Y. HAECK, “Artikel 11. Vrijheid van vreedzame vergadering en vrijheid van vereniging” in J. VANDE LANOTTE, Y. HAECK (eds), *Handboek EVRM, Deel 2 artikelsgewijze commentaar*, Antwerpen-Oxford, Intersentia, 2004, pp. 21-22.

## IV. Slotbeschouwingen

Zoals de socialistische senator Ph. Mahoux het terecht stelde: *“We moeten terugkomen op een maatschappelijke keuze waarin we ons als eerste laten leiden door de waarde van vrijheidsruimtes”* (vrije vertaling)<sup>90</sup>. Door de – transparante – vrijheid van instellingen te steunen ten opzichte van de toepassing van euthanasie, pleiten wij daadwerkelijk voor de erkenning van *vrijheidsruimtes*<sup>91</sup>.

Men dient niettemin vast te stellen dat volgens de overheersende opvatting enkel de individuele vrijheid bevroed en beschermd wordt. De gewetensclausule die aan natuurlijke personen toegekend wordt, volstaat echter niet om de vrijheid van gedachte, geweten en godsdienst te waarborgen. De vrijwaring van deze drievoudige vrijheid en van de waarden van “pluralisme, verdraagzaamheid en openheid van geest”<sup>92</sup> zou louter retorisch blijven als de individuen niet zouden kunnen steunen op structuren (onderwijsstructuren, culturele structuren, gezondheidsstructuren...) die hun overtuigingen belichamen.

Als men de vrijheid ernstig wil nemen, is het ook logisch (en wenselijk) dat zorginstellingen (rusthuizen, palliatieve zorgcentra...) opgericht en beheerd kunnen worden in overeenstemming met de ethische overtuigingen van hun verantwoordelijken. Als deze laatsten, met recht, niet gewonnen zijn voor euthanasie, begrijpt men dan niet dat zij uitermate bewogen zijn door het plegen van een euthanasie in hun eigen instelling? Ziet

men niet in dat dit hen rechtstreeks aangaat, over het individuele weigeringsrecht heen, ook als de euthanasiehandeling door een externe arts uitgevoerd wordt, al was het maar omwille van de potentiële invloed op andere patiënten of bejaarden? Laten we niet vergeten dat de autonomie van instellingen in de gezondheidszorg unaniem erkend werd tijdens de voorbereidende werken van de euthanasiewet.

De democratische meerderheid heeft een euthanasiewet aangenomen. Dat is een feit, of men dat nu graag heeft of niet. Burgers hebben daaruit het recht om een euthanasieaanvraag te formuleren, die in elk geval op loyale wijze door het medisch korps moet kunnen worden opgevangen en behandeld, wanneer zij al niet ingewilligd wordt. In een werkelijk vrije en pluralistische samenleving zou de eerbied voor dit recht compatibel moeten zijn met de vrijheid van de (weinige) instellingen die – opnieuw, in alle transparantie – tegenstanders van euthanasie zijn. De erkenning van deze vrijheidsruimtes vindt zijn wortels in de combinatie van de vrijheid van gedachte, geweten en godsdienst enerzijds, en de vrijheid van vereniging anderzijds. Zij vindt steun in de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens.

Het autoritair verlangen dat euthanasie overal toegediend zou worden, zonder rekening te houden met de vrijheid van instellingen, stamt uit het onvermogen om alle gevolgen van de vrijheid vast te stellen. Is er

<sup>90</sup> *Belgische Senaat, doc n° 3-159, Handelingen*, donderdag 20 april 2006 – Namiddag vergadering.

<sup>91</sup> Deze uitdrukking ligt ook het *Centre d’Action Laïque* (Lekenactiecentrum) na aan het hart (cf. [www.laicite.be](http://www.laicite.be)).

<sup>92</sup> Waarden die – zoals het Europees Hof voor de Rechten van de Mens ons regelmatig herinnert – onze democratische samenlevingen kenmerken.

Zie, onder anderen, EHRM, 13 augustus 1981, *Young, James en Bebbster t. Verenigd Koninkrijk*, nr. 7601/76 en 7806/77, § 63; EHRM, 29 april 1999, *Chassagnou en anderen t. Frankrijk*, nrs. 25088/94, 28331/95 en 28443/95, § 7; EHRM (Grote Kamer), 10 november 2005, *Sahin t. Turkije*, nr. 44774/98, § 108; EHRM (Grote Kamer), 7 juli 2011, *Bayatyan t. Armenië*, nr. 23459/03, § 126.

geen tegenstelling in het vorderen van volledige morele autonomie aan de ene kant, in die mate dat de wetgever zich op dat vlak moet onthouden van alle tussenkomst, en aan de andere kant het vereisen dat elkeen, in de uitoefening van publieke en professionele activiteiten, zijn eigen overtuigingen tussen haakjes zet om aan individuele verzoeken te voldoen die erkend en tot subjectief recht verheven zijn door de wet van de meerderheid?

Op termijn wordt de individuele autonomie bedreigd als de institutionele autonomie niet evenzeer, in redelijke mate, beschermd wordt. Het menselijk wezen, dat geen monade is, heeft nood aan collectieve vrijheidsruimtes, als men wil dat die vrijheid effectief en werkelijk zou zijn. Het subsidiariteitsbeginsel – het corollarium van het vrijheidsbeginsel en het participatiebeginsel – begunstigt het initiatief

en behoedt voor de hegemonie van de wetgever. Niet enkel de individuele autonomie dient aangemoedigd te worden, maar ook die van individuen die zich groeperen in de vorm van diverse verenigingen en (onderwijs-, zorg...) instellingen, en dat zonder discriminatie tussen identitaire groeperingen<sup>93</sup>.

In een samenleving die terecht veel waarde hecht aan waarden van vrijheid en autonomie, van verdraagzaamheid en pluralisme..., is de regelmatig geuite bedreiging om instellingen die zich weren tegen euthanasie, alle publieke financiering te ontfangen moeilijk te begrijpen.

In naam van welke principes zouden publieke gelden, het geld van de belastingbetaler, enkel bestemd mogen zijn voor zij die, als individu of als instelling, zonder voorbehoud de overtuiging van de meerderheid aanhangen?

**Themadossier opgesteld door E. Montero**

---

<sup>93</sup> Aangezien het om een fundamenteel mensenrecht gaat, speelt met name niet enkel het

meerderheids criterium, maar ook datgene van gelijkheid en non-discriminatie.