

Sterven in Italië, Nederland en België

Sterven is een complexe gebeurtenis. Medische en zorgondersteunende interventie en begeleiding kunnen het (natuurlijke) verloop van vele levensbedreigende chronische ziekten en van het normale levens- en stervensproces verlengen. Daardoor moeten mensen keuzes maken. Als men het zelf niet (meer) kan of wil zijn er vertegenwoordigers, al dan niet met behulp van voorafgaande wilsverklaringen. De wetgever tracht rechtszekerheid te brengen om dit proces mogelijk te maken. Universele rechten van de mens vormen hierbij de leidraad maar in vele gevallen interveniëren ook levensbeschouwelijke visies. In juli 2011 is in Italië een wet goedgekeurd die elke actieve interventie - zowel stopzetten van behandeling (bijvoorbeeld sondevoeding) als medicatie toedienen - gelijk stelt met moord. Conform de leer van de katholieke kerk waarin het leven een (op)gave van hun god is waar de mens niet in tussen kan komen. In Nederland is er een wetsvoorstel waarbij men boven de 70 jaar uit vrije wil levensbeëindiging kan toepassen uitgaande van de visie van absolute zelfbeschikking. Wat kan men verwachten van een wet waarin levensbeschouwing geen rol speelt en dus alle patiënten gelijke kansen krijgen wat hun overtuiging ook is? Voldoen de afzonderlijke wetten die wij nu in België hebben hieraan? Want dat is toch de uitdaging voor een democratie?

Dood op verzoek en (hulp bij) zelfdoding zijn strafbare feiten in Nederland maar met een andere strafmaat dan moord. Bij het opmaken van de grond- en strafwet in België verhinderden de negentiende-eeuwse liberalen vanuit hun vrijheidsdenken dat (hulp bij) zelfdoding werd opgenomen in de (straf)wet (DM 10/9). In die tijd was nog geen sprake van rechten van de patiënt en maakbaarheid van het leven. De bio-ethiek en patiëntenrechten hebben sinds de jaren '70 een lange weg afgelegd die geleid heeft tot de patiëntenrechtenwet in 2002, na de euthanasiewet en voor de wet over de palliatieve zorg. Deze wetten zijn niet op elkaar geënt, spreken elkaar soms tegen en gebruiken eenzelfde terminologie met verschillende betekenissen.

In tegenstelling tot eind vorige eeuw vermindert de medische hardnekkigheid om de ziekte te willen overwinnen in afweging met de zieke zelf. Doelstellingen worden op voorhand besproken in functie van de 'levenskwaliteit' van de patiënt en zijn omgeving, rekening houdend met zijn biografie, zijn waarden, opvattingen en levensbeschouwing. Vooral in de eerstelijnsgezondheidszorg tracht men dit uit te bouwen op een horizontale, interdisciplinaire wijze met een transparant te coderen dossierregistratie die het zorgbeleid kan evalueren en sturen.

Het is in dit kader dat de stervensbegeleiding van Dora (DM 9/9) besproken werd. Als een normale medische zorghandeling in een zorgverlenerrelatie met mogelijke palliatieve omkadering. De (vraag)stelling is dat in zulke zorg alle levenseindebeslissingen - 'stekker uittrekken', 'versterven', 'sederen', '(zichzelf) toedienen van farmaca' - op gelijkwaardige manier wettelijk gehonoreerd worden. Eén overkoepelende wet inzake stervensbegeleiding zou hier de oplossing kunnen zijn.

Marc Cosyns is huisarts en doceert medische ethiek, recht en deontologie aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de UGent.