

Anders sterven in Brussel

De Brusselaar sterft vaker in het ziekenhuis dan de Vlaming. Hij sterft ook beduidend frequenter door een levensbeëindigende medische handeling zonder herhaaldelijk en uitdrukkelijk verzoek van de patiënt. Dat blijkt uit een vorige week voorgestelde studie van Joachim Cohen, Dirk Houttekier en Luc Deliens van de onderzoeksgroep Zorg rond het Levens-einde aan de VUB. Ze publiceren de studie als boek onder de titel *Death and the city*. | Filip Ceulemans

In opdracht van de Brusselse ministers Jean-Luc Vanraes (Open VLD) en Benoît Cerexhe (CDH) onderzocht de onderzoeksgroep Zorg rond het Levens-einde van de VUB op welke manier en waar de Brusselaar sterft. De focus lag op de hoofdstad omdat over de manier van sterven in Brussel nog weinig of geen gegevens bestonden. Dat in tegenstelling tot Vlaanderen, waarover wel vele gegevens rond het levenseinde bestaan.

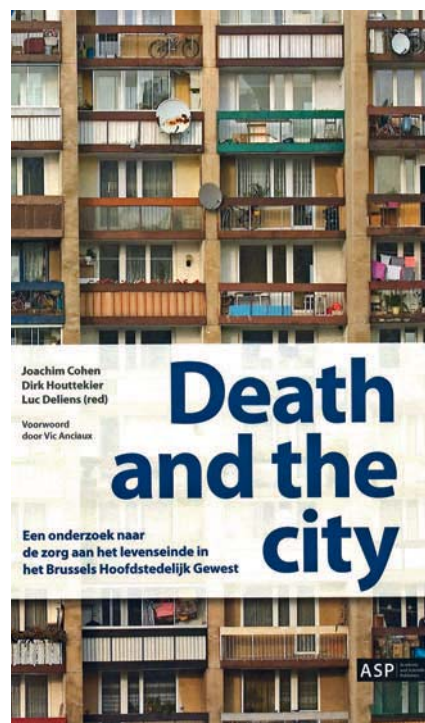
Bovendien heeft Brussel als grootstad een eigen problematiek. De sociodemografische context is er met meer alleenstaanden, meer kansarme, meer 80-plussers anders dan in Vlaanderen. Bovendien is de stad veel multicultureler. Dat heeft zo zijn invloed op de organisatie en het gebruik van de zorg die meer gericht zijn op het ziekenhuis en minder op de thuiszorg. En dat heeft dan weer een invloed op de manier van sterven.

Huisarts

Een eerste opmerkelijk verschil tussen Brussel en Vlaanderen is de plaats van overlijden. Amper 15% van de chronisch zieke Brusselaars sterft thuis, terwijl 63% in het ziekenhuis overlijdt. Het voorbeeld van de patiënten die overlijden aan de gevolgen van kanker – een ziekte waar

planning het 'makkelijkst' is – spreekt boekdelen. In Brussel sterft 16% van de kankerpatiënten thuis, in Vlaanderen is dat 29%.

“Er zijn verschillende verklaringen voor het verschil”, zegt onderzoeker Joachim Cohen. “Brussel heeft een meer gefragmenteerde populatie dan Vlaanderen.



Mensen hebben minder vaak een informeel netwerk van familie, vrienden en buren die de zorg bij het levenseinde op zich willen nemen. Dat bemoeilijkt het organiseren van thuiszorg. Ook kleine en weinig comfortabele huisvesting maakt thuis sterven vaak moeilijk.” Cohen sluit niet uit dat er ook een gebrek aan kennis is over de mogelijkheden van thuiszorg. Hier ligt ook een rol weggelegd voor Palliatief Netwerk Vlaanderen vindt professor Luc Deliens.

Een belangrijk element blijft uiteraard de positie van de huisarts die in Brussel veel minder sterk is dan in de Vlaanderen. Brusselaars hebben minder vaak een huisarts en hebben bovendien ook minder vaak contact met die huisarts. Ze gaan wel sneller naar het ziekenhuis en naar de specialist. Een gevolg van dat mindere contact tussen huisarts en patiënt is dat bij 71% van de terminale patiënten de behandelende arts niet op de hoogte was van de voorkeur van de patiënt met betrekking tot de plaats van overlijden. In Vlaanderen is ongeveer 56% van de behandelende artsen niet op de hoogte van de gewenste plaats van overlijden.

Palliatieve zorg

Een ander opmerkelijk verschil tussen Vlaanderen en Brussel is de aanwezigheid

van een gespecialiseerde palliatieve zorgverstreker bij de levenseindezorg. In Brussel was die slechts in 23% van de sterfgevallen aanwezig, in Vlaanderen is dat bij 40%. Het cijfer is vooral erg laag in rusthuizen. “Betrokkenheid van gespecialiseerde palliatieve zorgverstrekkers levert nochtans een aantal voordelen op”, weet Cohen. “Men sterft vaker thuis, met minder last van pijn, depressie, kortademigheid en een beter gevoel van welbevinden. Elementen die de algemene kwaliteit van het levenseinde sterk beïnvloeden.”

Misschien wel het meest opmerkelijke verschil tussen Brussel en Vlaanderen situeert zich bij de medische beslissingen bij het levenseinde. Een vijfde van de sterfgevallen werd voorafgegaan door het opdrijven van pijn- en symptoombestrijding. Brusselse artsen zien dit vaak als een gewone medische handeling die ze niet bespreken met de patiënt, zijn familie of andere zorgverstrekkers.

Bij ongeveer één Brussels overlijden op de twintig werden middelen toegediend met het expliciete doel het levenseinde te bespoedigen. Een vijfde daarvan is een zuiver euthanasiegeval. “Meer problematisch is echter dat er relatief veel gevallen zijn waarbij de levensbeëindigende middelen worden toegediend zonder uitdrukkelijk en herhaald verzoek van de patiënt. De incidentie van deze vorm van levensbeëindiging is in Brussel met 4% erg hoog. Een stuk hoger in elk geval dan de 1,8% in Vlaanderen”, besluit Joachim Cohen. ♦

Religie belangrijk bij levenseinde

De religieuze achtergrond en de etniciteit van de arts bepalen in grote mate diens houding ten overstaan van levensverkortende medische handelingen bij het levenseinde. Dat blijkt uit een studie van Clive Seale die onlangs verscheen in het *Journal of Medical Ethics*. | Filip Ceulemans

Over het belang en de rol van religie en etniciteit van de arts bij levensverkortende medische handelingen bij het levenseinde is weinig onderzoek gedaan. De paar studies die toch werden uitgevoerd wezen allemaal in de richting van een verband tussen religiositeit en de manier

van medisch handelen. Niet-religieuze neonatologen zouden makkelijker kiezen voor het stopzetten van een behandeling en een andere internationale studie toonde aan dat niet-religieuze artsen makkelijker geneesmiddelen zullen toedienen met de uitdrukkelijke bedoeling het leven te verkorten.

Dr. Clive Seale van het Centre for Health Sciences van de Queen Mary University in Londen ging op een veel grotere schaal na of er al dan niet een verband bestaat. Hij hield een bevraging bij net geen 9.000 artsen in Groot-Brittannië en stelde hen daarbij vier vragen. In eerste instantie wilde Seale van de artsen weten of ze al dan niet voorstander waren van wetgeving rond euthanasie en hulp bij zelfdoding. Niet-religieuze artsen zijn duidelijk veel meer vragende partij voor wetgeving dan artsen die van zichzelf zeggen dat ze religi-

eus zijn. Opmerkelijk is dat ook hier etniciteit een rol blijkt te spelen. Blanke artsen zijn meer voorstander van wetgeving dan zwarte of Aziatische dokters.

Dat verschil trekt zich door in de praktijk zelf. Uitgesproken atheïstische of agnostische artsen blijken dubbel zo vaak medische handelingen te doen die het leven verkorten. Religieuze artsen bespreken het levenseinde en hoe daarmee om te gaan ook beduidend minder met de patiënt dan hun niet-gelovige collega. ♦