

GESTIKTE COMAROKERS

Tweedeling in de Terminale zorg

Nizaar Makdoembaks,
arts-onderzoeker



De hersendode Ruud wordt beademd na zijn zesde coma. In shock neemt moeder N. afscheid van haar zoon. Zij is later van verdriet overleden.

Foto: Nizaar Makdoembaks

Geachte lezers,

'Oppassen geblazen dus,' was de waarschuwing van Pieter Vierhout, voorzitter van de Orde van Medische Specialisten, aan zijn collega's in het Medisch Contact van 30 november 2007. (1)

Vierhout: 'Onze gezondheidszorg is een hard groeiende industrie waarin enorme veranderingen plaatsvinden en waar hier en daar gevaarlijke knelpunten opdoemen. '(1)

Dokter Vierhout wijst erop dat 'een van de doelen bij de liberalisering van de

zorg was dat er geen tweedeling in de zorg mocht ontstaan.'(1)

Voor allochtonen kan het bericht van Ordevoorzitter Vierhout goed nieuws lijken. In dit artikel echter beschrijf ik de gevolgen van de tweedeling in de zorg die voor deze bevolkingsgroep reeds jaren vóór de liberalisering van de zorg door minister Hoogervorst (Volksgezondheid, VVD) een feit was.

Artsen hadden al verwacht dat de twee Amsterdamse aan sigaretten en shag verslaafde longpatiënten, "onze" Nico (75) en Ruud "de vreemdeling" (45), zich zouden doodroken. Echter door de

zuurstoffles kon opa Nico langer blijven leven en paffen dan de arme hippe Surinamer. Medici moesten een keuze maken. Na de zesde coma stikte Ruud omdat hij geen mobiele zuurstofbehandeling in de thuissituatie kreeg.

Thuisbehandeling met zuurstof is kostbaar en niet alle geïndiceerde kettingrokkende longpatiënten in een terminaal stadium zullen hiervoor in aanmerking kunnen komen.

Doktoren verkeren in een medisch-ethische spagaat bij het bepalen van de keuze wie een tijdje langer en kwalitatief beter mag leven en wie eerder en inhumaan in coma mag sterven.

In dit artikel beschrijf ik een taboe in de medische beroepsgroep. Het is een analyse van de situatie rond de keuze die gemaakt moest worden tussen een autochtone en een allochtone patiënt. Ik kom hierbij tot de conclusie dat bij de behandeling van moslims ook vooroordelen de keuze van medici nadelig beïnvloeden.

Aanleiding van dit onderzoek was mijn poging de achtergronden van de besluitvorming van hulpverleners te doorgronden bij een vergelijkbare allochtone patiënt die een maand eerder dan Ruud overleden was.

Bewuste of onbewuste vooroordelen en onderbuikgevoelens jegens niet-westerse allochtonen binnen de medische beroepsgroep hebben nadelige gevolgen

voor het welzijn van de allochtonen. Het is niet de eerste keer dat een allochtone, terminale patiënt niet in aanmerking komt voor de dure behandeling met zuurstof in de thuissituatie.

Zo werd de casus van de 34-jarige Khalid Bakli reeds beschreven in [Grenzeloos ziek](#) (ISBN 90-810890-1-3), waarin duidelijk wordt dat er van medewerking, laat staan medeleven geen sprake was, waardoor het voor de allochtone man onmogelijk werd om in de warme huiselijke sfeer bij zijn gezin, familie en vrienden te kunnen sterven. Zijn laatste wens is niet in vervulling gegaan. Hij ging dood in de kille omgeving van een ziekenhuiskamertje.

Het financiële aspect dat bij Khalid Bakli een rol speelde, speelde echter geen rol bij Ruud en Nico. Hun situatie was gelijk. Hun huidskleur echter niet. Waarom kreeg Ruud niet de kans mogelijk nog enkele jaren redelijk goed te leven, zonder de opgetreden zes coma's en opname's op de intensievecareafdelingen van ziekenhuizen?

OPA NICO MAG LEVEN EN KRIJGT ZUURSTOF, RUUD = DUUR EN STIKT NA ZESDE COMA

Ruud, 45-jarige Surinaamse moslim en Nico, 75-jarige autochtone Nederlander, waren beiden de laatste vijf jaren vóór hun overlijden onder behandeling in het Academisch Medisch Centrum (AMC) te Amsterdam. Deze heren werden zeer

kortademig na enkele stappen lopen doordat ze leden aan longemfyseem als eindstadium van hun chronische astmatische bronchitis (COPD). De COPD was voor een belangrijk deel het gevolg van hun jarenlange rookverslaving aan sigaretten en shag. Ruud rookte er zo nu en dan de laatste jaren ook soft- en hard drugs bij.

Enkele jaren vóór hun dood voldeden ze aan de medische criteria om geïndiceerd te worden voor de behandeling met zuurstof uit een cilinder (zuurstoffles) in de thuissituatie. Ruud en Nico bleven evenveel roken en waren van hun rookverslaving niet af te krijgen. Echter beslisten de Amsterdamse artsen dat Nico wel met zuurstof uit de zuurstoffles behandeld mocht worden in de thuis-situatie en Ruud niet. Hierdoor hoefde Nico nooit buiten westen in een coma te geraken. Nico heeft nog enkele jaren in redelijke toestand al rokend zonder doodsangsten mogen leven en Ruud belandde om de haverklap in coma op de intensivereafdelingen van Amsterdamse ziekenhuizen om uiteindelijk niet meer uit zijn zesde coma (foto hierboven) te mogen ontwaken. Ruuds Amsterdamse autoch-tone huisarts, de heer dokter L.B. Braaksma, was geen voorstander voor de mobiele behandeling met zuurstof.

Ziektegeschiedenissen

NICO

Nico, een raszuivere Nederlander, geboren midden jaren twintig in Amsterdam, was sinds zijn twintigste jaar verslaafd aan sigaretten en shags. Op zijn zestigste waren zijn longen hierdoor onherstelbaar beschadigd. In het Amsterdams Academisch Medisch Centrum (AMC) werd de diagnose chronicle obstructive pulmonal disease (COPD, chronische astmatische bronchitis) gesteld. Met acht tot tien verschillende medicamenten en intensieve begeleiding door behandelende artsen werd Nico in leven gehouden. Ondanks dat hij hijgde en hoestte bij geringe inspanning, bleef hij doorgaan met roken. Zelfs met zuurstoffles en al, waarvan hij de laatste twee jaar afhankelijk werd en die hij met zich meesjouwde, bleef de oude man doorroken. Op zijn 75^e stikte Nico in alle rust na zijn eerste coma.

RUUD

Ruud, een 46-jarige liberale moslim, komt uit een arm gescheiden gezin en is een functioneel analfabeet. Hij is in 1956 in de achterstandswijk Tourtonne in Paramaribo geboren en kwam vlak vóór de onafhankelijkheid van Suriname in 1975 naar Amsterdam. Vanaf zijn twaalfde rookte hij sigaretten en shag. Later in de jaren tachtig rookte hij niet regelmatig soft- en harddrugs en gebruikte methadon. Zo nu

en dan werd Ruud met medicijnen behandeld voor astmatische bronchitis maar het roken kon hij niet staken. Zijn huisarts de heer Braaksma over Ruud (23 oktober 2003):

“Hoe ik hem vooral ken is dat hij altijd ernstig ziek binnenkwam en medicatie vroeg, ernstig benauwd moet ik zeggen. Hij gebruikte soms zijn medicijnen niet. De laatste jaren moest hij vaker opgenomen worden.”

Moeder N. over haar zoon Ruud (10 maart 2003):

“Sinds 1997 was Ruud ernstig kortademig bij inspanning en zag hij er met de dag grauwer uit. Ook hoestte hij veel en kon hij het roken niet laten staan. Zijn huisarts was de heer Braaksma en hij is een slechte dokter. Hij behandelde hem niet goed. Ik bracht Ruud vaak naar hem. Als je hem je klachten wilde uitleggen begon hij reeds een recept uit te schrijven in plaats van naar je te luisteren. Hij had geen tijd voor ons. Ik bracht mijn zoon in 1997 buiten de huisarts om en zonder verwijzing naar het AMC als hij erge hoest- en ademhalingsklachten had. Later volgde er een opname gedurende twee maanden. Hij bleef sigaretten, shag en soms hasj roken ondanks alle waarschuwingen. De eerste coma was ook in 1997, toen werd Ruud in het AMC opgenomen. Ik weet niet waarom ze hem geen thuisbehandeling met de zuurstoffles gaven. In 2002 is hij op een middag in coma geraakt. Als hij

thuis zuurstof had zou hij misschien nog leven. Reeds de trap lopen was haast onmogelijk en moest hij de laatste vijf jaren naar lucht happen. Vooral als hij buiten liep werd hij erg kortademig en kon niet meer lopen. De huisarts en ziekenhuisartsen hebben hem nooit een thuisbehandeling met zuurstof aangeboden.”

De laatste jaren was hij afgekickt. Begin jaren negentig ontwikkelde zich bij hem een chronische vorm van de astmatische bronchitis (COPD) met recidiverende exacerbaties. Zijn longen (longblaasjes, luchtpijpen) liepen flinke rookschade op, er was sprake van longemfyseem en bronchiëctasieën. Hierdoor kon Ruud geen trappen meer lopen en een kort gesprek kon hij hijgend en hoestend voeren. De laatste jaren was hij reeds vijf keer in comateuze toestand succesvol gereanimeerd en op de intensive care (ic) afdeling van Amsterdamse ziekenhuizen opgenomen. De reanimatie na zijn zesde coma werd te laat ingezet. Op 5 september 2002, na het eten van zijn geliefde door zijn moeder bereide gerecht, bruine bonen met rijst, voelde de hijgende Ruud zich erg moe. Hij liet zijn moeder en broertje weten dat hij een dutje ging doen. Hierdoor werd deze keer te laat ontdekt dat hij ten gevolge van een status astmaticus in coma was geraakt. De ambulance was binnen een paar minuten bij Ruud, echter kon reanimatie door het ambulancepersoneel deze zesde keer

vanwege circulatoir en respiratoir arrest niet meer baten. Door het raam werd Ruud uit de woning van drie hoog gehaald en naar het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) vervoerd.

Een jaar later vroeg ik aan Ruuds huisarts Braaksma waarom hij van het ziekenhuis geen zuurstoffles in de thuissituatie meekreeg. Wat was de reden gezien de slechte prognose?

Braaksma: *“Men geeft nooit een reden waarom ze iets niet doen. Er is nooit overwogen hem met zuurstof naar huis te sturen. Ik kan je zeggen, voor de mensen die wel zuurstof hebben, is het geen onverdeeld genoeg. Je kluistert mensen in een gevangenis eigenlijk. Als ze mobiel willen zijn dan moeten ze als het ware aan een zware fles trekken. Ik ben er niet zo dol op in de huisartssituatie. De prognose wordt er ook niet beter van. Ze moeten de hele dag zuurstof en ze merken niet eens dat ze er meer lucht van krijgen.”*



Huisarts Braaksma beweerde dat Ruud aan een zware fles zou moeten trekken. Zuurstofpatiënte oma Van Waarde uit Rotterdam kan haar zuurstoffles met gemak optillen en ermee sjouwen. Foto Arie Kievit



Ruud ligt opgebaard

Foto Nizaar Makdoembaks

Ruud is op 11-09-2002 om 16.05 overleden in het bijzijn van veel familie. Voor Ruuds moeder is alles traumatisch verlopen. Zij kwam er niet meer bovenop. Als een gebroken vrouw stierf zij in 2007 op 70-jarige leeftijd.

Beschouwingen en conclusie

Chronisch obstructieve longziekte (COPD) is levensgevaarlijk en is een ongeneeslijke longziekte. Roken is de belangrijkste oorzaak, maar niet de enige. (2)

De arme patiënt van buiten Nederland heeft de reeds aanwezige tweedeling in de zorg met een korter en slechter leven moeten ervaren. Door de liberalisering van de zorg zal deze ontwikkeling ernstiger vormen gaan aannemen voor zieken uit de armere sociale klasse.

Werkloze Ruud, lijdende aan COPD ten gevolge van nicotinegebruik, die verstoken bleef van een onderhoudsbehandeling met zuurstof, stierf thuis een verschrikkelijke verstikkingsdood. Van zijn behandelende artsen had hij net als kettingroker Nico

thuis een chronische zuurstofsuppletie voorgeschreven moeten krijgen. Rokende patiënten hebben ondanks het verhoogde explosiegevaar wel degelijk recht op zuurstof uit een fles, aldus de artsenorganisatie Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (KNMG) en zuurstofleverancier Hoek Loos. (3)

Artsen variëren met de richtlijnen die gelden bij de zuurstofbehandeling thuis. In deze ziektegeschiedenissen til ik een tipje van de sluier op van een vraagstuk dat zich reeds vele jaren structureel verankerd heeft binnen de medische wereld en voor beleidsmakers en de burgers niet zichtbaar is. Deze mechanismen zijn ervoor verantwoordelijk dat bepaalde bevolkingsgroepen (de Nico's) een langere levensverwachting en een langer leven in goede gezondheid hebben dan anderen (de Rudy's).

In de zorg zien we dezelfde uitsluitingsmechanismen van mensen met een niet-Nederlandse achtergrond als in het onderwijs en de werkgelegenheid. Keuze in de gezondheidszorg wordt ten dele ook negatief beïnvloed door in de maatschappij heersende vooroordelen en onderbuikgevoelens bij hulpverleners.

Daar de leiding en het topmanagement in de medische wereld een bijna puur autochtone aangelegenheid is zullen bij het maken van een keuze bij geavanceerde en/of kostbare behandelingen (mobiele zuurstoftoedie-

ning) tussen patiënten, de niet-westerse allochtonen aan het kortste eind trekken.

Komende jaren zullen door de vergrijzing en de technologische ontwikkelingen de kosten in de zorg de pan uitrijzen. Verschil in behandeling tussen dezelfde patiënten met een verschillende afkomst zal in de toekomst hierdoor zichtbaarder worden.



Noten

1. Vierhout, Pieter, 'Ordevoorzitter: Oppassen geblazen', Medisch Contact, Federatienieuws, nr. 48; 30 november 2007
2. Website astmafonds.nl, advertentie de Volkskrant, 16 november 2007
3. Vliet, Dénis van, 'Roker heeft recht op zuurstof', Algemeen Dagblad, 24 februari 2005