Mensen worden steeds ouder, en de medische mogelijkheden steeds groter. Gevolg is dat rond 2035 meer dan de helft van de kosten in de gezondheidszorg besteed wordt aan patiënten van 75 jaar en ouder. Met de toenemende mogelijkheden groeit ook de kritiek: moet alles wat kan ook gedaan worden? Zeker nu middelen schaars zijn moeten artsen en beleidsmakers op een of andere manier patiënten selecteren. Daarbij kan ook leeftijd een criterium zijn. De vraag is: gebeurt dat werkelijk? En als dat zo is, hoe rechtvaardig is dat dan?

Leeftijdsdiscriminatie komt onder artsen minder voor dan gedacht

Prof.dr. Hans van Delden en zijn collega's van het voormalige Centrum voor Bio-Ethiek en Gezondheidsrecht, nu het Ethiek Instituut (Universiteit Utrecht) en het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg (Erasmus MC Rotterdam) bogen zich over deze vragen in het kader van het NWO-programma Ethiek & Beleid. Zij publiceerden hun resultaten in het rapport *Medische en niet-medische criteria voor beslissingen over de behandeling van ernstig zieke oudere patiënten: theorie en praktijk.*

Dezelfde waardering

De auteurs schrijven dat je patiënten met drie soorten criteria kunt selecteren, namelijk op grond van puur medische criteria, op basis van persoonsgebonden criteria die medisch relevant zijn, of met persoonsgebonden criteria die medisch gezien niet van belang zijn. Leeftijd is soms een medisch relevant selectiecriterium. Van Delden: "Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat de resultaten van chemotherapie bij darmkankerpatiënten ouder dan 85 jaar niet zo goed zijn. Vaak gaat het ook gepaard met veel bijwerkingen. Sommige instellingen bieden daarom aan deze groep geen chemotherapie aan. Leeftijd is in dit geval een medisch relevant criterium. Ik vind wel dat je zo'n leeftijdsgrens niet blind moet toepassen, maar meer als richtlijn moet gebruiken. Een arts moet er oog voor hebben dat iemand van 87 jaar soms fitter is dan een drieëntachtigjarige en daardoor medisch meer kans kan hebben op een succesvolle behandeling," aldus Van Delden. Maar leeftijd doet niet altijd medisch terzake. Dan spreken we van leeftijdsdiscriminatie. Dat is bijvoorbeeld het geval als je een bejaarde een ingreep ontzegt, omdat hij waarschijnlijk niet meer zolang te leven heeft als een jonger iemand. De medische ingreep levert bij een bejaarde maatschappelijk minder op. In dit geval ontbreekt bij de keuze het medische argument. Velen hebben bezwaren tegen leeftijdsdiscriminatie, bijvoorbeeld de Commissie Dunning. Die stelt: elk mensenleven is gelijk, en oudere mensen verdienen dezelfde waardering van de samenleving als jongere.

Longtumor

Toch is dat niet zonder meer vanzelfsprekend. Zo nemen de mogelijkheden van de geneeskunde om het leven te rekken en de vergrijzing voortdurend toe. Het beroep op de schaarse middelen wordt daardoor steeds groter. Urgent wordt de vraag welke verdeling van de schaarste rechtvaardig is. We kunnen ons wel eindeloos inspannen om iedere bejaarde de maximale curatieve hulp

te bieden, maar is dat rechtvaardig als dat ten koste gaat van bijvoorbeeld de thuiszorg? Is het bij schaarste nog steeds ontoelaatbaar dat leeftijd als niet-medisch argument meeweegt bij medische keuzes? Hoe denken artsen en zorgbestuurders daar over?

Om daar een vinger achter te krijgen interviewden Van Delden en zijn collega's 81 artsen. Het waren oncologen, verpleeghuisartsen en cardiologen. De onderzoekers vroegen hen onder meer hoe ze zouden beslissen in een aantal concrete fictieve gevallen waarin leeftijd een rol kan spelen bij de beslissing om iemand te behandelen. In deze gevalsbeschrijvingen veranderden de onderzoekers telkens één element. Bijvoorbeeld: een patiënt in een verzorgingstehuis lijkt een longtumor te hebben. In de opeenvolgende gevallen varieert de patiënt in leeftijd (65, 75 of 85 jaar), gezondheid (MS-patiënt of hulpbehoevend door een eerdere beroerte), in motivatie (wil behandeld worden of niet) en in sociale positie (weinig contacten of nauw contact met een alleenstaande dochter die in de WAO zit). De vraag was telkens: moet deze patiënt behandeld worden voor de longtumor? Verder kregen de artsen stellingen voorgeschoteld over leeftijdsdiscriminatie als criterium bij medische behandelbeslissingen. Ook 29 beleidsmakers bij verzekeringsmaatschappijen, overheidsorganisaties en gezondheidszorginstellingen kregen de stellingen voorgelegd.

Artsen hanteren soms niet-medische argumenten

Van Delden: "De uitkomst was een verrassing. We verwachtten namelijk dat zowel artsen als beleidsmakers, als je er in algemene termen naar vraagt, leeftijdsdiscriminatie afwijzen, maar dat ze in specifieke gevallen wel degelijk discrimineren op leeftijd. Maar dat is minder het geval dan we verwachtten." Uit de reacties op de stellingen en fictieve gevalsbeschrijvingen blijkt dat artsen en beleidsmakers beiden leeftijdsdiscriminatie afwijzen. De meningen gaan schuiven als er sprake is van schaarste. Bij gebrek aan mensen en dus bedden wijzen ze beiden leeftijdsdiscriminatie nog unaniem af, maar dat verandert bij dure levensverlengende behandelingen. De helft van de artsen is het ermee eens om dat alleen te doen bij patiënten jonger dan 75 jaar. Bij schaarste aan donororganen stijgt het aantal artsen naar tweederde dat selectie op basis van leeftijd acceptabel vindt. Bij beleidsmakers waren ook stijgingen te zien in acceptatie van leeftijdsdisciminatie maar die was in drie gevallen significant minder dan bij artsen. Beleidsmakers dachten dat onderbehandeling bij oudere patiënten niet zo vaak voorkomt; ze waren meer bereid tot dure levensverlengende behandelingen, en ze pasten minder dan artsen sociale criteria toe bij hun keuzes. "Een mogelijke verklaring voor het verschil is dat artsen aan bepaalde ingrepen ook medische relevante aspecten van leeftijd onderkennen," aldus Van Delden. "Maar dat verklaart niet het hele verschil. We hebben namelijk expliciet ervoor gezorgd dat de context en de bewoordingen van de stellingen juist de niet-medische argumenten benadrukken. Bovendien hanteren artsen wel degelijk in een zekere mate niet-medische argumenten bij hun beslissingen. Zo vindt bijvoorbeeld 61% het acceptabel om sociale omstandigheden van de patiënt mee te wegen bij medische beslissingen."

Gesneuveld

Soms wil de patiënt zelf niet meer behandeld worden. Wat beslist een arts dan? Een opmerkelijke uitkomst van het onderzoek is dat bij oudere ernstig zieke patiënten een niet-behandelwens minder vaak wordt opgevolgd dan bij jongere ernstig zieke patiënten. De onderzoekers verwachtten wat anders, namelijk dat wanneer een oudere aangeeft dat het genoeg is geweest, een arts zich daarbij neerlegt. Een jongere patiënt zou hij nog trachten te motiveren om door te zetten. Naar een verklaring kan Van Delden op dit moment alleen gissen: "Misschien – en dat zou slecht zijn – denkt de dokter bij de oudere patiënt die niet meer wil, 'kom op, ik zal jou eens eventjes motiveren om door te gaan'. Bij de jongere patiënt denkt hij misschien 'die zal er wel

heel goed over nagedacht hebben'; juist omdat die patiënt met zijn behandelweigering zo tegen de stroom ingaat. Maar dit is niet meer dan een hypothese. Je zou het moeten onderzoeken."
Ondanks de uitkomst dat artsen leeftijdsdiscriminatie doorgaans afwijzen, is Van Delden er nog niet van overtuigd dat het bijna niet voorkomt. "Ik denk dat dokters, ook als het om hun eigen patiënt gaat, toch wel eens zeggen dat het mooi is geweest. Wanneer ik zelf als verpleeghuisarts naar het ziekenhuis bel voor opname van een patiënt van 95 jaar, vragen ze me of ik dat wel moet doen. Dat doen ze niet als ik voor een vijftigjarige bel. Ook zijn er verschillende studies uit het verleden die aantonen dat er bij verschillende leeftijdsgroepen anders gehandeld werd. Toen de dialyseapparaten in de zestiger jaren opkwamen, hadden niet alleen blanken meer kans op dialyse dan zwarten, maar ook mensen in de arbeidzame leeftijd meer dan gepensioneerden. En in de jaren negentig is er een hele discussie losgebarsten over een protocol in Rotterdam waarin stond dat er geen harttransplantatie bij patiënten boven de 55 plaats mocht vinden. Dat criterium is toen gesneuveld."

De geneeskunde genereert erg succesvol nieuwe kosten

Inkomen bespreken

Hoewel leeftijdsdiscriminatie niet zoveel lijkt voor te komen, blijft waakzaamheid geboden. De noodgedwongen aandacht voor kosteneffectiviteit kan leeftijdsdiscriminatie als een paard van Troje de gezondheidszorg binnensmokkelen. Een behandeling is namelijk kosteneffectiever naarmate iemand er langer profijt van heeft. Dit betekent dat een behandeling bij ouderen eerder 'niet-effectief' genoemd wordt. Zij leven immers niet meer zo lang. "Dat effect zou je in je effectiviteitsberekening moeten corrigeren," vindt Van Delden. "Er kan met een jongere patiënt namelijk ook nog van alles gebeuren. Het is niet eerlijk het verschil in levensverwachting alleen toe te schrijven aan die ene medische interventie. Meestal kun je kosteneffectiviteitsberekeningen bijstellen door het eerst jaar dat je wint meer waarde te geven, en jaren die verder weg liggen steeds minder zwaar mee te tellen."

Onderzoek doen naar de selectiepraktijk is één manier om met de schaarste in de zorg en de verdelingsproblematiek die daaruit voortkomt om te gaan. Belangijker vindt Van Delden dat we de schaarste verminderen. Dat gebeurt momenteel voornamelijk door de efficiëntie op te vijzelen. Maar dat is niet genoeg, meent hij.
"De geneeskunde is erg succesvol in het genereren van nieuwe kosten. We maken een galblaasoperatie een stuk veiliger, en dus efficiënter, door er een kijkgatoperatie van te maken. Maar daarna passen we de operatie ook toe op hogere leeftijd. Laatst was er op mijn afdeling een demente dame van 94 jaar met galstenen. Vroeger zouden we ons hebben afgevraagd of we daar nog wel iets aan moesten doen, want wie zegt dat ze er voor haar dood nog last van kreeg. Maar nu hebben we ze toch weggehaald. Ze was binnen vier dagen terug. Heb ik het verkeerd gedaan? Nee. Maar ik heb wel kosten gemaakt die er anders niet waren. Dus het streven naar efficiëntie alleen is nooit genoeg. Ik vind dat je óók moet kijken naar de inkomenspositie van artsen. Ik vraag me wel eens af waarom de ene dokter tien keer zoveel verdient als de andere. Je kunt de discussie over schaarste in de zorg niet voeren zonder het inkomen van de arts te bespreken. De discussie over de salarissen van directeuren in instellingen is natuurlijk net zoiets. Verantwoordelijkheid mag gepaard gaan met een hogere beloning, ook omdat je verondersteld wordt harder te werken, maar toch moet daar een zekere ratio in bestaan."

Levenskunst

Naast deze zaken staat Van Delden een deeloplossing voor ogen van meer filosofische aard. Hij pleit voor een ethiek van de levenskunst. Deze is gebaseerd op de overtuiging dat mensen hun leven niet passief moeten ondergaan, maar er actief en creatief mee moeten omgaan, ook in de laatste levensfase. Centraal staat daarbij dat de lichamelijke en sociale veranderingen bij ouderdom een vruchtbare basis zijn voor een zelfgekozen andere levenswijze. De oudere is niet zozeer object van ouderenzorg, maar een subject dat zijn ouder worden zelf vormgeeft. In die visie ligt een nieuwe betekenis van de term autonomie besloten. Ze is geen schild tegen betutteling, en net zo min een verplichting om zo lang mogelijk op eigen benen te staan. Maar het is wel een aansporing om zelf positief en actief de verantwoordelijkheid te nemen om het eigen leven vorm te geven. Daar past een andere verhouding tot ziekte en dood bij. Het zijn gebeurtenissen die je niet moet ontkennen of vermijden. Ouderdom is geen vorm van minder menszijn, maar heeft een eigen identiteit.
Van Delden: "Een oudere die ernaar streeft om altijd jong te blijven, en alle afhanke-

Een patiënt herstelt van een longtransplantatie. Een dure ingreep. De mogelijkheden van de geneeskunde om het leven te rekken nemen toe, evenals de vergrijzing. Het beroep op de schaarse middelen wordt daardoor groter. De vraag is welke verdeling van de schaarste is rechtvaardig.
(Foto Longtransplantatieteam KULeuven - www.longtransplantatie.be)

De noodgedwongen aandacht voor kosteneffectiviteit kan leeftijdsdiscriminatie als een paard van Troje de gezondheidszorg binnensmokkelen. Een behandeling is namelijk kosteneffectiever naarmate iemand er langer profijt van heeft. Dit betekent dat een behandeling bij ouderen eerder 'niet-effectief' genoemd wordt. Zij leven immers niet meer zo lang. (Foto Vincent van den Hoven, Voorschoten)

lijkheid verwerpt, weet voor mijn gevoel zijn levensfase nog niet helemaal te plaatsen. De komende generatie ouderen stopt met werken terwijl ze nog gezond is, en nog volop wil profiteren van het leven. Dat is natuurlijk fantastisch. Maar toch, de allerlaatste fase ziet er anders uit. Dan is er wél een zekere afhankelijkheid. Zie je dat als een ontkenning van je waardigheid, dan ga ja naar mijn mening niet goed om met je ouderdom. Een zekere acceptatie is nodig. Dat betekent niet dat ik als arts zeg: je bent oud, dus laat maar zitten. Het wezenlijke verschil is dat de oudere zélf op een gegeven moment besluit om bepaalde beperkingen te accepteren. Dan kun je je voorstellen dat sommige behandelingen voor een oudere niet meer zo hoeven. Levenskunst betekent onder andere: de tekenen van de tijd verstaan, ook die van jouw tijd en van de levensfase waarin je zit." Voor de arts betekent dat in de praktijk dat hij zich de vraag stelt of een behandeling voor een individuele patiënt nog weldoen is. Die opstelling heeft als spin-off dat die bijdraagt aan de verdeling van de schaarste.

Van Delden: "Uit ons onderzoek blijkt dat schaarstebeslissingen in de geneeskunde worden gezien als een *corpus alienum*: iets waar een arts zich niet mee moet hoeven te bemoeien. Artsen vinden net als beleidsmakers dat ze zich primair met het belang van hun patiënt moeten bezighouden. De aangewezen partij om te beslissen over de verdeling van schaarse middelen is volgens hen de overheid. Een arts ziet zichzelf niet aan een bejaarde uitleggen dat deze te oud is voor een bepaalde operatie omdat het rechtvaardiger is het geld daarvoor aan iemand van vijftig te besteden.

Een arts ziet het niet zitten om tegen een tachtigjarige te zeggen dat het nu wel mooi is geweest

Ook ziet een arts het niet zitten om tegen een tachtigjarige te zeggen dat het nu wel mooi is geweest en dat er weliswaar wat aan de ziekte te doen is maar dat hij die moet zien als normaal in zijn levensfase. Het leven heeft nu eenmaal een natuurlijke lengte. Zo'n rol ervaart een arts als strijdig met zijn hulpverlenerschap. Hij vindt zichzelf primair iemand die hulp verleent als iemand daar een appèl op doet. Artsen zijn wel bereid om de rechtvaardigheid van hun beslissingen te bezien in het licht van de schaarste aan middelen. Bovendien verwelkomen ze naast medische richtlijnen ook overheidsrichtlijnen voor hoe om te gaan met schaarste. Van Delden: "Die bestaan al op onderdelen, zoals het planningsbesluit voor aantallen intensive care- en dialysebedden. Dat is de weg waarop we verder moeten. De overheid moet duidelijke beslissingen nemen bij schaarste."

Monique Janssens
Lex Linsen

Bron:
Vrakking, A.M., Van der Heide, A., Van Delden, H.J.M., Looman C.W.N., Visser, M.H., Van der Maas, P.J., 2003. *Medische en niet-medische criteria voor beslissingen over de behandeling van ernstig zieke oudere patiënten: theorie en praktijk*
Ethiek Instituut, Universiteit Utrecht, en het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus MC Rotterdam