

MEDISCHE ZORG VOOR OUDEREN ONDER DE MAAT

Zucht naar concurrentie frustreert ontwikkeling ketenzorg

In Nederland dalen de sterftেকansen op hoge leeftijd niet, maar in andere landen wel. De organisatie van de medische zorg voor ouderen moet daarom op de schop. Onze kennis is nog ontoereikend en al aanwezige kennis kan nog veel beter worden geïmplementeerd.

RUDI WESTENDORP

Tussen 1934 en 1960 waren Nederlandse mannen regelmatig wereldkampioen levensverwachting en in 1964 verdienden de Nederlandse vrouwen die titel. Daarna is onze topositie verbleekt en de levensverwachting bij geboorte voor mannen (76,8 jaar) en vrouwen (81,4 jaar) teruggevallen tot onder het Europese gemiddelde.¹ De levensverwachting in Nederland is circa drie jaar lager dan in Japan, het land dat zich nu wereldkampioen mag noemen.²

Voor ieder land kan op ieder moment een levensverwachting worden bepaald. De methode hiervoor is om een denkbeeldig cohort pasgeborenen rekenkundig te laten overlijden op basis van de dan heersende sterftেকansen. Die levensverwachting is een resultante van

alle sociaal-economische, maatschappelijke en medische factoren die de volksgezondheid beïnvloeden.

Naarmate een land beter is georganiseerd en meer investeert in publieke en private voorzieningen, stijgt de levensstandaard, dalen de sterftেকansen en neemt de levensverwachting toe. Omdat sterftেকansen en levensverwachting op ondubbelzinnige wijze worden vastgesteld, is het ook mogelijk om de volksgezondheid door de tijd en in vergelijking met andere landen te bestuderen. Een dergelijke vergelijking van de sterftেকansen op jonge, middelbare en hoge leeftijd kan daarom inzicht verschaffen in de redenen waarom de gemiddelde levensverwachting in Nederland stagneert.

FRANKRIJK EN JAPAN

Na de Tweede Wereldoorlog stak de sterftেকans van pasgeborenen in Nederland gunstig af bij die van landen als Frankrijk en Japan.² In 1946 bedroeg deze circa 3, 5 en respectievelijk 7 procent. Daarna drong een lange periode van sociaal-economische vooruitgang de sterfte op jonge leeftijd naar de achtergrond. In alle drie de landen is deze nu circa 0,5 procent in het eerste levensjaar.

Naast algemene medische ontwikkelingen heeft de organisatie van moeder-kindzorg voor, rond en na de bevalling hier ongetwijfeld aan bijgedragen.

Een soortgelijke gunstige ontwikkeling is te zien in de sterftেকansen van mensen op middelbare leeftijd. Wederom stak de situatie in Nederland in de jaren vijftig gunstig af bij die van het buitenland, passend bij de topositie die wij in die tijd bekleedden. Opmerkelijk is dat de sterftেকansen van mannen eerst steeg om pas na 1970 te dalen. Deze stijging wordt

algemeen geïnterpreteerd als een direct gevolg van rookgedrag; in het betreffende tijdvak rookte namelijk meer dan 96 procent van de Nederlandse mannen. In dezelfde periode zijn de sterftেকansen voor Nederlandse vrouwen gestaag gedaald. Hoewel in 1950 de corresponderende sterftেকansen in Frankrijk en



BEELD: ALAMY

Japan hoger waren, zijn deze daarna sterker gedaald en nu vergelijkbaar met die in Nederland. Een 60-jarige man heeft nu circa 1 procent kans om voor zijn 61ste verjaardag te overlijden; de sterftekans voor een 60-jarige vrouw ligt de helft lager.

De daling van de sterftekansen in Nederland na 1970 is voor het leeuwendeel te verklaren door de enorme verbeteringen in de bestrijding van hart- en vaatziekten. Vanuit gezondheidszorgperspectief zou men graag benoemen welke maatregelen vooral hebben bijgedragen aan deze aanzienlijke daling in de sterfte. Is dat de sterke vermindering van het aantal rokers, de verbetering van onze eetgewoonten, of de vlucht in medisch-diagnostische en therapeutische maatregelen? Hierover kan slechts worden gespeculeerd.

UITERSTE LIMIET

Het patroon van sterftekansen op hoge leeftijd is totaal anders. Over de afgelopen vijftig jaar blijkt de jaarlijkse sterftekans bij mannen van 80 tot 84 jaar slechts minimaal gedaald; van circa 13 naar 12 procent (zie *figuur 1*). Bij vrouwen daalde de sterftekans van circa 12 procent per jaar in 1950, tot 8 procent in 1980 en is daarna min of meer stabiel

gebleven. Dit fenomeen staat bekend als de stagnatie in de sterftedaling. Immers, in dezelfde periode werd voor mensen van jonge en middelbare leeftijd wél een belangrijke daling van de sterftekansen bereikt.

Sommigen interpreteren de niet-dalende sterftekansen bij mensen op hoge leeftijd in Nederland als 'de uiter-

nen circa 7 en voor vrouwen 4 procent. Momenteel is in Japan de sterfte onder 80-84-jarige mannen en vrouwen bijna de helft lager dan die onder even oude Nederlanders.

OUD EN OUDER

De verschillen in sterftedaling op jonge, middelbare en hoge leeftijd in Nederland

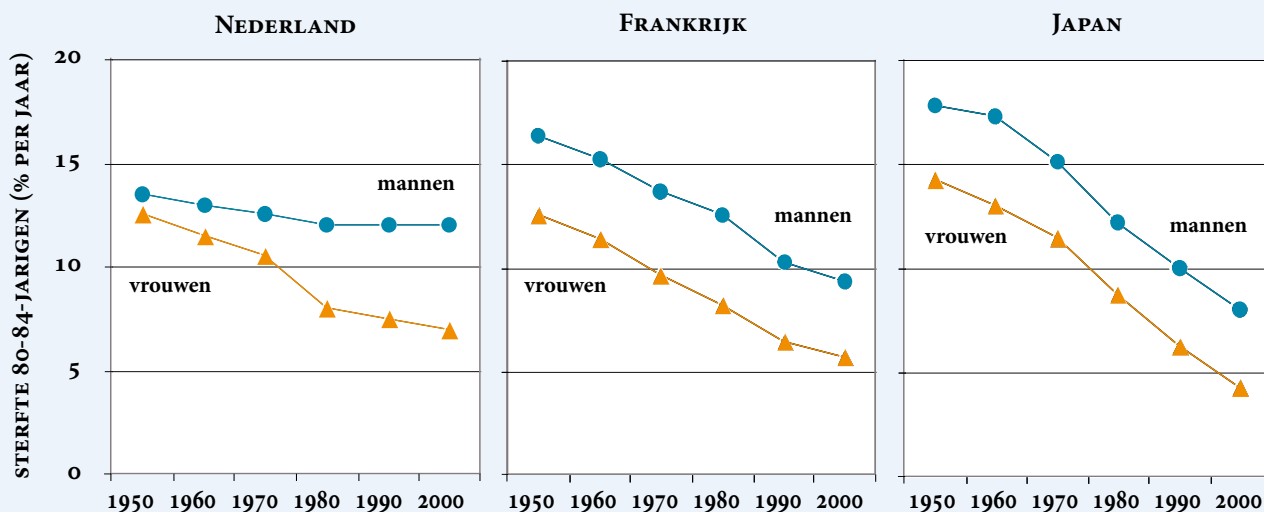
Meer mensen worden oud, maar niet veel ouder dan voorheen

ste limiet van het biologische leven'. De redenering is dat de sterfte op hoge leeftijd niet (meer) of slechts met zeer veel moeite in gunstige zin is te beïnvloeden.

Een internationale vergelijking maakt snel duidelijk dat deze verklaring kortzichtig is. In dezelfde periode daalde in Frankrijk de sterftekans bij mannen van 80 tot 84 jaar van 16 naar minder dan 10 procent per jaar; bij vrouwen van circa 12 naar 5 procent per jaar (zie *figuur 1*). In Japan is de daling van de sterftekans voor de groep van 80-84 jaar nog indrukwekkender. Was die in 1950 voor mannen 18 en voor vrouwen 14 procent, nu is de sterftekans voor man-

liggen ten grondslag aan veel verwarrende discussies in het huidige sociaal-economische discours. Wat veelal slecht wordt begrepen, is dat in Nederland de afgelopen decennia de levensverwachting bij geboorte is toegenomen, maar dat tegelijkertijd de resterende levensverwachting vanaf het 65ste jaar - het verwachte aantal jaren dat men van het pensioen kan genieten - min of meer constant is gebleven. Veel meer mensen worden oud, maar uiteindelijk niet veel ouder dan voorheen. Dat komt omdat de sterftekansen op jonge en middelbare leeftijd wél belangrijk zijn afgenomen, maar op hoge leeftijd niet. >>

1. STERFTEKANS 80-84-JARIGEN



Naoorlogse ontwikkeling van de sterftekans bij mannen en vrouwen van 80-84 jaar in Nederland, Frankrijk en Japan.



<< Onlangs rondde collega dr. Fanny Janssen uit Rotterdam een onderzoek af naar de oorzaken van de stagnatie in de sterftedaling in Nederland.³ Eén van de mogelijke verklaringen hiervoor is dat in vergelijking met vroeger een groter deel van het oorspronkelijke geboortecohort de hoge leeftijd bereikt. De achterliggende gedachte is dat nu ook mensen met een relatief slechte gezondheid oud worden. Dat zou kunnen verklaren waarom de sterftetekansen op hoge leeftijd in Nederland niet dalen. Dit laat onverlet dat de sterftetekansen op hoge leeftijd in andere landen wél dalen.

Een alternatieve en wellicht waarschijnlijker gedachte is dat tegenwoordig meer mensen in goede gezondheid een hoge leeftijd bereiken. Anders dan vroeger loopt men op jonge en middelbare leeftijd gewoonweg minder lichamelijke schade op. Dit kan de stagnatie in de sterftedaling natuurlijk niet verklaren. Veranderingen in beslissingen aan het einde van het leven en in rookgedrag blijken volgens berekeningen van Fanny Janssen evenmin een goede verklaring voor het stagneren van de sterftedaling op hoge leeftijd in Nederland.

Nog zorgwekkender zijn de trendmatige ontwikkelingen onder de allereoudsten in Nederland over de afgelopen

twintig jaar: een periode van stabiliteit en economische voorspoed (zie *figuur 2*). Terwijl onder ouderen van 80 tot 84 jaar sprake is van een stagnatie van de sterftedaling, blijken bij mensen van 90 jaar en ouder de sterftetekansen zelfs te stijgen.³ Dit is des te opmerkelijker omdat tot 1980 sprake was van een daling. Het is nog onbekend welke fenomenen hieraan ten grondslag liggen. Bovendien is in dezelfde periode in Frankrijk sprake van een lichte en in Japan van een flinke daling van de sterftetekansen op de hoogste leeftijd.

INSUFFICIËNT

De gesignaleerde trends in sterftetekansen voor ouderen duiden erop dat het huidige Nederlandse gezondheidszorgsysteem insufficiënt is voor oude mensen. Om mogelijke verbanden te zien, worden hier enkele ontwikkelingslijnen van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem aangeduid. Het ontbreken van een goede verklaring van de toegenomen sterftetekansen op hoge leeftijd dwingt immers om na te denken over de inrichting en het functioneren van het medische zorgsysteem waarvan sterfte een uiting is.

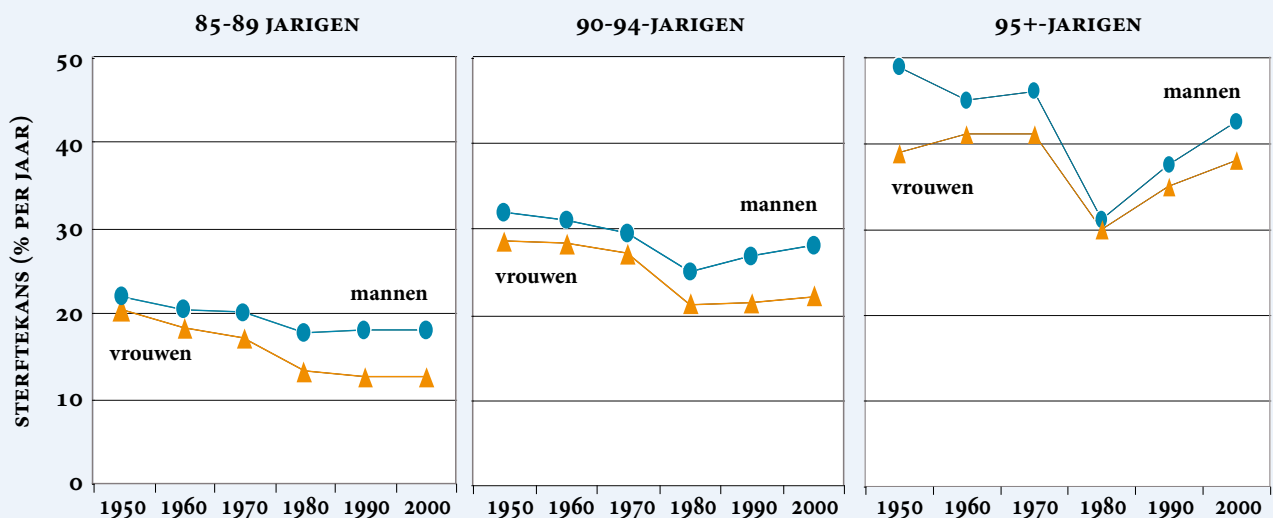
Omstreeks 1980 functioneert er een afgegrensde nulde, eerste en tweede lijn.

De contacten tussen deze echelons verlopen goed omdat de interacties in de regel weinig complex zijn, patiënten weinig mobiliteit vertonen en de beroepsbeoefenaren elkaar met respect bejegenen. Deze beroepsbeoefenaren zijn de sociaal geneeskundigen (nulde lijn), de in de regel als solist functionerende huisarts en de specialisten - die levenslang aan hetzelfde ziekenhuis zijn verbonden. Alle echelons hebben een functie in de preventie, verzorging en revalidatie van oude mensen, waarbij in de hogere echelons de nadruk op curatie toeneemt.

De afgelopen decennia was sprake van een explosie van medische kennis en behandelmogelijkheden. Deze kennis is onder meer reden voor de sterftedaling aan hart- en vaatziekten op middelbare leeftijd. Wel leidde de toename van specialistische kennis tot een verschuiving van medisch handelen van de eerste naar de tweede lijn; dit ging gelijk op met de ontwikkeling van subspecialisaties binnen de beroepsverenigingen.

Een tweede ontwikkeling is het mondiger worden van de patiënt, die zich op eigen initiatief buiten de eerste lijn om tot de specialist ging wenden. Hierdoor is de 'poortwachterfunctie' van de huisarts onder druk komen te staan.

2. STERFTEKANS 85-PLUSSERS



Naoorlogse ontwikkeling van de jaarlijkse sterftetekans in Nederland bij mannen en vrouwen vanaf 85 jaar.



Een derde ontwikkeling betreft het veranderende karakter van het ziekenhuis, waar kortdurende, intensieve diagnostiek en behandelingen worden uitgebreid ten koste van langdurige behandelingen, revalidatie en zorg.

Dit is onder meer op te maken uit de sterke daling van het gemiddeld aantal ligdagen in het ziekenhuis. Een vierde en laatste ontwikkeling is dat het contact en berichtenverkeer tussen de verschillende beroepsbeoefenaren ver achterblijft bij de enorme toename van specialistische activiteiten en patiëntenbewegingen.

PROBLEMEN

Oude mensen zijn de eerste slachtoffers van ons huidige gezondheidszorgsysteem. Zij komen met klachten als 'vallen', 'verwardheid', en 'het gaat niet meer'. Op dergelijke problemen sluit de organisatie van ons gezondheidszorgsysteem niet aan, want dat is opgezet rond (super-)specialistische beroepsbeoefenaren. De enige mogelijke reactie van het huidige gezondheidszorgsysteem op dergelijke klachten kan niet anders zijn dan het tegelijkertijd inzetten van meerdere, langs (super-)specialistische assen georganiseerde diagnostische en behandeltrajecten. Omdat niemand over alle recente en correcte informatie kan beschikken, is het onduidelijk wie van de collega's eindverantwoordelijk is. Die

Twaalf medicijnen in negentien doses op vijf momenten van de dag

onduidelijkheid over de regie wordt nog eens versterkt doordat oudere patiënten vaak veel ontzag hebben voor autoriteiten als artsen en specialisten, steunen op wisselende mantelzorgers, of doordat zij depressief zijn of kampen met cognitieve stoornissen.

Een logische, voor de hand liggende oplossing is het onderbrengen van de huidige medische zorg in zorgketens, waarbij regie en informatie-uitwisseling een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid zijn. Toch komen tal van lokale en landelijke initiatieven niet tot bloei, vooral omdat de huidige financiering van de zorg niet bij een dergelijke keten past. Technische instrumenten als transmurale

DBC's worden node gemist. Ook de zucht naar concurrentie binnen de gezondheidszorg leidt tot centrifugale bewegingen, die haaks staan op coördinatie van medische zorg tussen betrokken instellingen, en daarmee de ontwikkeling van ketenzorg frustreert. In het uiterste geval rest directies niet anders dan het doen fuseren van instellingen, omdat alleen daarmee onderlinge samenwerking en financiering is af te dwingen.

EXEMPLARISCH

Het is onmogelijk om vast te stellen of uit te sluiten dat de beschreven trends in de sterfte van ouderen een oorzakelijk verband hebben met de huidige organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg. Maar de dagelijkse ongelukken door het gebruik van geneesmiddelen onder ouderen is exemplarisch voor het functioneren ervan. Onlangs is gepubliceerd dat een kwart van de medicijnen die in Nederlandse ziekenhuizen wegens bijwerkingen werden gestaakt, binnen een halfjaar weer door andere artsen worden voorgeschreven.⁴

De organisatie van de zorg moet anders, de implementatie van bestaande kennis beter en er dient nieuwe kennis te worden ontwikkeld. Er moet duidelijkheid komen wie de regie heeft over de complexe zorg voor oudere patiënten met meerdere aandoeningen. Communicatie en informatievoorziening moeten op een hoger plan worden getild. Alleen dan is het mogelijk om kennis en kunde naar behoren te implemente-

ren. Maar dan zal blijken dat veel van de beschikbare evidence-based richtlijnen onvoldoende rekening houden met co-morbiditeit. Omdat ouderen vaak meerdere ziekten hebben, leidt een strikte implementatie van deze richtlijnen tot onnavolgbare preventieve en therapeutische adviezen en een suboptimale behandeling.⁵

Als de huidige richtlijnen worden toegepast op een denkbeeldige 79-jarige vrouw met COPD, diabetes type II, osteoporose en een hoge bloeddruk, krijgt zij twaalf medicijnen voorgeschreven in negentien doses op vijf momenten van de dag, en moet zij veertien leefstijladviezen opvolgen. Het strikt toepassen van richt-

SAMENVATTING

- *Nederland is zijn koppositie in levensverwachting kwijtgeraakt omdat de sterftekansen op hoge leeftijd niet dalen.*
- *In ons land, maar niet in andere landen, stijgen op de hoogste leeftijd de sterftekansen zonder dat daar een afdoende verklaring voor is.*
- *De organisatie van de medische zorg voor ouderen moet anders omdat de communicatie, regie en verantwoordelijkheden van beroepsbeoefenaren tekortschieten.*
- *Bestaande kennis en kunde moeten beter worden geïmplementeerd en nieuwe kennis is onontbeerlijk.*

lijnen is voor de gemiddelde patiënt nastrevenswaardig, maar of dit ook het geval is bij patiënten met meerdere aandoeningen, is niet duidelijk.

Het toepassen van ziekte- en disciplinespecifieke richtlijnen gaat goed bij mensen met één probleem. Maar als meerdere ziekten en disciplines een rol spelen, waarvan veelal sprake is op hoge leeftijd, gaat het al snel mis. In die gevallen is het beter om een behandelperspectief te kiezen dat meer gericht is op het individu. Helaas zijn hierover vrijwel geen gegevens voorhanden. Het ontbreekt ons aan wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen voor de behandeling van ouderen, terwijl er maar weinig goed onderzoek wordt gedaan naar de manier waarop deze vaak complexe zorg het beste is in te richten.⁶ Het is dan ook niet verwonderlijk dat de Raad voor Gezondheidsonderzoek recentelijk concludeerde dat meer op de praktijk gericht onderzoek naar de zorg voor ouderen dringend is gewenst. ■

prof. dr. R.G.J. Westendorp,
hoofd afdeling Ouderengeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum

Correspondentieadres: r.g.j.westendorp@lumc.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

De literatuurlijst en MC-artikelen over ouderengeneeskunde vindt u onder dit artikel op onze website: www.medischcontact.nl/dezeweek.

