

6.2 ‘Mag je nog zeggen dat iemand ergens te oud voor is?’

Het taboe op de natuurlijke veroudering

MARLI HUIJER

Als de covid-19-epidemie iets heeft duidelijk gemaakt, is het wel dat de natuur in de omgang met ziekte en dood geen rol meer speelt. Het leven is maakbaar en waar de natuur dat bedreigt, wapenen we ons om deze op afstand te houden.

Wee degene die spreekt over ‘dor hout’, waarmee columnist Marianne Zwagerman oude mensen vergeleek aan het begin van de epidemie. In de Zembla-documentaire ‘Oud, maar geen dor hout’, die daarop werd uitgezonden, protesteren 80-plussers ferm tegen termen als ‘oud’ en ‘kwetsbaar’. Een 86-jarige: ‘Wij zijn helemaal nog geen oude mensen. We kunnen nog zo veel!’

Die ontkenning van de natuurlijke veroudering heeft verstrekken gevolgen voor de gezondheidszorg. Het nu al bestaande tekort in de ouderenzorg, dat door de vergrijzing verder oploopt, wordt nijpender als ouderen niet accepteren dat ze voor sommige behandelingen te oud of te kwetsbaar zijn.

De middelen en het personeel om dit tekort op te heffen, zijn voorlopig niet voorhanden. Reden te meer om het feit dat het menselijk lichaam een natuurlijke, biologische veroudering kent en vanaf het 65e levensjaar steeds kwetsbaarder wordt voor dementie, kanker en infectieziekten – kortom, voor de dood – een vanzelfsprekend en terugkerend onderdeel te maken van gesprekken tussen arts en patiënt. En ook van het bredere maatschappelijke gesprek over hoe we de komende decennia omgaan met ouderdom en sterfelijkheid.

Het menselijke lot

Wat is de achtergrond van het taboe op de natuurlijke veroudering? Tot ver na de middeleeuwen was het ondenkbaar dat de geneeskunde de dood kon trotseren. Wanneer deze zich aankondigde, trok de arts zich

terug en kon de natuur zijn gang gaan. Vanaf de 17e eeuw verloor de aanvaarding van het natuurlijke sterven zijn vanzelfsprekendheid, omdat het steeds beter lukte om ernstige ziekten te voorkomen en te bestrijden.¹ Nadat eerst vooral de kindersterfte daalde, begon vanaf midden vorige eeuw ook de sterfte onder volwassenen en jongbejaarden af te nemen. De gemiddelde levensduur steeg in Nederland van ruim 70 jaar in 1950 tot ruim 80 jaar nu, en in 2050 leven we naar schatting nog eens vijf jaar langer (<https://open-data.cbs.nl/statline>).

Die voortdurende stijging versterkt het idee dat de geneeskunde altijd weer iets te bieden heeft in de strijd tegen de ouderdom en de dood. Waarom het lot, inclusief ziekten, lijden en sterven, nog aanvaarden, als het leven uiteindelijk volledig maakbaar zal zijn?

Het is een gegeven dat mensen niet alleen borelingen maar ook stervelingen zijn. We verschijnen in een wereld die er al is voor we worden geboren en verdwijnen daar na enige tijd weer uit. Als boreling hebben we geen zeggenschap over het moment van verschijnen. Maar als sterveling soms wel over het levens-einde: dat kan worden vervroegd, uitgesteld of, zoals bij euthanasie, tot op het uur worden vastgelegd. Dat uitstel is echter beperkt, want elk lichaam slijt. Vanaf het 65e levensjaar wordt iedereen in toenemende mate kwetsbaar voor aandoeningen en de dood.²

Al met al sterven mensen gemiddeld later, maar vaker aan chronische ziekten of een stapeling van ouderdomsaandoeningen, en met evenveel of meer jaren van ongezondheid (<https://nidi.nl/demos/is-langer-leven-ook-gezonder-leven/>). Die ontwikkeling weersprekt het idee dat oude mensen niet oud of kwetsbaar zijn. Ze zijn dat wél.

Scherpe keuzes in de zorg

De komende decennia zal de zorgvraag van ouderen sterk stijgen. Het aantal ouderen met dementie, artrose, gezichtsstoornissen, coronaire hartziekten, diabetes en multimorbiditeit zal aanzienlijk toenemen.^{3,4} Ook de hogere verwachtingen die patiënten en de samenleving van de medische zorg hebben, zullen de vraag opjagen. Ouderen worden mondiger en wensen vaker een second opinion. Gezamenlijke besluitvorming is van de uitzondering de norm geworden, maar dat verhindert niet dat veel patiënten liever meer dan minder willen behandelen. De vrees voor schadeclaims kan artsen op hun beurt huiverig maken om nee te verkopen.⁵

De stijging van de zorgvraag die hieruit voortvloeit, zal een steeds grotere uitdaging worden, zowel qua middelen als qua personeel. Niets wijst er nog op dat dit in de toekomst zal afzwakken. Kunnen we alle ouder en kwetsbaar wordende ouderen dan nog de zorg en stervenshulp bieden die zij nodig hebben? Of zullen alleen de mondigste en vitaalste ouderen dat nog voor elkaar krijgen?

Toch kan juist het gezamenlijke beslissen over behandelingen een antwoord bieden op de toenemende zorgvraag. Medisch specialisten en huisartsen kunnen in dat proces al in een vroeg stadium en actief de kwetsbaarheid die bij de ouderdom hoort, met ouderen en hun omgeving bespreken. Daarbij kan ook de vraag de revue passer en of behandelen wel altijd de beste optie is. Op dit moment kan de erkenning van de ouderdom en kwetsbaarheid nog niet op een warm onthaal rekenen in de samenleving. Het taboe op ‘niet alles uit het leven halen’ is groot. Dat bleek alleen al toen huisartsen actief het gesprek met 80-plussers wilden aangaan over de vraag of ze met hun coronabesmetting nog wel naar de IC wilden.

Maar willen we de zorg voor ouderen houdbaar en rechtvaardig verdeeld houden, dan ontkomt de medische beroepsgroep er niet aan om samen met de overheid een langetermijnstrategie te ontwikkelen die draagvlak creëert voor enerzijds de erkenning van de specifieke kwetsbaarheid van het oudere lichaam en anderzijds voor goed onderbouwde vormen van medisch consuminderen.

Ook de vraag wat een goede afronding van het leven is, hoort daarbij.^{6,7} Door de kwetsbaarheid en het sterven tot een terugkerend onderwerp van gesprek te maken, zowel in de spreekkamer als in de samenleving, kan het afzien van behandeling wanneer iemand er te oud voor is, even aanvaardbaar worden als wel behandelen.

Over de auteur

Prof.dr.em. Marli Huijjer, filosoof en voorheen arts, en emeritus hoogleraar publieksfilosofie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

LITERATUUR

- 1 Achterhuis H. *Het rijk van de schaarste. Van Thomas Hobbes tot Michel Foucault*. Baarn: Ambo; 1988. p. 287.
- 2 Olshansky SJ. *From lifespan to healthspan*. JAMA 2018;320:1323-4.
- 3 *Capaciteitsplan 2021-2024. Deelrapport 5. Specialist Ouderengeneeskunde*. Utrecht: Capaciteitsorgaan; 2019. p. 50-1.
- 4 *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Rapport 104; 2021. p. 44.
- 5 *Capaciteitsplan 2020-2023. Deelrapport 1. Medische specialismen. Klinische technologische specialisten. Spoedeisende geneeskunde*. Utrecht: Capaciteitsorgaan; 2019. p. 60-1.
- 6 *Stervelingen. Beter samenleven met de dood*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving; 2022.
- 7 Huijjer M. *De toekomst van het sterven*. Amsterdam: Pluim; 2022.