

Bijlage 1 : Reactie op rapport 'Leeftijd is maar een getal'.

In deze bijlage geef ik een reactie op het rapport 'Leeftijd is maar een getal' door Edwards Lifesciences en Gupta Strategists. Het verzoek voor deze reactie is ingediend tijdens de procedurevergadering van 15 januari 2025 van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Allereerst wil ik de onderzoekers bedanken voor het rapport. Discriminatie, op welke grond dan ook, is in Nederland niet toegestaan. Signalen als deze zijn dan ook belangrijk en moeten goed worden afgewogen. In mijn reactie geef ik eerst een samenvatting van het rapport. Daarna reageer ik puntsgewijs op de aanbevelingen uit het rapport.

Samenvatting rapport

Het aantal mensen van 65 jaar en ouder in de Nederlandse maatschappij zal de komende tijd significant meer toenemen dan andere leeftijdsgroepen. Ook ontstaat er daarbij een zogenaamde derde levensfase. In tegenstelling tot het verleden kunnen mensen gemiddeld verwachten tot na hun tachtigste levensjaar in goede gezondheid te leven. Om als maatschappij te kunnen profiteren van deze demografische ontwikkeling is het belangrijk om stereotypering, vooroordelen en discriminatie van ouderen tegen te gaan. Dit onderzoek kijkt naar de invloed van leeftijdsdiscriminatie op de zorgverlening, specifiek op het gebied van onderdiagnose en onderbehandeling bij mensen van 65 jaar en ouder. Volgens het onderzoek heeft leeftijdsdiscriminatie een grote negatieve impact, waarbij de Nederlandse gezondheidszorg voor uitdagingen staat als het aankomt op het leveren van gelijkwaardige en effectieve zorg op alle leeftijden.

De potentiële impact van leeftijdsdiscriminatie binnen de gezondheidszorg valt te zien in klinische richtlijnen en onderdiagnose, onderbenutting van de zorg, een daaropvolgende verminderde bijdrage op het BNP door deze leeftijdsgroep, en een verlies aan informeel zorgpotentieel. Onderliggende oorzaken van onderbenutting van zorg als consequentie van leeftijdsdiscriminatie zijn het verkeerd toeschrijven van symptomen aan veroudering en misvattingen over kwetsbaarheid. Dit valt toe te schrijven aan beleid, toewijzing van middelen, een laag bewustzijn, onvoldoende training en ondervertegenwoordiging in klinische onderzoeken. Om deze inzichten verder toe te lichten, werken de onderzoekers in het rapport een casestudy van aortaklepstenose uit.

Aanbevelingen rapport

De onderzoekers doen hun aanbevelingen in vier categorieën: beleid, bewustmakingscampagnes, onderwijs en gericht onderzoek.

1. Beleidsaanbevelingen: a) kom met neutraal zorgbeleid, b) verhoog capaciteit van medische innovatie ten behoeve van gezondheidszorg voor ouderen, c) wijs meer middelen toe aan medische technologie, subsidies voor medicijnen, preventieve zorg, en geriatrische zorg en d) creëer incentives onder zorgverleners voor het volgen van geriatrische opleidingen.

- a. *Kom met leeftijdsneutraal zorgbeleid. Focus op passende behandelingen, zorgprotocollen, diagnostische procedures en medische interventies.*

In het rapport geven de onderzoekers terecht aandacht aan leeftijdsneutraal beleid. Het komen tot passende zorg waarbij aandacht is voor diversiteit, is een belangrijke uitdaging in het huidige zorglandschap. Dit vraagt actie en betrokkenheid van veel verschillende partijen.

Leeftijdsdiscriminatie in de zorg wordt ook wel ageism genoemd en kan leiden tot onderdiagnose en onderbehandeling van ouderen. De Federatie Medische Specialisten (FMS) erkent al langer het belang van het voorkomen van leeftijdsdiscriminatie in medische richtlijnen en zet zich in voor richtlijnen die specifiek zijn afgestemd op de zorgbehoeften van ouderen. Al eerder heeft de FMS een methodiek ontwikkeld voor op ouderen afgestemde richtlijnontwikkeling. Deze methodiek bevat handvaten om de doelgroep ouderen systematisch mee te nemen bij het actualiseren en ontwikkelen van richtlijnen. Daarnaast heeft de FMS

richtlijnen geactualiseerd die relevant zijn voor de zorg aan ouderen. Zo zijn in oktober 2023 de richtlijnen voor dementie en delier herzien op basis van de laatste inzichten uit praktijk.

Hieruit blijkt dat de FMS ernaar streeft om leeftijdsdiscriminatie te voorkomen en de kwaliteit van zorg voor ouderen constant te verbeteren. In 2023 is het adviesrapport "Medisch specialistische richtlijnen 3.0" uitgebracht. Dit rapport beschrijft de visie op richtlijnen en de ontwikkeling ervan met als doel de kwaliteit van zorg te verbeteren en de praktijkvariatie zoveel mogelijk te verminderen. Hoewel het rapport niet expliciet ingaat op leeftijdsdiscriminatie benadrukt het wel het belang van richtlijnen die zijn afgestemd op diverse patiëntengroepen waaronder ouderen. Richtlijnen zouden gebaseerd moeten zijn op de gezondheidstoestand van de patiënt en niet op de leeftijd. Richtlijnen vormen al jaren de basis van het kwaliteitsbeleid van medisch specialisten en vormen een brug tussen wetenschap en praktijk. De medisch specialist neemt de door de beroepsgroep opgestelde en geautoriseerde richtlijnen als uitgangspunt bij zijn medisch handelen. Daarnaast zijn ook bewustwording en scholing van belang om aan leeftijd gerelateerde vooroordelen te herkennen en te vermijden.

Zoals u bekend gaan beroepsgroepen zelf over de inhoud van de beroepsbeoefening en de richtlijnen. Ik zal de aanbevelingen uit het rapport ook nog specifiek onder de aandacht van de FMS brengen.

In het rapport wordt ook meermaals verwezen naar leeftijdsgrenzen die gehanteerd worden in de bevolkingsonderzoeken naar kanker die van overheidswege worden aangeboden. Het is van belang om te beseffen dat deze leeftijdsgrenzen zorgvuldig tot stand zijn gekomen, waarbij op basis van de wetenschappelijke stand van zaken juist die leeftijdsgroepen worden gekozen waarbij de meeste gezondheidswinst kan worden behaald. Bij het screeningsaanbod wordt altijd een afweging gemaakt tussen de risico's van de screening en de te behalen gezondheidswinst. De leeftijdsgrenzen kunnen worden herzien indien wetenschappelijke inzichten daartoe aanleiding geven. Het ministerie van VWS en het RIVM maken hierbij gebruik van de onafhankelijke adviezen van de Gezondheidsraad.

- b. Verhoog capaciteit van medische innovatie ten behoeve van gezondheidszorg voor ouderen. Denk daarbij aan technologische en medische innovaties, waardoor ook capaciteit van gezondheidsmedewerkers kan worden vrijgemaakt.*

Het rapport onderstreept de noodzaak van meer onderzoek naar medische technologie gericht op ouderen. Dit is in lijn met VWS-missies gericht op innovatie in gezondheid en zorg. Hierbij is het van belang dat de digitale toegankelijkheid en betrokkenheid van ouderen in klinische testen wordt meegenomen.
- c. Wijs meer middelen toe aan medische technologie, subsidies voor medicijnen, preventieve zorg, en geriatrische zorg.*

Het vrijmaken van financiële middelen voor geneesmiddelenonderzoek specifiek voor de doelgroep ouderen is ingewikkeld. Er zijn beperkte middelen beschikbaar voor onderzoek naar nieuwe geneesmiddelen en deze moeten zo doelmatig mogelijk ingezet worden. Dit vereist een zorgvuldige afweging.
- d. Creëer incentives onder zorgverleners voor het volgen van geriatrische opleidingen.*

VWS bekostigt een aantal vervolgopleidingen. Het betreft de specialistische opleidingen klinische geriatrie, GZ-psychologie (o.a. voor ouderenzorg) en de specialist ouderengeneeskunde. Hierdoor is er voor het volgen van deze opleidingen in principe geen financiële barrière. De instroom bij de opleiding specialist ouderengeneeskunde blijft achter bij wat aan plekken beschikbaar wordt gesteld. Met de campagne 'Next Level Dokter' wordt geprobeerd om de instroom van onder andere deze opleiding te vergroten. Ook wordt de verpleegkundige vervolgopleiding geriatrieverpleegkunde bekostigd. Omdat deze vervolgopleiding modulair wordt aangeboden is het voor verpleegkundigen laagdrempeliger om in te stromen. De opleiding kan namelijk deels worden gevolgd, of in het geheel, afhankelijk van wat past bij de werkzaamheden en persoonlijke omstandigheden.

2. Bewustmakingscampagnes: vergroot het publieke bewustzijn over geriatrische zorg en het bestrijden van leeftijdsdiscriminatie bij zorgverleners en binnen de maatschappij in brede zin. Vooroordelen over en discriminatie op basis van leeftijd kunnen onder andere voorkomen worden door bekendheid en affiniteit met de belevingswereld van mensen van gevorderde leeftijd te vergroten. In de campagne "Praat Vandaag Over Morgen" is bewust gekozen voor realistische maar ook inspirerende beelden over ouder worden. Deze campagne is tweede geworden in de top 10 ageing campagnes van 2024. Deze top tien gaat over initiatieven die erin slagen een krachtig, realistisch en inspirerend beeld neer te zetten van ouder worden. Daarnaast heeft het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid (2018-2025) geleid tot een veelzijdig en sterk netwerk van gemeenten, landelijke en lokale organisaties, bedrijven, burgerinitiatieven en instellingen om eenzaamheid in Nederland te verminderen, van jong tot oud. Het voorkomen van discriminatie op het gebied van leeftijd is geen onderdeel van de huidige doelen van het actieprogramma. Wel zijn er diverse partijen binnen de Nationale Coalitie tegen Eenzaamheid die een belangrijke rol spelen bij het voorkomen van leeftijdsdiscriminatie onder ouderen zoals het Ouderenfonds, Stichting UP! en stichting Oud Geleerd Jong Gedaan.
3. Onderwijs: Maak professionals in medische opleidingen bewust van vooroordelen wat betreft kwetsbaarheid in klinische besluitvorming. Breidt daarbij ook curricula uit met geriatrische training in opleidingen en bijscholing. Het is gebruikelijk dat de sector zichzelf reguleert als het gaat om het waarborgen van actuele thema's in goede zorg. Dit kan bijvoorbeeld via de Governancecode Zorg waar criteria zijn opgenomen over passende en persoonsgerichte zorg. Bij het wijzigen van de kaders voor de zorgopleidingen zijn veel partijen betrokken. Per onderwijssector is dit proces anders ingericht.

Er is geen doorzettingsmacht vanuit VWS (en/of OCW) om de inhoud van de opleidingen landelijk te bepalen. Voor sommige onderwerpen proberen we wel te zorgen voor urgentiebesef, zoals bijvoorbeeld palliatieve zorg. Wel wordt de ziekenhuisopleiding geriatrieverpleegkunde bekostigd (zie ook hierboven onder 1d).
4. Gericht onderzoek: Er is behoefte aan meer inclusief onderzoek, daarbij moet kwetsbaarheid worden meegenomen als factor in klinische studies, zouden klinische trials inclusiever moeten zijn, is er behoefte aan geriatrische onderzoeken en zouden richtlijnen niet een numerieke leeftijd aan moeten houden. Ten slotte roept het rapport op om kwetsbaarheid mee te nemen in klinische studies, en in te zetten op inclusievere klinische trials. Ook dit is een complex vraagstuk waarbij een zeer zorgvuldige afweging gemaakt moet worden. Er zijn al verschillende initiatieven om klinisch onderzoek diverser/inclusiever te maken, ook op basis van leeftijd. Op Europees niveau is dit bijvoorbeeld het READI project, op nationaal niveau wordt bijvoorbeeld door ZonMw onderzoek gefinancierd naar antistollingsmiddelen voor ouderen.