



Interview met Rudi Westendorp:

‘De patiënt in een optimale uitgangspositie zetten’



Prof.dr. Rudi Westendorp, internist en epidemioloog, tevens hoofd van de afdeling Ouderengeneeskunde van het LUMC, focust zijn onderzoek op de ouderenzorg. Hij verzorgt dan ook een van de openingslezingen tijdens het NHG-Congres *Ga voor (G)oud!* In een interview gaat hij in op zijn soms bijzondere ideeën over oude men-

sen en ouderenzorg in Nederland, over sterven, maar vooral ook over verlenging van het leven.

Geen probleem, wel onwennigheid

Vormen ouderen wel zo'n groot probleem in de zorg? Westendorp antwoordt stellig. 'Het is zeer goed te verdedigen dat er überhaupt geen probleem is. Iedereen heeft het maar over die dreigende vergrijzingsgolf. Maar mensen die er macro-economisch verstand van hebben, zeggen dat het allemaal prima betaalbaar is. De groeipercentages vallen heus wel mee en we hebben het allemaal zien aankomen. Het gegeven dat er nu zoveel ouderen komen en dat die ook steeds ouder worden, kun je ook zien als teken hoe goed we het in Nederland hebben. Dat is een grote verworvenheid. Het zou verfrissend zijn als we dat in onze "problemanalyses" zouden meenemen.'

Dat betekent volgens Westendorp niet dat we rustig achterover kunnen leunen. 'We hebben niet de traditie dat de ouderenproblematiek proactief werd opgepakt. De ouderdom was een "fase aan het einde van het leven" en "iedereen moet nou eenmaal een keer dood". De absolute aantallen zijn nu echter zo groot dat je ouderdom niet meer kunt negeren, en dat is wat we tot dusver altijd hebben gedaan. Dan realiseer je je dat we als maatschappij nooit een standpunt hebben geformuleerd over dat deel van het leven.'

Een lang gezond leven

Zou zo'n maatschappelijk standpunt over ouderdom zicht moeten richten op de kwaliteit of op de lengte van het leven? Westendorp: 'Mij wordt vaak gevraagd of ik wil dat we nóg langer gaan leven. Maar bijna elke patiënt, in welke toestand die ook verkeert, zegt toch: "Dokter, als het zo blijft, wil ik nog wel een poosje verder." Het irriteert me dat je voor gek wordt verklaard als je op hoge leeftijd nóg ouder wil worden. De patiënt wil dat nou eenmaal toch. De kwaliteit van leven is daarbij wel van belang, maar de lengte van het leven evenzeer. Anderzijds, als je aan iemand vraagt hóe

hij oud wil worden, zegt iedereen dat hij gezónd oud wil worden. Je gaat nu eenmaal niet dood aan niets; daar ligt ziekte aan ten grondslag. Als je een lang leven hebt gehad, betekent dat in de regel dat je lang gezond bent gebleven. In principe gaat een aantal jaren met ziekte en afhankelijkheid aan de dood vooraf. Soms heb je mazzel, dan ga je 's avonds slapen en word je 's morgens niet meer wakker. Maar de meeste mensen is dat niet gegeven; die hebben enkele jaren ellende voor ze overlijden.'

Is het dan niet zo dat je met verlenging van het leven ook het lijden vergroot of verlengt? 'Het aardige is dat iedereen over die vraag een standpunt heeft. Maar bij de trajecten die we met kanker afleggen, bijvoorbeeld tweede- of derdelijns chemotherapie, wordt die vraag nooit gesteld. Bij chemotherapie vindt men het een schande als je daar geen gebruik van mag maken! Waarom is er opeens zo'n bewijslast als het gaat om de ouderdom en de lengte van het leven?'

We weten dat het leven eindig is; waar ligt dan de grens? Gaan we allemaal 120 worden? Westendorp: 'Daar zullen we uiteindelijk wel naartoe groeien, want uit onderzoek blijkt dat er helemaal geen natuurlijke grens is.'

Kapiteins op het schip

In Nederland heeft Westendorp zich nadrukkelijk bemoeid met de manier waarop de eerste en tweede lijn omgaan met de oudere patiënten. 'Ik maak mij er druk over dat de kwaliteit van zorg voor ouderen onvoldoende is en dat komt door een regieprobleem in de geneeskunde. De gemiddelde overlijdensleeftijd is 80. Als 85-jarige sta je zo beschouwd dus nog volop in het leven, maar naar onze begrippen is het extreem oud. Als zo'n 85-jarige maar een of twee ziektes heeft, is er niets aan de hand. Maar loopt hij bij huisarts én specialisten, dan krijg je meerdere kapiteins op één schip. Omdat niemand van die professionals de regie neemt, moeten patiënten dat zelf doen. Maar dat gebeurt niet, omdat mensen van die generatie niet hun stem verheffen tegenover professionals, niet voldoende intellectuele bagage hebben of er niet meer toe in staat zijn omdat ze wat verward zijn of depressief. Dus is de patiënt een speelbal in de golven van de Nederlandse gezondheidszorg.'

Is die regierol niet bij uitstek een taak van de huisarts? 'Inderdaad, want 85 procent van de 85-jarigen woont gewoon thuis. We moeten blij zijn dat we in een land wonen waar zoveel huisartsen zijn. En individuele huisartsen zie ik ook wel proberen de zorgagenda voor ouderen goed te beheren. Maar ik zie niet de gemeenschappelijke agenda die nodig is om het regieschap op te pakken. Zo is het Nationaal Programma Ouderenzorg nu bij de academische

ziekenhuizen terechtgekomen. Als er destijds een goed georganiseerde huisartsenbeweging was geweest, was het NPO zonder enige twijfel bij de huisartsen terechtgekomen.

Ook medisch-inhoudelijk moeten huisartsen zich ermee gaan bemoeien; daarin vind ik ze vaak te passief. Huisartsen moeten een weging maken waarom iets wel of niet moet gebeuren, actief een ander behandelingstraject inzetten. Dus medisch gerelateerde beslissingen nemen. De vrijblijvendheid over de medische dossiers moet eraf. Laat je deze patiënt wel of niet naar de intensive care of het ziekenhuis gaan? Heeft de patiënt iets te winnen bij een behandeling? Wij specialisten zien dat huisartsen daar "zindelijker" over nadenken dan wij, maar het is mij nog niet zindelijk genoeg. Durf ook eens mensen terug te halen uit het specialistencontact! Dat zie ik vrijwel geen huisarts doen, en het wordt je misschien ook niet in dank afgenomen, maar voor wie ben je er nou eigenlijk?

Netwerken rond UMC's

'Wij denken dat er een ouderenprobleem is, maar ik denk dat de kern daarvan in het tekortschieten van de geneeskunde zelf ligt', stelt Westendorp. Om twee redenen denkt hij dat netwerken voor ouderen rondom academische ziekenhuizen een goede oplossing kunnen bieden. 'Ten eerste is er nu een onderzoeksagenda voor de zorg voor ouderen. Hoeveel miljarden euro's hebben we inmiddels wel niet besteed aan onderzoek naar diverse ziekten? De zorg voor ouderen met multimorbiditeit heeft zo'n impuls nog nooit gehad. Er is nu een *boost* gegeven aan de kennisvermeerdering. Ten tweede moet de oudere patiënt centraal staan, want alleen dan kun je de complexiteit aanpakken. De vergaande specialisering in de zorg heeft ons heel veel gebracht, bijvoorbeeld op het gebied van de coronaire hartziekten. Maar daardoor is ook een complexiteit ontstaan die een regierol nodig maakt. Wordt die niet ingevuld, dan is er snel sprake van een afnemende meerwaarde. Je kunt aan zo'n rol alleen handen en voeten geven als je de patiënt centraal stelt.'

Er bestaat echter ook bezorgdheid over deze netwerken, omdat er al dingen geïmplementeerd gaan worden die nog onvoldoende zijn uitgetest in een experimentele setting. Westendorp: 'Zie daar de opdracht aan de eerste lijn om er in dat geval in volle vaart tegenin te gaan. Juist Nederlandse huisartsen zijn meester in het zeggen "Dat doen we niet want dat is nooit aangetoond!", soms tot verbijstering van hun buitenlandse collega's. Doe dat dan hier ook. In het NPO wordt een gestructureerde poging gedaan om de agenda vast te stellen en tegelijkertijd stappen te zetten en die te evalueren, en daar waar we zeker zijn van onze zaak te implementeren. In wetenschappelijk opzicht hadden we natuurlijk eerst met een analyse kunnen komen, dan onderzoek en dan pas implementatie. Maar de politiek en de maatschappelijke noodzaak gunnen ons daar de tijd niet voor.'

Overigens ben ik erg onder de indruk – en daar sta ik niet alleen in – van de beweging dat het NPO-programma rondom het universitair medisch centrum heeft losgemaakt. De UMC's zijn blij dat de relaties tussen de eerste, tweede en derde lijn weer eens

worden opgefrist. Zo ook zal de agenda van de public health een positieve stimulans krijgen.'

Relatie welzijn en ziekte

Waar moeten die netwerken nu op mikken; zijn kwaliteit van leven en autonomie wel realistische doelen? Westendorp: 'Welzijn en ziekte hebben vrijwel niets met elkaar van doen, zo wijst onderzoek uit. Ofwel de zogeheten "disability paradox". Mensen die helemaal kreupel zijn, kunnen een fantastisch gevoel hebben over hun kwaliteit van leven. Als je dat eens op je laat inwerken, vraag ik me af wat wij als dokter nou met de kwaliteit van leven moeten doen. Moeten we die welzijnsagenda als dokters oppakken?'

Huisartsen nemen sociale en welzijnsaspecten juist nadrukkelijk mee in hun overwegingen omtrent de patiënt, maar: 'Ik vind niet dat dokters het welzijn van een ziek of oud mens moeten laten meewegen in hun medische beslissingen. Je moet de patiënt in de best mogelijke medisch-biologische uitgangspositie zetten opdat hij iets moois kan maken van zijn leven. Maar het is zijn of haar eigen verantwoordelijkheid om daar vervolgens invulling aan te geven. Je moet dus accepteren dat jij naar beste kunnen iemand in een optimale uitgangspositie zet en dat diegene er vervolgens niets van maakt. De consequentie van die gedachtegang is dat ik me afvraag of wij als medische professionals ons verantwoordelijk moeten voelen voor het welzijn van de patiënt.'

Maar het is toch evident dat sommige chronische ziekten en pijn de kwaliteit van leven beïnvloeden? Westendorp: 'Dat waag ik dus te betwijfelen. Als dat zo zijn, zou de kwaliteit van leven bij jongeren per definitie hoger zijn dan bij ouderen, maar dat is niet zo. Nogmaals, die optimale uitgangspositie is belangrijk, dus een goede instelling op medicatie, een goede pijnbestrijding. Maar het 85-plus-onderzoek heeft prachtig laten zien dat de relatie tussen ziekte en kwaliteit van leven niet bestaat. Een kerngezonde oudere kan een heel slechte waardering hebben voor het leven, bijvoorbeeld omdat er een familieruzie is, of het contact met een kind is vernacheld. Je moet de directe relatie tussen ziekte en kwaliteit van leven dus loslaten.'

Echter, in een rapport van de Gezondheidsraad wordt een sterke nadruk belegd op bevordering van de autonomie en zelfstandigheid van ouderen. Westendorp: 'Ik zie veel ouderen die dat helemaal niet boven aan hun wensenlijstje hebben staan. En terecht, als je lijf niet meer toelaat om autonoom te functioneren, waarom zou je je daaraan dan niet overgeven? We vinden in Nederland dat dat hel en verdoemenis betekent, maar de angst voor autonomie-verlies wordt je aangepreft. Wel wordt er veel geleden achter de geraniums, al dan niet in verzorgingshuizen, en het is de angst dáárvoor die onze angst voor afhankelijkheid bepaalt. In 1800 was een opname in het armenhuis nog het laatste wat je wilde, nu is dat het verzorgingshuis geworden. Maar als er zoveel geld is, we zo'n mooie maatschappij hebben, dan zouden we er toch voor moeten kunnen zorgen dat je daar niet bang voor hoeft te zijn? Dan zou die hele discussie over de autonomiekwestie ook wat zindelijker worden gevoerd.'

Theo Verheij