

Te oud om gezond te zijn?

Filip Van Overmeiren

Naar leeftijdsdiscriminatie in de gezondheidszorg werd en wordt in België weinig wetenschappelijk onderzoek verricht. In Nederland bestaat sinds 1994 het Landelijk Bureau Leeftijdsdiscriminatie (LBL, zie www.lbl.nl), een expertisecentrum leeftijd en maatschappij. Volgens hen is er in ons land geen gelijkaardige gespecialiseerde organisatie en zijn zij, naar eigen zeggen, zelfs tamelijk uniek in Europa. Misschien is dit wel kenmerkend voor de manier waarop over het algemeen al te vaak met leeftijd wordt omgesprongen en dan zeker als we het over ouderen hebben. Ouderdom wordt in tal van situaties bekeken vanuit het ons vertrouwde consumptie-oogpunt: minder kwaliteitsvol, minder bruikbaar, versleten, problemen en kosten opleverend...

Mensen worden omwille van hun leeftijd nog dikwijls geconfronteerd met discriminatoir gedrag van anderen (dat blijkt ook duidelijk uit de overige bijdragen in dit nummer). Als leek op het gebied van leeftijdsdiscriminatie probeerde ik mij alvast enkele concrete voorbeelden voor de geest te halen: weigering door een werkgever om een oudere in dienst te nemen, ontslag van een personeelslid, benadeling van deeltijds werk... Leeftijdsdiscriminatie wordt mijns inziens dan ook vooral gelinkt aan arbeid en tewerkstelling. Maar dit is hoegenaamd niet het hele

verhaal. Ouderen en jongeren kunnen op basis van hun leeftijd op verschillende maatschappelijke terreinen hinder ondervinden. Zo ook binnen de gezondheidszorg. Het hoeft geen betoog dat met het verstrijken van de jaren, de 'kans' dat men een beroep moet doen op zorgverstrekkers groter wordt. Vandaar dan ook dat dit artikel in ruime mate zal gericht zijn op leeftijdsgrenzen voor ouderen binnen de zorgsector. De nadruk lag op het woordje 'kans', aangezien dergelijke algemene uitspraken precies het grote risico inhouden van verkeerde beoordelingen binnen de zorgverlening ten aanzien van ouderen. De te brede benadering van oudere mensen als zouden zij allemaal zwak en zorgbehoevend zijn (en voor de maatschappij meer een last dan een deugd) levert een verkeerd beeld op van de relatie tussen ouderen en de gezondheidssector.

MISVATTINGEN

Voor een volledig overzicht van de thematiek rond leeftijdsgrenzen en -discriminatie in de

Filip Van Overmeiren,
jurist, werkt op het
departement Onderzoek
en Ontwikkeling van de
Landsbond der Christelijke
Mutualiteiten.



zorgsector is er, zoals reeds gezegd, te weinig literatuur voorhanden. Ook liet het tijdsbestek voor dit artikel geen diepgaand onderzoek toe. Wel willen we een aanzet geven om de mogelijke problemen bespreekbaar te maken en een tipje van de sluier op te lichten. Aan de hand van buitenlands onderzoek en een aantal concrete Belgische voorbeelden, praktijkgevallen en probleemsituaties kunnen knipperlichten worden aangeduid en het debat geopend. Met de onderzoeksresultaten van LBL als leidraad - onder voorbehoud gegeven, aangezien niet altijd met zekerheid kan gezegd worden of diezelfde fenomenen zich ook in België voordoen - en aan de hand van interviews met de medische directie van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, volgt hier wel een beknopt overzicht van enkele bekende knelpunten.

Om te beginnen een aantal vaststellingen in drie grote domeinen. Vooreerst is er de sector van de preventieve gezondheidszorg. We zullen nagaan waar zich daar de meest markante voorbeelden voordoen van negatieve effecten van leeftijdsgrenzen. We merken dat in preventieregeling de leeftijd vrij vaak als toepassingscriterium fungeert. We gaan na wie recht heeft op door de overheid aangeboden preventieve onderzoeken en/of vaccinaties en wie daarbij uit de boot valt. Vervolgens werpen we een blik op de curatieve gezondheidszorg. Daarvoor onderzoeken we of er in de nomenclatuur (lijst met door de verplichte ziekteverzekering terugbetaalde verstrekkingen) leeftijdsgrenzen zijn ingebouwd en of die wel altijd volledig te rechtvaardigen zijn. Eveneens onder de afdeling 'curatieve zorg'

schetsen we een beperkt aantal situaties op het terrein. Met andere woorden, in hoeverre speelt leeftijd een rol bij belangrijke medische beslissingen?

De verschillende artikelen in dit nummer kwamen er naar aanleiding van de nieuwe anti-discriminatiewet (sinds april 2003 in werking getreden). Ook de discriminatiegrond 'leeftijd' werd daarin opgenomen. Voortaan is het dus in ons land verboden om mensen op grond van hun aantal levensjaren te discrimineren. Vandaar dat ik de reikwijdte van dit artikel duidelijk wil afbakenen. Natuurlijk houdt een leeftijdsgrens niet per definitie een discriminatie in. Toch is het zaak de leeftijds-criteria onder de loep te nemen, de *ratio legis* ervan te achterhalen en kritisch te analyse-

ren. Als we de materie iets breder gaan evalueren, bestaat er naast 'leeftijdscriminatie' in de enge zin van het woord, ook zoiets als 'oudisme' (van het Engelse 'ageism'). Deze term staat voor diepgewortelde negatieve opvattingen over het verouderingsproces die uiteindelijk kunnen leiden tot leeftijdscriminatie *sensu stricto*, maar niet altijd. In vele gevallen beperkt het zich tot hinder

of onregelmatigheden ten aanzien van de benadeelde leeftijdsgroepen. Die negatieve overtuigingen worden maatschappelijk gecreëerd en gevoed en liggen verweven in jobs, instellingen, regelgeving en dagelijks leven.

Wanneer spreken we dan van 'leeftijdscriminatie'? Vrij vaak wordt die gelijk gesteld met elke verschillende behandeling van mensen. Een misvatting! Als dat het geval zou zijn, dan stond het Centrum voor Gelijke

Filip Van Overmeiren

Zorgverstrekkers zullen er niet mee te koop lopen als zij sommige van hun belangrijke medische beslissingen laten afhangen van de leeftijd van de patiënt.

”

Kansen en voor Racismebestrijding een nog zwaardere taak te wachten dan het nu al meegekregen heeft met de controle op de naleving van de anti-discriminatiewet. Sommige mensen worden immers voortdurend anders behandeld dan andere. Maar goed ook. Mocht dit immers onmogelijk zijn, zouden bijvoorbeeld ook sociale maatregelen ten gunste van de zwaksten in de samenleving verboden zijn, aangezien meer gegoede burgers hierdoor zouden gediscrimineerd worden. We spreken wél van discriminatie als mensen in dezelfde situatie ongelijk worden behandeld of, omgekeerd, als mensen in een verschillende situatie gelijk worden bejegend. Bovendien zijn beide gevallen nog steeds mogelijk als er een objectieve en redelijke verantwoording voor is. Van dit principe gaat ook de nieuwe anti-discriminatiewet uit. Ze hanteert een 'open systeem', in die zin dat elke vastgestelde discriminatie nog steeds kan gerechtvaardigd worden op basis van objectieve en redelijke gronden. De wet maakt een onderscheid tussen 'directe'⁽¹⁾ en 'indirecte'⁽²⁾ discriminatie, maar in de twee gevallen bestaat de mogelijkheid van een objectieve rechtvaardigingstoets.

Vanuit dit concept dient ook deze bijdrage beschouwd. Geenszins willen we beweren dat elke leeftijdsgrens waarvan sprake in dit artikel, een discriminatie zou inhouden. We zullen enkel die grenzen behandelen waar op zijn minst enige vraagtekens bij kunnen geplaatst worden of waar verdedigbare kritiek op bestaat. Met andere woorden, zouden deze leeftijdsgrenzen de rechtvaardigingstoets van de anti-discriminatiewet zonder kleerscheuren doorstaan? Een overzicht...

LEEFTIJDGRENZEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

Preventieve gezondheidszorg⁽³⁾

Deze sector hanteert vaak leeftijdsgrenzen. Bij gratis inenting van de overheid voor haar burgers wordt een selectie gemaakt volgens leeftijd. Inenting gebeurt dikwijls in medisch te verantwoorden leeftijdscohorten (overeenkomstig het meest frequente of exclusieve optreden van aandoeningen binnen een bepaalde leeftijdsgroep) en/of zijn ingegeven door gezondheidseconomische bekommernissen. Bekende voorbeelden: de vaccinatiekalender (bijvoorbeeld hepatitis B, meningokokken) en borstkankeronderzoek.

Zoals in tal van andere Europese landen, heeft de Belgische overheid gekozen voor een universeel hepatitis-vaccinatieprogramma voor zuigelingen of jonge adolescenten (elf-twaalf jaar) of beide, los van individuele risicofactoren voor hepatitis B. Sinds september 1999 is het hepatitis B-vaccin, zoals aanbevolen door de Wereldgezondheidsorganisatie in 1992,

gratis voor de twee genoemde leeftijdscohorten. Deze aanpak past in een globaal plan om hepatitis B wereldwijd onder controle te krijgen en op middellange termijn uit te roeien. Hepatitis B wordt immers gerekend tot de tien *leading killers* onder de infectieziekten. De algemene vaccinatie van adolescenten is logisch aangezien het risico van seksuele overdracht van hepatitis in de nabije toekomst voor hen reëel is. In België kan dergelijke actie (via georganiseerde schoolgeneeskunde, cf. de Centra voor Leerlingenbegeleiding) een

Filip Van Overmeiren

De bepalingen inzake tandzorg vallen zeer voordelig uit voor kinderen. Men kan zich hierbij afvragen waarom tandzorg op latere leeftijd plots onbelangrijk zou worden.

”

vaccinatiegraad van minstens 80% garanderen. Met de vaccinatie van zuigelingen wil men toekomstige generaties beschermen. Bovendien zijn zij nog makkelijker bereikbaar dan adolescenten, wat een voordeel is. De actie ten aanzien van deze groep (via georganiseerde moeder-kindzorg, cf. Kind en Gezin, huisartsen en pediaters) waarborgt een vaccinatiegraad die meer dan 90% kan bedragen. De besmettingsrisico's voor het kind, de adolescent en de volwassene kunnen ondermeer worden afgeleid uit de *lifetime risk*-parameters voor de diverse leeftijdscategorieën. De *lifetime risk* is 3% voor de 15-24-jarigen, 7% voor de 25-34-jarigen en 10% voor de 35-44-jarigen. De tijdelijke combinatie van universele vaccins voor zuigelingen en adolescenten zorgt voor een snelle en blijvende impact en na tien jaar dient men enkel verder te gaan met de zuigelingenvaccinatie.

De leeftijdsgroepen werden gekozen op basis van diepgaand wetenschappelijk onderzoek, waaruit internationale richtlijnen volgden. Toch is de leeftijdsgrens potentieel discriminerend. Het valt immers niet te ontkennen dat op die manier leeftijdsgroepen uit de boot vallen. Bij haar aangeboden vaccinaties laat de overheid zich immers leiden door de kosteneffectiviteit ervan. Akkoord, gezondheidseconomische argumenten moeten in overweging genomen worden, maar de gestelde leeftijdsgrens doet enigszins willekeurig aan als men voor ogen houdt dat iedereen - dus ook oudere adolescenten en volwassenen - gebaat is met een vaccinatie. Dit wordt alleen maar versterkt als men naar de met de leeftijd toenemende *lifetime risk* kijkt. Volwassenen die deze vaccinatie niet hebben toegediend gekregen, worden dus benadeeld omwille van hun leeftijd.

Filip Van Overmeiren

Duitse onderzoekers kwamen tot de bevinding dat de oudste ouderen minder dure gezondheidszorg krijgen.

”

Een gelijkaardige situatie treft men aan bij de vaccinaties tegen meningokokken C. Vooral kinderen onder de vijf jaar en adolescenten tussen de vijftien en de twintig jaar lopen het risico op infectie. Sinds een tiental jaar komt deze aandoening méér voor in ons land en in 2001 werden we geconfronteerd met een verontrustende verhoging. In de provincie Antwerpen stelde men een verdubbeling vast. Door een snelle reactie van de CM kregen de leden een tegemoetkoming aangeboden voor de meningokokken C-vaccinatie, waardoor een eerste buffer werd geplaatst. Wat later lanceerden ook de Vlaamse en Franstalige Gemeenschap een campagne. De vaccins waren gratis voor de jongste kinderen en voor de vijftien- tot achttienjarigen, de grootste risicogroepen. Tot 2005 wil de Vlaamse regering kinderen en jongeren van één tot achttien jaar blijvend vaccineren. Opnieuw een duidelijk voorbeeld van een willekeurig vast-

gestelde grens. Immers, we weten dat ook studenten tot 25 jaar er baat van kunnen hebben. Groot-Brittannië, dat terzake dezelfde internationale richtlijnen volgt als België, voorziet in een gratis vaccinatie tot 21 jaar. De relatieve waarde van de leeftijdsgrenzen die uit deze ver-

schillen blijkt, versterkt alleen maar de notie van het gevaar dat ze in zich houden om bepaalde groepen onterecht buiten beschouwing te laten.

Zo komen we alvast tot een eerste niet te verhullen kenmerk: het immanente risico dat de gekozen leeftijdsgrens helemaal niet optimaal is en dus in mindere of meerdere mate willekeurig aandoet.

Screening laat toe vroegtijdig borstkankers bij vrouwen op te sporen: hoe vlugger ontdekt, hoe groter de kans op volledige genezing.

Onderzoek van de borsten gebeurt in eerste instantie best regelmatig door de vrouw zelf, maar een controle door de huisarts wordt aangeraden. De leeftijdsgrens voor een gratis *screening* (mammografie) is in België in overeenstemming met de Europese aanbevelingen terzake en kan om de twee jaar voor vrouwen tussen 50 en 69 jaar. Vrouwen jonger dan 50 of ouder dan 69 moeten dus betalen. In Nederland loopt de *screening* verder tot 75 jaar. Het optreden van borstkanker stopt nu eenmaal niet op 69 jaar. Ook hier kan de leeftijdsgrens dus op zijn minst suboptimaal worden genoemd. Dat neemt niet weg dat het aanspreken van bepaalde leeftijdsgroepen beslist ook nuttig is. Gezondheidseconomisch is de geïndiceerde leeftijdsgroep de meest geschikte, ook al zijn er natuurlijk vrouwen van dertig of van tachtig die borstkanker krijgen. Ook psychologisch kunnen dergelijke onderzoeken onnodig belastend zijn, daar foutieve resultaten niet altijd te vermijden zijn en er bepaalde ingrepen gebeuren die niets opleveren. Ten slotte kan men niet omheen de meerkost die een algemeen bevolkingsonderzoek met zich mee zou brengen.

Maar de omgekeerde redenering moet evenzeer aan het denken zetten. Bij verschillende preventieve zorgbehandelingen worden helemaal geen leeftijdscriteria

gesteld, terwijl dat in bepaalde gevallen aanbevelenswaardig kan zijn. Zo zou er, volgens experts, voor baarmoederhalskanker duidelijk sprake zijn van *overscreening*, wat natuurlijk soms onverantwoorde budgettaire gevolgen heeft. Het nemen van uitstrijkjes voor de opsporing van deze vorm van kanker zou bijvoorbeeld kunnen beperkt worden door een bindende aanbeveling dit maar om de vijf jaar te doen bij vrouwen tussen 25 en 65 jaar. Ook

voor andere *screening*testen (prostaat, cholesterol, *check up* ...) bestaan geen dwingende, in de nomenclatuur vertaalde richtlijnen over hoe en hoe vaak ze best plaatshebben. Terwijl men dus bij sommige preventie-acties kan twifelen aan het al dan niet gerechtvaardigd zijn van de gehanteerde leeftijdsgrenzen, kan men bij andere terecht de vraag stellen of het niet opportuun zou zijn ze meer aan banden te leggen.

Curatieve gezondheidszorg

Nomenclatuur⁽⁴⁾

Ten aanzien van de lijst van de door de verplichte ziekteverzekering terugbetaalde zorgverstrekingen is eveneens, en ook hier met de nodige reserve, een aantal bemerkingen te maken bij het hanteren van leeftijdsgrenzen. De verstrekingen die zijn opgenomen in de nomenclatuur en aan een bepaalde leeftijd of leeftijdsgroep werden gekoppeld, hebben uiteraard een zekere medische, gezondheidseconomische of budgettaire verantwoording. Toch zijn sommige leeftijdsvermeldingen vatbaar voor kritiek omwille van hun rigiditeit, hun willekeurig karakter, hun selectiviteit... Enkele voorbeelden kunnen volstaan om tot markante conclusies te komen.

Filip Van Overmeiren

De sector van de preventieve gezondheidszorg hanteert vaak leeftijdsgrenzen.

”

Onder de door de ziekteverzekering terugbetaalde verstrekingen vinden we de orthesen, prothesen en orthopedische toestellen (loopschoenen, orthopedische zolen, rolstoelen...). Nemen we het voorbeeld van orthopedische schoenen. Het spreekt voor zich dat die geregeld moeten vervangen worden. Omwille daarvan werden in de nomenclatuur hernieuwingstermijnen ingeschreven; er werd dus

bepaald wanneer de rechthebbenden nieuwe schoenen kunnen hebben. Deze termijnen worden langer naarmate de leeftijd van betrokkene toeneemt. Ze worden dus bepaald in functie van leeftijd en die heeft men gekoppeld aan wat men een stereotiep beeld van de betrokken leeftijdsgroep kan noemen. Men gaat uit van het principe: hoe jonger, hoe mobieler en daartegenover heeft men een sedentair beeld van oudere mensen. Men maakt hier met andere woorden gebruik van de grootste gemene deler en laat de individuele situaties ongemoeid. Deze leeftijdsgrenzen kunnen regelrecht indruisen tegen de werkelijkheid als men weet dat ook ouderen de dag van vandaag meer belang hechten aan beweging en soms actiever door het leven gaan dan jonge(re) mensen. Omgekeerd is het natuurlijk ook best mogelijk dat, maataanpassingen terzijde gelaten, jonge mensen helemaal geen behoefte hebben aan de ingeschreven hernieuwing. De in het leven geroepen leeftijdsgroepen zijn eigenlijk alleen te rechtvaardigen vanuit een algemene, oppervlakkige benadering en niet vanuit de concrete situatie van de rechthebbende in kwestie. Daarom zou het bijvoorbeeld beter zijn, mocht men de beslissingen niet meer laten afhangen van termijnen en ze laten nemen op basis van individuele behoefte. Een toetsing bij elke vraag om hernieuwing zou een geschikt middel kunnen zijn om de concrete situatie te beoordelen. De benadering vanuit leeftijdsgroepen en het gebruik van hernieuwingstermijnen is achterhaald. De huidige maatschappij is er een van meer geëmancipeerde jongeren, volwassenen en ouderen die niet zo eenvoudig in mooi af te lijnen categorieën zijn onder te brengen. De hokjes-

maatschappij bestaat niet meer. Het blijft uiteraard de vraag of men in een meer individuele aanpak van dergelijke gevallen wil investeren, vooral gelet op de niet te stoppen informatisering en automatisering. Zo kan men bij het aflopen van de hernieuwingstermijn de persoon in kwestie volledig automatisch verwittigen dat hij recht heeft op de vernieuwing. Zo'n aanpak is veel goedkoper, minder tijdrovend en administratief eenvoudiger dan een individuele toetsing bij heraanvraag.

In de nomenclatuur wordt men *sowieso* geconfronteerd met bevoorrechte leeftijdsgroepen bij bepaalde soorten verstrekkingen. Zo vallen de bepalingen inzake tandzorg zeer voordelig uit voor kinderen. Men moet immers de rechthebbenden zo vroeg mogelijk kunnen bereiken, wil men effecten op lange termijn bewerkstelligen. Men kan zich hierbij afvragen waarom tandzorg op latere leeftijd plots onbelangrijk zou worden. Niettemin tonen de leeftijdsegmenten hier hun nut. Het signaal vanuit de nomenclatuur hangt onvermijdelijk vast aan het preventieve aspect van sensibilisering van de meest kwetsbare leeftijdsgroep voor problemen zoals tandbederf. Daartegenover vindt men bij de verzekeringstegemoetkomingen op zijn minst patiëntonvriendelijke leeftijdsgrenzen voor wat tandprothesen betreft. De terugbetaling geldt immers enkel voor rechthebbenden boven de vijftig en, in sommige gevallen, boven de zestig jaar. Dergelijke bepalingen hebben als het ware een stigmatiserend effect op diegenen die onder deze grenzen zitten en evenzeer zo'n prothese nodig hebben. Men gaat er als het ware van uit dat

Filip Van Overmeiren

Leeftijd als maatstaf is vaak te ruw om toe te passen op de heterogene verzameling ouderen in onze maatschappij.

”

deze nood onbestaande is bij jongeren en volwassenen. Eens te meer wordt dus wars van de individuele situatie van de patiënt tegemoetgekomen in de kosten. De selectiviteit en de rigide criteria van deze bepalingen, die zich dus enkel tot ouderen richten, geven de nomenclatuur een gedateerd karakter en een herziening ervan zou wenselijk zijn. Budgettaire factoren spelen hier echter opnieuw een doorslaggevende rol.

Een belangrijke en budgettair gevoelige sector is die van de geneesmiddelen. Het LBL heeft aangetoond dat ouderen en kinderen vaak worden uitgesloten van geneesmiddelenonderzoek. Farmaceutische firma's doen daarvoor het meest een beroep op gezonde volwassen mannen en vrouwen. Dit kan natuurlijk nefaste gevolgen hebben met betrekking tot het voorschrijfgedrag van artsen en het optreden van nevenwerkingen bij het gebruik van de medicamenten. Ouderen en kinderen kunnen er immers in sommige gevallen anders op reageren dan de doorsnee volwassene. Meer dan de helft van alle geneesmiddelen zou niet onderzocht zijn bij kinderen⁽⁶⁾. Daardoor valt het niet uit te sluiten dat ze niet goed werken of dat ze onvoorzienbare bijwerkingen veroorzaken. Geneesmiddelengebruik blijft een heikele kwestie en onwetendheid over de effecten van medicijnen zorgt voor ongewenste omstandigheden.

Uit een recente Nederlands-Britse studie is gebleken dat de leeftijdsgrenzen in de cholesterolrichtlijn achterhaald zijn. Daarin wordt bepaald dat artsen aan mannen boven de zeventig en aan vrouwen boven de 75 jaar geen statines meer dienen voor te schrijven.

De reden hiervoor dient gezocht in het feit dat er geen gegevens waren over effecten van behandeling op hoge leeftijd en dat de behandeling enkele jaren moet duren vooraleer zij effectief is. Uit het onderzoek, waarbij oudere mensen drie jaar lang werden gevolgd, bleek echter dat statines de kans op een hartaanval aanzienlijk doen dalen en dat ze geen gevaar inhouden voor een beroerte of het zich ontwikkelen van dementie. Ze blijken dus net zo effectief te zijn bij zeventigplussers als bij mensen van middelbare leeftijd, waardoor kwam vast te staan dat de opgenomen leeftijdsgrenzen voorbarig en onjuist waren.

Filip Van Overmeiren

Doorgaans veronderstelt men een lineair verband tussen de toenemende vraag naar gezondheidszorg en leeftijd. Uit een analyse blijkt dat dit niet het geval is.

”

Een tweede voorbeeld heeft betrekking op de mogelijkheid van de arts tot het voorschrijven van bepaalde geneesmiddelen, afhankelijk van de leeftijd van de patiënt. Medicamenten worden in België onderverdeeld in verschillende categorieën. 'Hoofdstuk I-geneesmiddelen' kan de arts vrij voorschrijven. Bijkomende controle is niet noodzakelijk. 'Hoofdstuk IV-geneesmiddelen' krijgen echter een officiële indicatie mee, waardoor de geneesheer ze enkel mag voorschrijven als aan de gestelde voorwaarden voldaan is. Hij wordt daarop gecontroleerd door de adviserend geneesheer van het ziekenfonds. Als deze indicaties werden ingesteld op basis van onderzoek dat niet bij kinderen onder de twaalf jaar is gevoerd, wordt bijvoorbeeld gezegd dat het geneesmiddel pas wordt terugbetaald als het kind twaalf jaar of ouder is. De arts noch de adviserend geneesheer kunnen hiervan afwijken. Het is natuurlijk niet uit te sluiten dat deze producten ook van groot nut kunnen zijn voor kinderen jonger dan twaalf.

Een mogelijke oplossing ligt bij een beroep op het Bijzonder Solidariteitsfonds (BSF), dat niet gebonden is aan de vooropgestelde voorwaarden. Keerzijde van de medaille is echter dat, als men via deze weg niet op kinderen onderzochte geneesmiddelen aan kinderen verschaft, men zich op glad ijs begeeft. Er kunnen immers mogelijke nevenwerkingen ontstaan en zo de medische aansprakelijkheid in het spel brengen. Ook wordt hiermee de trend versterkt om van het BSF een 'Innovatiefonds' te maken. Daardoor wijkt men verder af van het wettelijk kader dat bepaalt dat het BSF enkel in uitzonderlijke gevallen, die aan strikte criteria moeten voldoen, kan ingeschakeld worden. Het ontwijken van leeftijdsriteria voor kinderen via het BSF is dus in principe uitgesloten voor courante zorg.

Binnen de regeling van het BSF is onder minister Vandenbroucke een sympathieke, maar niet vanuit alle opzichten te rechtvaardigen vernieuwing ingevoerd. Het is voortaan mogelijk om een aantal niet door de ziekteverzekering terugbetaalde medische kosten terug te betalen aan chronisch zieke kinderen onder de zestien jaar en voor zover ze minstens 650 euro bedragen ('BSF- bis'). Deze nieuwe regeling kwam er op vraag van verenigingen van kanker- en nierdialysepatiënten. Goed bedoeld, maar regelrecht indruisend tegen het algemeen opzet van het BSF als allerlaatste vangnet voor uitzonderlijke gevallen. Bovendien botst men hier opnieuw op een leeftijdsgrens die voor sommige mensen misschien moeilijk te slikken valt. Met de nodige nuchterheid moet men zich afvragen waarom een kind onder de zestien met kanker meer recht heeft op een betere terugbetalingsrege-

ling dan bijvoorbeeld een volwassene van vijfenveertig of, nog scherper gesteld, een jongere van twintig. En wat met iemand die, bijvoorbeeld, 625 euro aan kosten heeft? Wat met ouders van kinderen die grote kosten hebben (na een verkeersongeval bijvoorbeeld), maar niet onder de regeling vallen? Dergelijke situaties zijn natuurlijk het onvermijdelijke gevolg van een te grote selectiviteit en *ad hoc*-maatregelen. Een oplossing hiervoor ligt zonder twijfel in het opentrekken van het pakket in de verplichte ziekteverzekering en, daarmee samengaand, een vernauwing van de mogelijkheden tot beroep op het BSF.

Medische beslissingen door zorgverstrekkers

Not To Be Reanimated (NTBR): deze vermelding kan voorkomen bij de naam van een patiënt en staat voor een zware beslissing die zorgverstrekkers moeten nemen. Bedoeld

wordt dat ze beslist hebben de dagelijkse zorg voor de patiënt gewoon te laten verderlopen, maar bij levensbedreigende gebeurtenissen geen extra inspanningen meer te doen om diens leven te redden. Deze vorm van 'passieve euthanasie' komt minder in de actualiteit dan de

actieve variant, maar is een reëel gegeven. En de leeftijd van de patiënt wordt in dergelijke gevallen naar alle waarschijnlijkheid in rekening genomen. Dit maar om een aanzet te geven voor een aantal bedenkingen bij het omgaan met leeftijd in de praktijk.

Wijl een overzicht van de nomenclatuur een veeleer theoretische behandeling vergt, is het anders gesteld met de situatie op het terrein. Die is zeer moeilijk in te schatten. Zorgverstrekkers zullen er niet mee te koop

Filip Van Overmeiren

De nomenclatuur heeft vaak een achterhaald karakter en is op sommige punten aan herziening toe.

”

lopen als zij sommige van hun belangrijke medische beslissingen laten afhangen van de leeftijd van de patiënt. Het is een, zonder een gedegen onderzoek ter plaatse, moeilijk te benaderen kwestie die onvermijdelijk leidt tot zware ethische discussies. Om dit te vermijden, hierbij een beknopte schets van enkele kenmerkende situaties.

Bij de zorgverstrekkers ontstaat altijd een zekere spontane, ongeschreven hiërarchie ten aanzien van de patiënten. Men moet immers steeds uitgaan van een schaarste aan middelen voor de gezondheidszorg en dit brengt bepaalde keuzen met zich mee. Risicovolle medische ingrepen hebben over het algemeen een grotere slaagkans bij jongere patiënten dan bij oudere. En vermits eerstgenoemden wellicht langer zullen kunnen genieten van de ingreep in kwestie, mag men veronderstellen dat de aandacht van gezondheidswerkers veeleer naar hen zal uitgaan. Ook hier moet men uitkijken voor een al te veralgemeend beeld. In sommige gevallen, zo blijkt uit Nederlands onderzoek, worden oudere patiënten van bepaalde zorgverstrekking verstoken, terwijl die van even veel nut kan zijn als bij jongere mensen. Weerom is er dus de nood om elk geval afzonderlijk te onderzoeken.

Duitse vorsers kwamen tot de bevinding dat de oudste ouderen minder dure gezondheidszorg krijgen. Voor hun berekeningen maakten ze gebruik van de gegevens van de grootste Duitse zorgverzekeraar over behandelingen in het ziekenhuis. Vaststelling is dat het gemaakte onderscheid volgens leeftijd ontstaat op het ogenblik dat er medische beslissingen worden genomen. Leeftijd zou een erg belangrijke rol spelen omdat het in de meeste gevallen een uitermate zichtbaar kenmerk is. Bovendien, aldus de onderzoekers, is het

gebrek aan kennis over de effecten van behandelingen bij oudere mensen een belangrijke factor in de zorg voor ouderen, waardoor - soms onterecht - risicovolle behandelingen bij deze groep veeleer gemeden zullen worden. Ten slotte wordt het fenomeen ook verklaard door de keuze van zorgverstrekkers om de beschikbare middelen bij voorkeur aan jongere patiënten te besteden, omdat dit meer gezondheidswinst oplevert in aantal levensjaren. Doorgaans veronderstelt men ook een lineair verband tussen de toenemende vraag naar gezondheidszorg en leeftijd. Uit een analyse blijkt echter dat dit niet het geval is. De verhoging van de kosten heeft meer te maken met de resterende leeftijd (nabijheid van de dood) dan met de chronologische leeftijd. De slotconclusie vermeldt dat deze vorm van leeftijdsdiscriminatie vaker voorkomt in Europese welvaartslanden dan in de Verenigde Staten, waardoor dit ook in België een discussiepunt zou kunnen worden.

Tot nu toe krijgen mensen boven de 75 jaar met *angina pectoris* (pijn in de borststreek als gevolg van het dichtslibben van de kransslagader) haast altijd uitsluitend medicamenten. Volgens vrij recent onderzoek zouden echter ook 75- tot 90-jarigen gebaat zijn met een dotterbehandeling of een openhartoperatie, wat bovendien de kosten van geneesmiddelengebruik achteraf kan verminderen. Ander onderzoek toonde aan dat er een verband is tussen de keuze voor een keizersnede en de leeftijd van de vrouw in kwestie. Volgens de auteurs dient de verklaring hiervoor gezocht bij de (onuitgesproken) voorkeur van de dokters en de zwangere vrouwen. De kans op complicaties bij oudere zwangere vrouwen kan ertoe leiden dat men, uit gemakzucht of uit een zekere angst, te dikwijls kiest voor een dergelijke ingreep. De factor leeftijd heeft bij zwangere vrouwen in de meeste gevallen

overbehandeling tot gevolg, wat ook de nodige risico's en budgettaire implicaties met zich meebrengt.

Tot slot kan nog gewezen worden op de - wettelijke - leeftijdsbeperkingen ten aanzien van bloeddonaties. In België kan men bloed geven als men tussen 18 en 65 jaar is. De achterliggende bedoeling is de donors een maximale veiligheid te bieden. Naarmate men ouder wordt, vergt het herstel na de bloedgift wat meer tijd. Het bloedvatenstelsel wordt minder elastisch, de bloedvormende activiteit in het beenmerg vertraagt. Deze fysiologische veroudering verloopt echter erg individueel en is medisch moeilijk af te lijnen. De idee dat de gezondheidsproblemen toenemen met het ouder worden, is eveneens niet altijd te verdedigen. Voor de bevolking als geheel is dat natuurlijk waar, maar daarom niet voor individuen. Ook hier ziet men dat de veralgemening als zouden ouderen per definitie zwakker en minder gezond zijn, in de reglementering is binnengeslopen. Veel mensen van 65 jaar en ouder verkeren immers in goede gezondheid en zijn nog perfect in staat om bloed te geven. De beperkingen lijken helemaal onlogisch als het gaat om een bloeddonatie voor een transfusie met eigen bloed (autologe bloeddonatie). Mensen omwille van hun leeftijd verbieden zichzelf bloed te geven, leidt voor betrokkenen immers tot bijkomende medische risico's, gezien de - noodgedwongen - transfusie met bloed van een andere donor (homologe bloedtransfusie).

BESLUIT

Het hoeft geen betoog dat leeftijd geen gemakkelijk beleidscriterium is. Het komt

Filip Van Overmeiren

Ouderen en kinderen worden vaak uitgesloten van geneesmiddelenonderzoek.

”

voor zowel op macroniveau (wetgeving en regulering) als op meso- (protocols in ziekenhuizen) en microniveau (relatie arts-patiënt). Als beleidsmakers het gebruiken, moet het goed beargumenteerd worden vooraleer men het kan toepassen. In

Nederland heeft men de discriminatiegrond 'leeftijd' uit de Algemene Wet Gelijke Behandeling gehouden wegens te moeilijk om mee om te springen. In België werd hij wel in de anti-discriminatiewet opgenomen. Men ging er van uit dat men in het gehanteerde - en hierboven al toegelichte - 'open systeem' weinig moeilijkheden zou ervaren doordat elke vorm van discriminatie mogelijks kan gerechtvaardigd worden. Als we nu de besproken leeftijdsgrenzen in de Belgische gezondheidsregelgeving in het algemeen toetsen aan onze anti-discriminatiewet, komen we terug bij onze beginvraag. Kan onze gezondheidszorg deze oefening zonder kleerscheuren doorstaan? Men kan aannemen van wel. Uit een studie in opdracht van de Raad van Europa is gebleken dat leeftijdsgrenzen in de gezondheidsregelgeving die ouderen de toegang tot zorgvoorzieningen verhinderen, in Europa virtueel niet bestaan. Punten van kritiek in de studie waren bevolkingsonderzoeken (*cf. borstkankerscreening*), het gebrek aan kennis van effecten van behandelingen en geneesmiddelen op ouderen, leeftijd als criterium voor een plaats op wachtlijsten voor zorg en het gebrek aan chronische zorgvoorzieningen.

Sommige maatregelen en bepalingen in de zorgsector kunnen als discriminerend worden omschreven. Men bevoordeelt of benadeelt bepaalde leeftijdscategorieën, waardoor anderen in dezelfde situatie uit de boot val-

len. Dat lijkt op discriminatie. Maar in het open systeem kan zo'n handelwijze gerechtvaardigd worden indien men daarvoor een correcte rechtvaardigingsgrond aanhaalt. Zeggen een doelstelling na te streven, is echter onvoldoende. Bij een dergelijke rechtvaardigingstoets wordt van de maatregel of bepaling ook geëist dat ze noodzakelijk is om het beoogde doel te bereiken, dat ze pertinent en proportioneel is. Volgens de pertinentievereiste moeten ze dus ook effectief zijn om het beoogde doel te bereiken. Als men zou discrimineren met een bepaald doel voor ogen, dat men uiteindelijk niet bereikt, is de discriminatie *sowieso* niet geoorloofd. De proportionaliteitsvereiste impliceert dat de maatregel of bepaling evenredig moet zijn aan het beoogde doel, of "men mag niet méér discrimineren dan nodig is om het doel te bereiken". Kan men met een minder ingrijpende maatregel tot hetzelfde resultaat komen, zal de rechtvaardigingspoging eveneens mislukken.

De leeftijdsgrenzen in de gezondheidszorg zijn geenszins puur discriminatoire maatregelen. Achter elke bepaling of maatregel schuilt een legitieme en verantwoorde redenering. De meeste zijn duidelijk ingegeven door terechte medische, wetenschappelijke, ethische, gezondheidseconomische, budgettaire... redenen. De pertinentie en noodzakelijkheid van deze bepalingen om het nagestreefde doel te bereiken, zullen hoogstwaarschijnlijk in de meeste gevallen evenmin problemen opleveren. Maar zouden de maatregelen wel steeds de proportionaliteitstoets doorstaan? De verschillende hierboven aangehaalde leeftijdsgrenzen bleken meestal niet optimaal en soms te rigide te zijn en weinig rekening te

houden met individuele gevallen... Zijn ze niet strikter dan nodig om hun doel te bereiken? Nemen we de leeftijdsgrens voor borstkankeonderzoek. Die werd ingesteld om de vrouwen met het meeste risico te bereiken en diegenen die daarbuiten vallen uit te sluiten, dit om budgettaire redenen. Het feit dat de leeftijdsgrens in Nederland hoger ligt, toont aan dat de discriminatie van de aldus uitgesloten leeftijdsgroepen te streng zou kunnen zijn en dus niet proportioneel. Tal van voorbeelden van dergelijke suboptimale leeftijdsgrenzen (te algemeen, te oppervlakkig, rigide, achterhaald, willekeurig...) zouden tot dezelfde conclusie kunnen leiden.

Filip Van Overmeiren

Zijn de leeftijdsgrenzen in de gezondheidszorg niet strikter dan nodig om hun doel te bereiken?

”

Uitmaken of een maatregel al dan niet discriminerend is, blijft een moeilijke afweging. Leeftijdsgrenzen hebben inherent voordelige en nadelige eigenschappen. Enige omzichtigheid is derhalve geboden bij het linken van leeftijdsgrenzen aan discriminatie. Opmerkingen als 'potentieel discriminerend', 'mogelijks negatieve effecten', 'niet optimaal', 'te rigide', 'arbitrair overkomend' duiden aan dat er geen sprake is van exuberante situaties. Meestal moet men zich beperken tot voorzichtige, met het nodige voorbehoud geformuleerde kritieken. Vooreerst zijn leeftijdsgrenzen soms in het nadeel en soms in het voordeel van ouderen. Men kan zeker niet zeggen dat ze stevast in het nadeel spelen van ouderen. De maatschappelijke aanvaardbaarheid van de meeste ervan is daarenboven vrij algemeen. Leeftijdsgrenzen kunnen immers nuttige en zelfs noodzakelijke beleidscriteria zijn. Ze kunnen vaak voordelig zijn voor zwakkere groepen, precies omdat ze veelal hún bescherming beogen. Daarnaast is leeftijd nu

eenmaal een makkelijk te hanteren, objectief en eenvoudig na te trekken criterium. Op die manier is een leeftijdscriterium zelfs dienstbaar voor gelijkheid en rechtszekerheid: men weet waaraan zich te verwachten eenmaal men een bepaalde leeftijd heeft bereikt. Leeftijdsgrenzen kunnen een eenvoudig alternatief vormen voor individuele onderzoeken, tests en dure en zenuwslopende administratieve procedures. In de gezondheidszorg in het bijzonder kunnen ze budgettair voordelig zijn. Men moet uitgaan van een schaarste aan middelen, en leeftijdsgrenzen laten toe op een eenvoudige manier duidelijke keuzen te maken. Keuzen die nu eenmaal noodzakelijk en onvermijdelijk zijn.

De schaduwzijde is in dit artikel al duidelijk naar voren gekomen. Leeftijdsgrenzen houden het gevaar in bepaalde materies veel te algemeen te benaderen, zonder oog te hebben voor concrete individuele situaties. Ze zijn immers 'blind' en houden geen rekening met persoonlijke mogelijkheden, voorkeuren of behoeften. Leeftijd als maatstaf is dus vaak te ruw om toe te passen op de heterogene verzameling ouderen in onze maatschappij. Daardoor kunnen ouderen beknot worden in hun keuzen, waardoor goedbedoelde maatregelen veeleer tot hun uitsluiting dan tot integratie leiden. Ook al aangehaald, is het ongewilde effect ouderen te bestempelen als zorgbehoevend, afhankelijk, nutteloos, passief... De criteria zijn dikwijls arbitrair want men wordt niet van de ene op de andere dag 'oud' in de negatieve betekenis van het woord. Vertrekend van het individu zijn ze vaak zeer moeilijk te verdedigen en leiden ze tot onbevredigende resultaten. Een vergaand onderscheid creëren tussen, bijvoorbeeld, iemand van negenenvijftig en iemand van zestig is niet altijd een voor de hand liggende maatregel...

Als men de pro's en contra's van de bestudeerde leeftijdsgrenzen in de gezondheidssector op een rijtje zet, moet men besluiten dat leeftijdsdiscriminatie er geen al te groot probleem vormt en dat leeftijd vaak als sociaal aanvaardbaar beleidscriterium kan fungeren. De geformuleerde kritieken wijzen er echter evenzeer op dat met de problematiek terdege rekening dient gehouden.

Farmaceutische firma's moeten meer onderzoek doen naar de effecten van geneesmiddelen op ouderen en kinderen. Het blijft merkwaardig dat deze onderzoeken grotendeels gebeuren met doorsnee gezonde volwassen mensen. De vrees van of de onmogelijkheid voor artsen om bepaalde medicamenten voor te schrijven aan ouderen of kinderen, is een probleem en moet de zorg uitmaken van beleidsmakers.

De nomenclatuur heeft vaak een achterhaald karakter en is op sommige punten aan herziening toe. In de huidige maatschappij moet men de stereotypering van 'ouderen' vermijden en ook het beleid dient daaraan aangepast. Bepaalde omstandigheden meer *in concreto* gaan evalueren, kan al een stap in de goede richting zijn, al moet men daarin willen investeren. Ook de leeftijdsgrenzen voor bevolkingsonderzoeken zoals borstkanker *screening* dienen wellicht opnieuw bekeken. Ten slotte wordt het dringend de nadruk te verleggen van acute naar chronische zorg. Rustoorden voor bejaarden, rust- en verzorgingstehuizen, revalidatiecentra... worden bedreigd met een tekort aan voorzieningen, gezien de langere gemiddelde levensverwachting van mannen en vrouwen. Hierdoor zal hoogstwaarschijnlijk ook de nood aan chronische zorg toenemen. Uit de Belgische Gezondheidsenquête van 2001 blijkt dat, zowel bij mannen als bij vrouwen, het gemiddeld aantal ziekten of chronische aandoenin-

gen sterk stijgt met de leeftijd. Waar het gemiddeld aantal ziekten in de leeftijdsgroep 0-14 jaar 0,3 bedraagt, stijgt dit over 1,6 voor 45-54-jarigen tot 3,0 voor 75-plussers. Eens ouder dan 65 heeft meer dan de helft van de bevolking minstens twee aandoeningen, vooral problemen met het bewegingsstelsel en hart- en vaatziekten. Hoewel de nodige medische technieken bestaan waardoor de leeftijdsverwachting hoger wordt (een positieve trend), dient terdege rekening gehouden met het eruit voortvloeiend effect: méér mensen met een chronische aandoening. Een denkoefening die versneld zal moeten gebeuren.

Met de vergrijzing is een aangepast 'ouderensbeleid' geen overbodige luxe, maar een *conditio sine qua non* om kwalitatieve zorg te verzekeren. Mensen leven langer (gemiddelde levensverwachting ligt rond tachtig jaar) en leven langer gezond. Men moet er een punt van maken dat ouderen niet in een bepaalde hoek worden gedruimd als gevolg van maatregelen, aanvankelijk bedoeld om hen te beschermen, maar die veeleer hun uitsluiting

in de hand werken. Het komt er op aan een evenwicht te vinden tussen een goede verdeling van de uitgaven en het waarborgen van een kwaliteitsvol beleid voor de mensen die, alleen al omwille van hun onschatbare werken levenservaring en hun hoge beschikbaarheid, onze maatschappij een grote meerwaarde opleveren.

BRONNEN

<http://www.seniornet.be>
<http://www.azvub.be>
<http://www.leeftijd.nl>
<http://www.adbhaarlem.nl>
<http://krant.telegraaf.nl>
<http://www.coe.int>
<http://www.bl.rodekruis.be>
<http://www.kbg.be>
<http://www.leeftijdsdiscriminatie.nl>
<http://www.ouderenarbeid.nl>
<http://www.health.fgov.be>
<http://www.cm.be>
<http://www.vandenbroucke.fgov.be>

(1) Van directe discriminatie is volgens de anti-discriminatiewet sprake "indien een verschil in behandeling dat niet objectief en redelijkerwijze wordt gerechtvaardigd, rechtstreeks gebaseerd is op [...] leeftijd."

(2) Er is sprake van indirecte discriminatie "wanneer een ogenschijnlijk neutrale bepaling, maatstaf of handelwijze als dusdanig een schadelijke weerslag heeft op personen op wie één van de discriminatiegronden van toepassing is, tenzij die bepaling, maatstaf of handelwijze objectief en redelijkerwijze wordt gerechtvaardigd."

(3) Met dank aan dokter Callens, medische directie LCM.

(4) Met dank aan dokter Debbaut, medische directie LCM.

(5) De Europese Commissie wil voor het verkrijgen van de registratie van nieuwe geneesmiddelen het onderzoek bij kinderen verplichten, tenzij het om producten gaat die kinderen sowieso niet zullen gebruiken. De Commissie wil bovendien een onafhankelijk fonds oprichten om onderzoek bij kinderen mogelijk te maken en een centrale databank opzetten om de informatie over geneesmiddelengebruik bij kinderen te registreren.