

De gezondheidszorg gaat iedereen aan, en mede daardoor gaat het er soms heftig aan toe in debatten over wat wel of niet medisch nodig zou zijn. Zie bijvoorbeeld de maatschappelijke reacties op de inenting van jonge meisjes tegen baarmoederhalskanker. De discussie wordt vaak in zwart-wit termen gevoerd, maar de werkelijkheid is – zoals vaker – complexer dan dat. In dit afsluitend artikel bieden twee deskundigen de noodzakelijke nuance op twee kwesties aan het begin en het eind van het leven.

door Laura Kaper

Nieuwe zorgen

Een genuanceerde blik op het begin en einde van het leven

Als we de grote golf van de vergrijzing het hoofd willen bieden, zullen we ingrijpende maatregelen moeten treffen in de zorg. Ongeacht het financiële vraagstuk zullen we echter ook een veel wezenlijker discussie moeten voeren over de rol van zorg in ons steeds langer wordende leven. Wat we nu onder zorg verstaan, en wat we in de toekomst onder zorg willen of zelfs ook maar kunnen verstaan is misschien wel niet hetzelfde. Misschien moeten we opnieuw vaststellen wat nodig is. Maar dan rijst de vraag: zijn we in staat goed te bezien wat nodig is, zijn we in staat de werkelijkheid te doorzien en ons daartoe op een adequate manier te verhouden?

In dit nummer zijn enkele prangende medisch-ethische kwesties uit drie verschillende levensfasen van de mens aan bod geweest: het begin,

midden en einde van het leven. Met name de eerste en de laatste fases omvatten twee thema's die op korte termijn een structurele maatschappelijke discussie verdienen: wel of niet thuis bevallen en wel of niet kiezen tussen jong en oud in de zorg.

Begin van het leven: de thuisbevalling

De relatief hoge perinatale sterfte – de sterfte van jonge baby's van 24 weken zwangerschap tot zeven dagen na de geboorte – in Nederland heeft het debat op scherp gezet over de vraag of het veiliger is om thuis te bevallen of juist in het ziekenhuis. De thuisbevalling is het domein van de verloskundige, de ziekenhuisbevalling vooral dat van de gynaecoloog. Met relatief slechte perinatale scores en een ons omringende wereld die nauwelijks verloskundigen en thuisbevallingen kent, wordt

één en één al gauw twee: het lijkt beter om in het ziekenhuis te bevallen. Maar doet dat recht aan de werkelijkheid? Eileen Hutton, hoogleraar *midwifery science* aan de Vrije Universiteit in Amsterdam: 'Het is een uitdaging. De Nederlandse cijfers verschillen niet zoveel van die van Canada, Schotland of Engeland, maar binnen de Europese Unie doet Nederland het slechter. Deels omdat Nederland ook de sterfte van vroeg- en zeer vroeggeborenen telt, waar andere landen dat niet doen. Een relatief goede registratie werkt dus nadelig. Ook speelt mee dat er in Nederland relatief veel meerlingen worden geboren'.

Hoewel dit de babysterfte in Nederland in perspectief plaatst, heeft alle aandacht gezorgd voor een context van angst rondom de bevalling. Het imago van gynaecologen, maar misschien nog wel meer dat van verloskundigen is daardoor geschaad. Binnenkort zal de landelijke vereniging van gynaecologen (NVOG) met een advies komen alle eerste bevallingen in het ziekenhuis te laten plaatsvinden. Hutton: 'Dit is echter op geen bewijs gebaseerd. Een vergelijkende studie van laag-risico thuisbevallingen met laag-risico bevallingen in het ziekenhuis, toonde geen verschillen in uitkomsten. Wat overigens niet betekent dat er geen verbetering mogelijk of nodig is in Nederland. Een goed onderzoek uit Rotterdam koppelt de baby-sterfte aan postcodes, en geeft aan dat de sterftcijfers in armere postcodegebieden op het niveau liggen van vóór 1960. De sociaal-economische status lijkt een direct verband te houden met slechtere perinatale uitkomsten, zoals verhoogde kans op vroeggeboorte.'

Volgens Hutton is er nog veel meer onderzoek nodig naar verloskunde: 'De Cochrane inventarisatie van *evidence based research* is niet voor niets met verloskunde begonnen. En binnen het beschikbare onderzoek speelt de verloskundige nog maar recent een rol.'

In landen waar de gynaecoloog de grote meerderheid van de bevallingen doet – zoals de VS – zien we dat de uitkomsten niet beter zijn. Met 35% keizersneden lopen vrouwen daar grote risico's zonder dat het betere uitkomsten oplevert voor de baby's. Hutton: 'In Noord-Amerika en het Verenigd Koninkrijk is de thuisbevalling al vroeg in de 20e eeuw verdwenen. In beide gevallen was dat gebaseerd op misinformatie over de uitkomsten van de

thuisbevalling en de zorg van de vroedvrouw. Als we dit mechanisme herkennen en het zien aankomen is het misschien nog niet te laat om nieuwe manieren van samenwerking te onderzoeken.' De best denkbare uitkomst is volgens Hutton dat de NVOG en de vereniging voor verloskundigen (KNOV) gezamenlijk optrekken om hun wederzijdse kwaliteit te verbeteren, in plaats van ieder afzonderlijk veel te riskeren.

'Sociale omstandigheden lijken belangrijk te zijn als het gaat om de sterfte van baby's. Het blijkt dat in armere postcodegebieden het sterftcijfer ligt op het niveau van voor 1960'

Einde van het leven: de paradox van de jongere oudere

Terwijl onze levensverwachting steeds verder richting de honderd beweegt, schuift de leeftijdsgrens van waaraf we maatschappelijk tot de 'ouderen' worden gerekend in tegengestelde richting steeds verder naar voren: door toedoen van de extreem vroege uittreding in de vroege jaren '80 (VUT), is de leeftijd waarop men als 'oud' geldt verlaagd van 65 naar 50+. Jan Baars, bijzonder hoogleraar interpretatieve gerontologie aan de universiteit van Humanistiek in Utrecht spreekt van de paradox van de jongere oudere. 'We hebben de neiging om ouder worden direct te koppelen aan zorg. Maar we kennen steeds meer een situatie waarin men gezond is terwijl men niet meer hoeft te werken. *Oud zijn* houdt dus niet meer in dat men niet meer voor zichzelf kan zorgen. We gaan daarin voorbij aan de werkelijkheid: zorg concentreert zich vooral in de laatste levensjaren, maar in de discussie lijkt die meteen aan te vangen, als de magische grens van de *ouderdom* wordt gepasseerd'.

‘We hebben de neiging om ouder worden direct te koppelen aan zorg. Maar we kennen steeds meer een situatie waarin men gezond is terwijl men niet meer hoeft te werken. *Oud zijn* houdt dus niet meer in dat men niet meer voor zichzelf kan zorgen. We gaan daarin voorbij aan de werkelijkheid’

Volgens Baars maken we hiermee een cruciale denkfout. We gaan er van uit dat mensen vanuit het domein van het werken vrijwel direct het domein van de zorg inwandelen. ‘Er is op dit punt een grote lacune in onze samenleving. We bevinden ons in een ongekende situatie die vroeger alleen was weggelegd voor de superrijken. Daar hebben we nooit over nagedacht. Wat we overslaan is hoe word je goed oud?’ Over jong-zijn hebben we veel meer ideeën. Sinds de jaren ’60 is er een jeugdcultuur ontstaan, die het goede leven gelijkstelde aan avontuur en consumeren; het ‘nieuwe’ is verbonden met jong zijn. Baars: ‘Als je tot de 50-plussers gaat behoren, word je al geacht je vertrek voor te bereiden. Daarmee ga je voorbij aan de waarde van de ervaring. Mijn meest interessante wetenschappelijke collega’s in de vs waren in de jaren ’70 en ’80. Alleen op jeugd georiënteerd zijn, brengt een verkwisting van talent met zich mee. In de vrije beroepen zijn er mensen die volop bloeien na hun 60e; hadden Mulisch of Haitink moeten stoppen toen ze 65 waren? Creativiteit houdt nooit op. Onderzoek naar productiviteit toont ook aan dat die niet afneemt, en dat de onderlinge verschillen tussen *oudere* medewerkers niet verschillen van die van andere leeftijdscategorieën.’

‘We moeten beginnen met het aan de orde stellen van dit fenomeen en het erover hebben. De spanningen die onze onwerkelijke benadering van

ouderdom met zich meebrengt zijn groot en werken naar twee kanten. Enerzijds zorgt ze ervoor dat de tijdsspanne waarin de *normale volwassene* alles moet doen – carrière, kinderen, opvoeden en pensioen opbouwen – steeds kleiner wordt. De druk die hiermee op deze groep ligt, is fenomenaal en leidt tot langdurige overbelasting die vaak resulteert in een burn-out. Anderzijds werkt zij in de hand dat een steeds groter wordende groep in goede gezondheid met al haar kwaliteiten en ervaringen aan de zijlijn staat. We moeten creatiever zijn, en functioneler en flexibeler omgaan met de pensioenleeftijd’. Flexibiliteit is volgens Baars hierbij cruciaal. ‘De overheid heeft de AOW-leeftijd weliswaar verhoogd naar 67, maar scheert daarmee iedereen wederom over één kam. Wie door wil werken, blijft in de marge en wie *op* is moet nog langer werken. Na de wereld van het werken is er dus voor een groep mensen een wereld van niets doen, zonder dat zij die zware belasting hebben gehad. En die groep wordt steeds groter. We moeten als maatschappij zorgen dat de verlengde levensduur een eigen waarde krijgt en een zinvolle invulling die de druk op het jong zijn verkleint en meer recht doet aan de waarde van ervaring. Onze creativiteit en flexibiliteit zijn hiervoor hard nodig’.

Laura Kaper is redacteur van *idee*.

Schuyer

Recht van de hond

‘Ik zou je willen vragen om, toch ook een beetje als opvolger van Jan Vis, de vaste columnist van *idee* te worden’. Deze uitnodiging van de hoofdredacteur van dit tijdschrift vind ik een eer en ‘een beetje opvolger van Jan Vis’ maakt dat ik bij deze eerste column ook Jan betrek. ‘Een mens is geen hond en heeft dus niet het recht op een zachte dood’, aldus Jan in een gesprek met mij over het politieke probleem van de euthanasie. Nooit heb ik het vraagstuk rondom euthanasie pregnanter onder woorden horen brengen.

‘U bent dus voor abortus en euthanasie?’ vraagt het journaal aan politici begerig; om vervolgens snel de grenzen van de ethiek op te zoeken in de hoop op die manier een aantrekkelijke uitzending te kunnen presenteren. ‘Nee, ik ben tegen abortus en euthanasie maar ik wil het wettelijk mogelijk maken en uit het strafrecht halen voor die situaties waar van nood sprake is’, zou steeds het antwoord moeten zijn van hen die er over hebben nagedacht.

D66 heeft een traditie hoog te houden in de debatten rondom medische ethiek. In het eerste paarse kabinet heeft Els Borst belangrijke stappen kunnen zetten en in een ver verleden heeft Anneke Goudsmit in de Tweede Kamer het vraagstuk rondom de abortus op de agenda

gezet en Elida Wessel dat van de euthanasie. Meer actueel is het debat rondom de stamcellen en de discussie inzake het afstaan van organen. Gaat men uit van het beslissingsrecht van mensen dan is het niet meer dan normaal de mensen zelf te vragen wat men wil in plaats van voor hen regels te stellen. Minder betutteling heet dat dan in politiek jargon.

De discussie rondom medische ethiek is nimmer een afgesloten discussie. Niet alleen omdat er steeds nieuwe ontwikkelingen in de medische wetenschap zullen zijn maar ook omdat geen verstandig mens er voor zal pleiten om er geen grenzen aan te stellen. Medisch-ethische vraagstukken zijn geen exclusief terrein van welke beroepsgroep ook. Het betreft in eerste instantie de persoonlijke levenssfeer van mensen. Dat betekent dat beslissingen ook aan mensen toebehoren.

Wat is dan de taak van de overheid? Allereerst, de regulering die nodig is om aan de wensen van mensen op dit terrein tegemoet te komen. Daarna is de taak van de overheid om ervoor te zorgen dat mensen die hulp willen verlenen (daar kan niemand toe worden verplicht, wel om aan te geven waar die hulp te vinden is) niet met het strafrecht in aanraking komen. Ten derde moet de overheid natuurlijk ook aangeven waar de grenzen liggen. De controle daarop kan overigens het beste worden gedaan door een daarvoor benoemde groep en niet door de overheid zelf. Dit op die manier regelen, is minder moeilijk dan het lijkt als de politiek maar een beperkt aantal uitgangspunten als richtlijn neemt: de beslissing van de mondige mens; de medische onmogelijkheid om bepaalde aandoeningen te genezen (dit zal steeds in beweging zijn); de bescherming van hen die niet tot eigen beslissingen in staat zijn.

Alles wat leeft, heeft een intrinsieke behoefte te blijven leven. Is dat niet meer het geval, dan is er iets bijzonders aan de hand. Als die gedachte leidend wordt, is het wellicht mogelijk het recht van de hond ook de mens te gunnen.

Eddy Schuyer