



december 2024

# LEEFTIJD IS MAAR EEN GETAL

Over leeftijdsdiscriminatie in de zorg

**GUPTA**  
**STRATEGISTS**



Edwards Lifesciences





# LEEFTIJD IS MAAR EEN GETAL

Over leeftijdsdiscriminatie in de zorg



# Voorwoord

# Alarmistisch ageism in de ouderenzorg

Als belangenbehartiger van ouderen zijn wij extra alert op het zogeheten ‘ageism’. Voor lezers die niet bekend zijn met deze term: dat is de negatieve wijze waarop naar ouderen wordt gekeken en waarnaar ook wordt gehandeld. Het Nederlandse woord leeftijdsdiscriminatie komt er het dichtstbij in de buurt. Twee voorbeelden: oudere werknemers zouden vaker ziek zijn waardoor het minder aantrekkelijk is om ze aan te nemen, en ouderen zijn een gevaar in de auto omdat ze meer ongelukken maken. Beide voorbeelden zijn feitelijk te weerleggen.

Uit voorliggend rapport van Gupta Strategists blijkt dat ageism ook in de gezondheidszorg regelmatig voorkomt. Het beeld dat mensen van boven de tachtig veelal kwetsbaar zijn is een feitelijke onjuistheid: een flinke meerderheid van de 80-plus-sers is helemaal niet kwetsbaar. Dat er vaak een leeftijdsgrens gehanteerd wordt waardoor mensen op enig moment niet meer in aanmerking komen voor preventieve onderzoeken (denk aan borstkanker of darmkanker) moet ter discussie gesteld worden. Dergelijke richtlijnen zijn jaren geleden ontwikkeld, en niet meer aangepast op de huidige leeftijdsontwikkeling. Hoog tijd om daar verandering in te brengen.

Uit het onderzoek, dat zich richt op onderdiagnose en/of onderbehandeling, blijkt dat tussen de 450.000 en 650.000 ouderen te maken krijgt met ageism in de gezondheidszorg. Dat is bijna één op de vijf ouderen! Dat wil zeggen dat bijvoorbeeld bepaalde symptomen zonder verder onderzoek worden toegeschreven aan veroudering in plaats van aan behandelbare ziekten. Dit heeft aanzienlijke impact op de gezondheidsresultaten in het algemeen, en op de kwaliteit van leven van oudere patiënten in het bijzonder. Wij pleiten ervoor dat er zo snel mogelijk actie wordt genomen op deze onacceptabele situatie. Ook ouderen moeten serieus genomen worden bij gezondheidsklachten en niet worden afgescheept met de zin ‘het heeft te maken met uw leeftijd’. Zeker niet als er nog vele jaren levenskwaliteit gewonnen wordt met de juiste diagnose en behandeling!

Anneke Sipkens

Directeur bestuurder ANBO-PCOB

# Inhoudsopgave

<b>Managementsamenvatting</b>	<b>8</b>
<b>Belangrijkste inzichten</b>	<b>9</b>
<b>HOOFDSTUK 1</b>	
<b>Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 We leven langer in goede gezondheid – en masse	12
1.2 De derde levensfase – het geschenk van de eeuw	13
1.3 Leeftijdscriminatie vormt een belangrijke barrière voor wie wil profiteren van de derde levensfase	15
1.4 Dit onderzoek richt zich op de gevolgen van leeftijdscriminatie binnen de gezondheidszorg	16
1.5 Doelstellingen van dit onderzoek	16
<b>HOOFDSTUK 2</b>	
<b>Leeftijdscriminatie binnen de gezondheidszorg</b>	<b>17</b>
2.1 Gevolgen van leeftijdscriminatie binnen de gezondheidszorg	18
2.2 Ouderdom staat niet gelijk aan kwetsbaarheid	19
2.3 Desondanks is leeftijd vaak nog een belangrijke variabele bij klinische besluitvorming	22
2.4 Er zijn drie manieren waarop leeftijdgerelateerde stereotypen leiden tot onderbenutting	23
<b>HOOFDSTUK 3</b>	
<b>Inschatting van de impact van onderbenutting van zorg als gevolg van leeftijdscriminatie</b>	<b>24</b>
3.1 Methodologie	25
3.2 Totale geschatte impact	26
3.3 Onderdiagnose	28
3.4 Onderbehandeling	28
3.5 Verminderde preventieve zorg of screening	29

## HOOFDSTUK 4

<b>Casestudie - aortaklepstenose</b>	<b>30</b>
4.1 Grondslag voor de casestudie	31
4.2 Achtergrond bij aortaklepstenose	31
4.3 Huidig behandellandschap in Nederland	33
4.4 Onderdiagnose als mogelijk verklarende factor voor onderbehandeling van AS	34
4.5 Leerpunten uit deze casestudy	35

## HOOFDSTUK 5

<b>Mitigatiestrategieën</b>	<b>36</b>
5.1 Inleiding	37
5.2 Beleidsaanbevelingen	37
5.3 Bewustmakingscampagnes	39
5.4 Onderwijs	33
5.5 Gericht onderzoek	40

<b>Conclusie</b>	<b>41</b>
6.1 Samenvatting van bevindingen	42
6.2 Aanbevelingen	42
6.3 Call to action	43

<b>Over dit rapport</b>	<b>44</b>
-------------------------	-----------

<b>Over Gupta Strategists en Edwards Lifesciences</b>	<b>46</b>
---	-----------

## BIJLAGE

<b>Overzicht van bewijs in de literatuur over onderdiagnose en onderbehandeling</b>	<b>47</b>
---	-----------

# Managementsamenvatting

De Nederlandse bevolking maakt een belangrijke demografische verschuiving door, waarbij naar verwachting het aantal inwoners van 65 jaar en ouder (momenteel ~3,5 miljoen mensen) de komende 20 jaar met ruim een miljoen zal toenemen. De geboekte vooruitgang in gezondheidszorg en leefomstandigheden betekent dat mensen die nu 65 jaar worden gemiddeld kunnen verwachten tot ruim na hun tachtigste levensjaar in goede gezondheid te leven. Daarmee ontstaat een derde levensfase, met voorheen ongekende mogelijkheden om te blijven deelnemen aan de samenleving.

Om ten volle te kunnen profiteren van deze demografische verschuiving, moeten maatschappelijke en beleidsperspectieven evolueren om de gezondheid, de betrokkenheid en het welzijn van oudere volwassenen te ondersteunen. Een belangrijk obstakel hierbij is het onder ogen zien en vervolgens overwinnen van “ageism” – stereotypering, vooroordelen en/of discriminatie op basis van leeftijd.

Deze studie onderzoekt de invloed van leeftijdsdiscriminatie op de zorgverlening. Daarbij wordt specifiek aandacht besteed aan onderdiagnose en onderbehandeling bij mensen van 65 jaar en ouder. De studie toont aan dat de impact van leeftijdsdiscriminatie omvangrijk is, en dat de Nederlandse gezondheidszorg voor aanzienlijke uitdagingen staat wat betreft het kunnen leveren van gelijkwaardige en effectieve zorg op alle leeftijden.

Dankzij de implementatie van gerichte beleidsveranderingen, bewustwordingscampagnes, onderwijsvormingen en meer inclusief onderzoek kan de gezondheidszorg de oudere bevolking beter ondersteunen en ervoor zorgen dat de extra levensjaren niet alleen langer, maar ook gezonder en waardevoller zijn. Deze studie onderstreept de urgentie van deze acties en dient als een call to action om de impact van leeftijdsdiscriminatie op de gezondheidszorg te verminderen.



## Belangrijkste inzichten

- **Omvang van de potentiële impact van leeftijdsdiscriminatie binnen de gezondheidszorg**
  - Net als binnen andere onderdelen van de samenleving is leeftijdsdiscriminatie ook in de gezondheidszorg wijdverbreid. We ontdekten bijvoorbeeld dat 62 van alle 519 formeel geregistreerde klinische richtlijnen aanbevelingen bevatten die stellen dat 'leeftijd' of 'ouder zijn' een variabele zou moeten zijn in diagnostiek- of behandelkeuzes. Dit weerspiegelt waarschijnlijk de dagelijkse klinische praktijk, waar percepties en oordelen bij zowel patiënten als zorgverleners kunnen leiden tot suboptimale zorg.
  - Leeftijdsdiscriminatie binnen de gezondheidszorg leidt tot ongepaste variaties in zorg, wat de resultaten op het gebied van gezondheid en kwaliteit van leven van oudere volwassenen aanzienlijk beïnvloedt. Uit deze studie komt naar voren dat 450-650.000 oudere patiënten (die 14-19% van deze demografische groep vertegenwoordigen) mogelijk worden getroffen door onderbenutting van zorg – wat maakt dat dit een kritiek probleem voor de volksgezondheid is.
  - We schatten dat onderbenutting van zorg leidt tot een verminderde bijdrage aan het BNP van 6-9 duizend euro per persoon per jaar, of 3-6 miljard euro voor Nederland in totaal.
  - Deze demografische groep is ook een belangrijke leverancier van informele zorg. We schatten dat onderbenutting van zorg in deze leeftijdsgroep leidt tot een reductie van 10-15 miljoen uur aan informeel zorgpotentieel – het equivalent van 6-9 duizend full-time werknemers.
- **Onderliggende oorzaken van onderbenutting van zorg als gevolg van leeftijdsdiscriminatie**
  - Het verkeerd toeschrijven van symptomen aan veroudering in plaats van aan een behandelbare ziekte (door patiënten of zorgverleners) leidt tot gemiste of uitgestelde diagnoses, wat de gezondheidsresultaten en kwaliteit van leven van oudere patiënten aanzienlijk beïnvloedt.
  - Misvattingen over kwetsbaarheid zijn een andere belangrijke oorzaak. Hoewel de prevalentie van kwetsbaarheid toeneemt met de leeftijd, zijn de meeste mensen, op elke leeftijd, niet medisch kwetsbaar. Het verkeerd inschatten van kwetsbaarheid kan leiden tot suboptimale zorg, waarbij niet-kwetsbare mensen nuttige interventies worden onthouden en kwetsbare mensen te agressieve behandelingen voorgeschreven krijgen. Een accurate beoordeling van kwetsbaarheid zorgt voor betere klinische besluitvorming, zodat de zorg wordt afgestemd op de daadwerkelijke gezondheidstoestand van de patiënt in plaats van aannames op basis van alleen leeftijd.
  - Als onderliggende oorzaken identificeerden we: beleid en toewijzing van middelen, barrières in bewustzijn en communicatie, onvoldoende training en ondervertegenwoordiging in klinische onderzoeken.
- **Voorbeeld: aortaklepstenose**
  - Een casestudy over aortaklepstenose, een belangrijk gezondheidsprobleem voor de oudere bevolking in Nederland, laat zien dat er ondanks de vooruitgang wat betreft behandel mogelijkheden nog altijd aanzienlijke hiaten bestaan in diagnostiek en behandeling.
  - Deze casestudy laat ook zien hoe moeilijk het is om op dit niveau in te zoomen – het bewijs voor onderbenutting van zorg is er, maar het is moeilijk om met het huidige gepubliceerde onderzoek onomstotelijk aan te tonen dat leeftijdsdiscriminatie een causale factor is voor deze effecten. Het zou heel interessant zijn om deze causaliteit in de toekomst verder te bestuderen.

- **Mitigatiestrategieën zouden zich moeten richten op het verminderen van het aantal mensen dat te maken krijgt met suboptimale zorg als gevolg van leeftijdsdiscriminatie**
  - **Beleidsaanbevelingen:** ontwikkel en implementeer leeftijdsneutraal zorgbeleid dat prioriteit geeft aan de klinische behoefte en potentiële voordelen boven leeftijd. Beleid moet zorgen voor voldoende middelen voor ouderenzorg, inclusief financiering voor capaciteitsverhogende innovaties. Het bevorderen van onderzoek naar nieuwe medische technologieën en behandelingen die de specifieke gezondheidsproblemen van ouderen aanpakken is cruciaal voor het stimuleren van vooruitgang in de ouderenzorg.
  - **Bewustwordingscampagnes:** lanceer initiatieven die gericht zijn op zowel zorgverleners als het bredere publiek om het belang van een gelijkwaardige gezondheidszorg voor ouderen te benadrukken en vooroordelen over leeftijd te verminderen. Educatieve campagnes kunnen informatie bieden over de waarde en bijdragen van oudere volwassenen, en een respectvollere en inclusievere houding ten opzichte van ouder worden stimuleren.
  - **Onderwijshervormingen:** integreer basiskennis en -kunde omtrent geriatrische zorg in medische curricula om de diagnose en behandeling van oudere patiënten te verbeteren. Hierdoor zullen zorgverleners goed toegerust zijn om de complexiteit van het ouder worden te begrijpen, om te gaan met meerdere comorbiditeiten en kwetsbaarheid nauwkeurig te beoordelen en te behandelen.
  - **Gericht onderzoek:** veel onderzoek sluit oudere deelnemers uit, zelfs binnen sommige ziektegebieden die hen het meest treffen. Het is essentieel om specifiek oudere volwassenen te betrekken bij klinisch onderzoek om ervoor te zorgen dat behandelaanbevelingen relevant en effectief zijn voor deze groeiende leeftijdsgroep. Richtlijnen moeten numerieke leeftijd niet als een klinische beslissingsfactor positioneren als dit vermeden kan worden. Verder zou het waardevol zijn om specifiek onderzoek te doen naar het gebruik van screeningsinstrumenten in niet-kwetsbare populaties in plaats van leeftijdsgrenzen te hanteren.



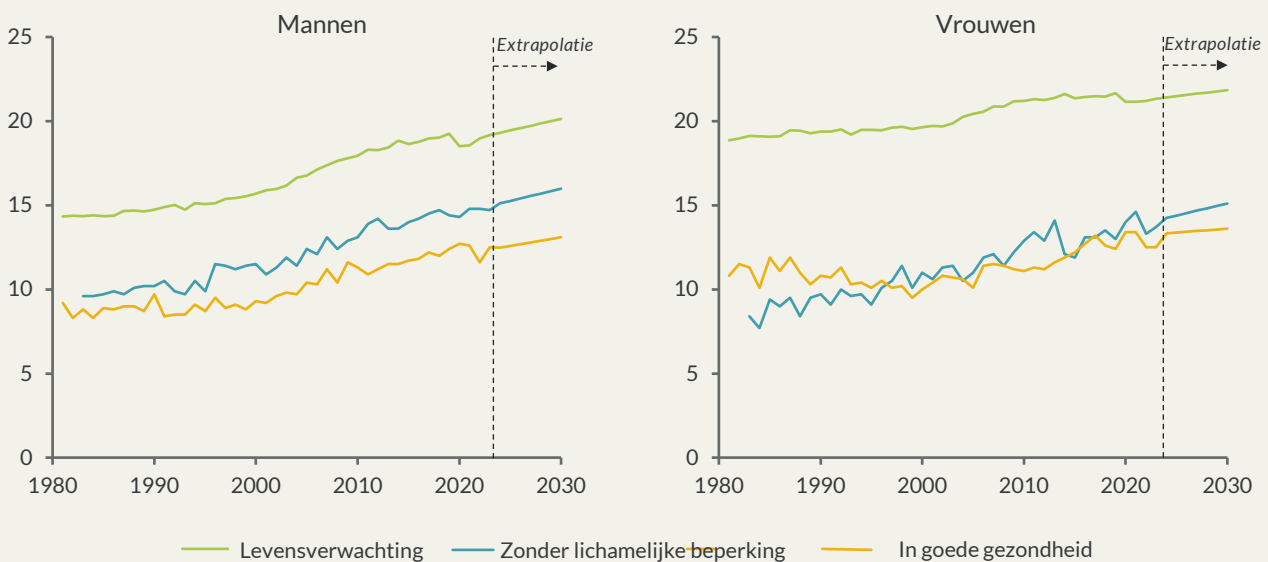
HOOFDSTUK 1

**Inleiding**

## 1.1 We leven langer in goede gezondheid – en masse

De bevolking van Nederland vergrijsst snel, net als die van veel andere ontwikkelde landen. Deze demografische verschuiving biedt aanzienlijke uitdagingen en kansen voor de gezondheidszorg. Dankzij de vooruitgang in de medische wetenschap en verbeterde leefomstandigheden leven mensen niet alleen langer, maar genieten ze ook van langere periodes van goede gezondheid. Als gevolg hiervan kunnen mensen die vandaag de dag de leeftijd van 60 bereiken verwachten tot ver in de 80 te leven, vaak met een goede kwaliteit van leven. Figuur 1 laat zien dat zowel mannen als vrouwen van 65 naar verwachting binnenkort gemiddeld nog 20 jaar zullen leven, waarvan 15 jaar zonder lichamelijke beperkingen.

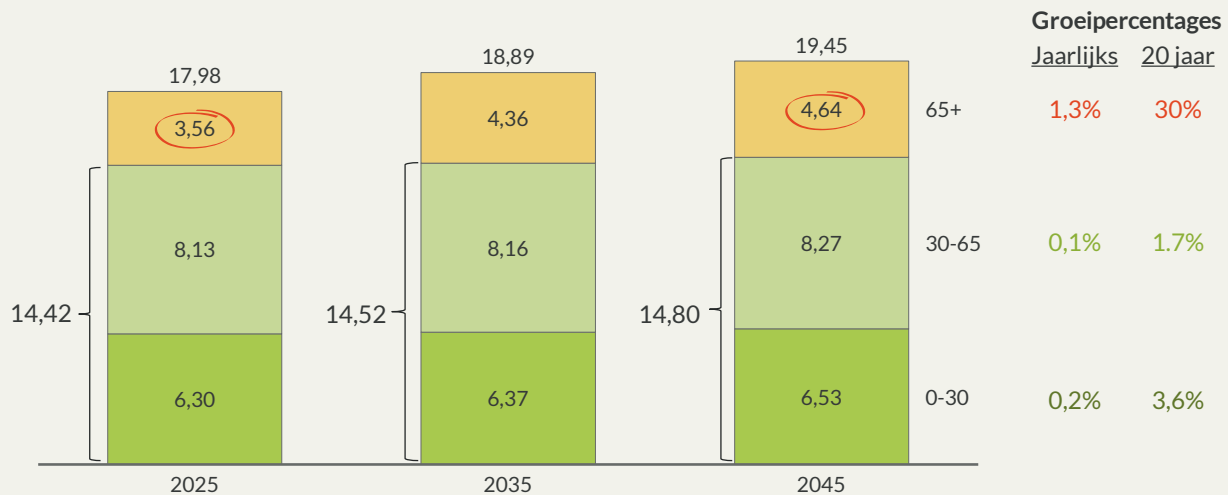
**Prognoses van de gezonde levensverwachting voor mannen en vrouwen van 65 jaar**  
[CBS 1981-2023; geëxtrapolerd naar 2030]



Figuur 1: Prognoses gezonde levensverwachting voor mannen en vrouwen van 60 jaar. Bron: [CBS](#)

De omvang van de verschuiving die plaatsvindt, kan niet genoeg worden benadrukt. Figuur 2 laat zien dat de bevolking van 65+ in Nederland de komende 20 jaar met meer dan een miljoen zal toenemen - terwijl de rest van de bevolking in dezelfde periode nauwelijks zal groeien.

### Bevolking per leeftijdsgroep [Miljoen inwoners]



Figuur 2: Verwachte bevolking in Nederland per leeftijdsgroep. Bron: [CBS](#)

## 1.2 De derde levensfase – het geschenk van de eeuw

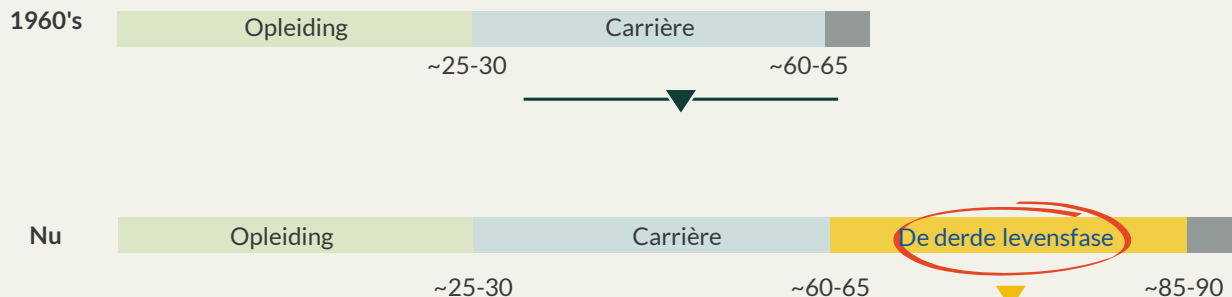
In haar rapport *De derde levensfase: het geschenk van de eeuw* erkent de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving deze trend en analyseert zij dat deze steeds langer wordende periode tussen ons werkzame leven en de periode van gevorderde ouderdom en kwetsbaarheid impliceert dat onze samenleving een derde levensfase krijgt.<sup>1</sup> Terwijl mensen vroeger na hun pensionering vaak op waren, een slechtere gezondheid hadden en rust nodig hadden, is dit tegenwoordig voor veel gepensioneerden niet langer het geval. Mensen zijn vaak nog gezond en vitaal en leveren een belangrijke bijdrage aan hun omgeving door werk, vrijwilligerswerk en mantelzorg.

De derde levensfase begint na de pensionering en gaat uiteindelijk over in de vierde levensfase, wanneer de kwetsbaarheid en de behoefte aan hulp en zorg toenemen. De derde levensfase is niet strikt gebonden aan leeftijden. Wanneer deze begint en hoe lang het duurt, verschilt per persoon.

Momenteel richten zowel het beleid als de publieke opinie zich meer op wat ouderen nodig hebben dan op wat ouderen kunnen en willen bijdragen. De Raad concludeert in haar rapport dat ‘op dit moment de inrichting van de derde levensfase vooral als een individuele zaak wordt gezien. Ieder geeft naar eigen inzicht en binnen de eigen mogelijkheden, of het gebrek daaraan, vorm aan deze periode van het leven. Hierdoor blijven kansen liggen voor de deelname en de bijdrage van jonge ouderen aan de samenleving. Overheden, maatschappelijke organisaties en bedrijven kunnen er meer dan nu aan bijdragen dat jonge ouderen meer maatschappelijke rollen vervullen. Dit kan door drempels weg te nemen voor bijvoorbeeld groepswonen of blijvend betaald doorwerken. Een goede derde levensfase wordt zo meer een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid.’

1 Zie [link](#)

### De derde levensfase



- meer dan 10% heeft betaald werk
- 43% doet gemiddeld 7,4 uur per week aan vrijwilligerswerk
- 17% verleent gemiddeld 12,5 uur informele zorg per week



Figuur 3: de derde levensfase

Een eerder rapport van Edwards Lifesciences, *Unifying Generations*, onderstreept deze conclusies.<sup>2</sup> Op basis van een breed onderzoek in verschillende Europese landen benadrukt het rapport hoe ouderen een cruciale rol spelen als verzorgers, vrijwilligers en mentoren. Hun rol in het bevorderen van solidariteit tussen generaties en het bieden van steun aan gezinnen en gemeenschappen is essentieel. In haar studie over de Silver Economy<sup>3</sup> schatte de Europese Commissie dat de oudere bevolking in 2025 ongeveer 30.000 euro per persoon aan het BNP bijdraagt.

Het eerder aangehaalde rapport van van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving bevestigt deze bevindingen<sup>4</sup>. Zij stelden bijvoorbeeld vast dat 43% van de mensen in hun derde levensfase gemiddeld 7,4 uur per week vrijwilligerswerk doet en dat meer dan 10% van hen een betaalde baan heeft.

Daarbij biedt 17% gemiddeld 12,5 uur aan informele zorg per week. Dit komt neer op 7,5 miljoen uur zorg per week, wat, als de huidige percentages blijven kloppen, de komende 20 jaar zal toenemen met nog eens 2,3 miljoen uur informele zorg - het equivalent van meer dan 60.000 extra fulltime werknemers.

Om ten volle te kunnen profiteren van deze demografische verschuiving, moeten maatschappelijke en beleidsperspectieven evolueren om de gezondheid, de betrokkenheid en het welzijn van oudere volwassenen te ondersteunen. Een belangrijk obstakel hierbij is het onder ogen zien en vervolgens overwinnen van leeftijdsdiscriminatie.

<sup>2</sup> Zie [link](#)

<sup>3</sup> Zie [link](#)

<sup>4</sup> Zie [link](#), met Engelse samenvatting [hier](#)

### 1.3 Leeftijdscriminatie vormt een belangrijke barrière voor wie wil profiteren van de derde levensfase

In haar *Global Report on Ageism* definieert de WHO “ageism” als stereotypering (hoe we denken), vooroordelen (hoe we ons voelen) en discriminatie (hoe we ons gedragen) jegens mensen op basis van hun leeftijd.<sup>5</sup> Leeftijdscriminatie kan institutioneel, interpersoonlijk of zelfgestuurd zijn. Institutionele leeftijdscriminatie verwijst naar wetten, regels, sociale normen, beleid en praktijken van instellingen die kansen oneerlijk beperken en personen systematisch benadelen vanwege hun leeftijd. Interpersoonlijke leeftijdscriminatie ontstaat in interacties tussen twee of meer individuen, terwijl zelfgestuurde leeftijdscriminatie optreedt als dit wordt geïnternaliseerd en men het zich tegen zichzelf keert.

In haar rapport concludeert de WHO dat ‘wereldwijd één op de twee mensen leeftijdscriminatie vertoont ten opzichte van ouderen. In Europa, de enige regio waarvoor we gegevens hebben, zegt één op de drie slachtoffer te zijn geweest van leeftijdscriminatie, en jongere mensen rapporteren vaker leeftijdscriminatie te ervaren dan andere leeftijdsgroepen. Voor ouderen wordt leeftijdscriminatie in verband gebracht met een kortere levensduur, een slechtere lichamelijke en geestelijke gezondheid, een langzamer herstel na een handicap en cognitieve achteruitgang. Leeftijdscriminatie vermindert de kwaliteit van leven van ouderen, vergroot hun sociaal isolement en eenzaamheid (die beide in verband worden gebracht met ernstige gezondheidsproblemen), beperkt hun mogelijkheden om uiting te geven aan hun seksualiteit en kan het risico op geweld tegen en misbruik van ouderen vergroten.’

Het zij opgemerkt dat leeftijdscriminatie kan worden verergerd door andere bronnen van ongelijkheid. De WHO concludeert bijvoorbeeld dat ‘er verschillen zijn gedocumenteerd wat betreft de toegang van oudere vrouwen tot preventieve zorg en behandeling. Meerdere onderzoeken in de Verenigde Staten hebben gerapporteerd dat oudere mannen over het algemeen grondiger medische onderzoeken, meer follow-up en meer op evidence-based medische zorg krijgen dan vrouwen, en mannen hebben ook een grotere kans op preventieve zorg.’

<sup>5</sup> Zie [link](#). Dit rapport hanteert de Nederlandse term “leeftijdscriminatie” als vertaling voor de term “ageism”. Strict genomen bedoelen we met deze term in dit rapport dus niet alleen “discriminatie,” maar ook “stereotypering” en “vooroordelen.”

## 1.4 Dit onderzoek richt zich op de gevolgen van leeftijdsdiscriminatie binnen de gezondheidszorg

Leeftijdsdiscriminatie binnen de gezondheidszorg verwijst naar de systematische toepassing van leeftijdgerelateerde stereotypen en vooroordelen die leiden tot ongepaste variaties in de zorg. Dit kan leiden tot zowel over- als ondergebruik van gezondheidszorg voor oudere volwassenen:

- **Overbenutting:** de onnodige of overmatige toepassing van medische interventies waar een oudere patiënt mogelijk geen baat bij heeft of die deze zouden kunnen schaden. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren wanneer de wensen van de patiënt onvoldoende bekend zijn of er onvoldoende rekening mee wordt gehouden, of wanneer kwetsbaarheid niet wordt meegenomen in de besluitvorming. In een eerder onderzoek naar de waarde van palliatieve zorg heeft Gupta Strategists bijvoorbeeld gerapporteerd dat in de laatste levensfase de focus te vaak ligt op curatieve zorg in plaats van palliatieve zorg, wat leidt tot suboptimale kwaliteit van leven en, vooral in de laatste 30 dagen voor het overlijden, een verhoogde druk op kritieke ziekenhuiscapaciteit zoals spoedeisende hulp en intensive care units.<sup>6</sup>
- **Onderbenutting** daarentegen verwijst naar het onvoldoende of te laat verstrekken van noodzakelijke medische behandelingen, vaak op basis van aannames over de gezondheid of levensverwachting van een persoon vanwege diens leeftijd.

Overbenutting van zorg is al een belangrijk onderwerp van studie en gezondheidszorgbeleid. Onderbenutting als gevolg van leeftijdsdiscriminatie is echter een net zo belangrijk fenomeen dat meer aandacht verdient dan het doorgaans krijgt. Dit artikel concentreert zich daarom op het laatste.

## 1.5 Doelstellingen van dit onderzoek

Dit onderzoek heeft als doel de invloed van leeftijd op de gezondheidszorg in Nederland te onderzoeken, waarbij specifiek wordt gekeken naar de onderbenutting van gezondheidszorg onder personen van 65 jaar en ouder. Door de prevalentie van veelvoorkomende aandoeningen te analyseren en een schatting te maken van het aantal oudere patiënten dat met deze problemen te maken heeft, probeert het onderzoek de significante kloof in de gezondheidszorg bloot te leggen die moet worden aangepakt. Verder onderzoekt het de onderliggende oorzaken van leeftijdsdiscriminatie binnen de gezondheidszorg en stelt het strategieën voor om de gelijkwaardigheid binnen de gezondheidszorg voor ouderen te verbeteren.

6 Zie [link](#)



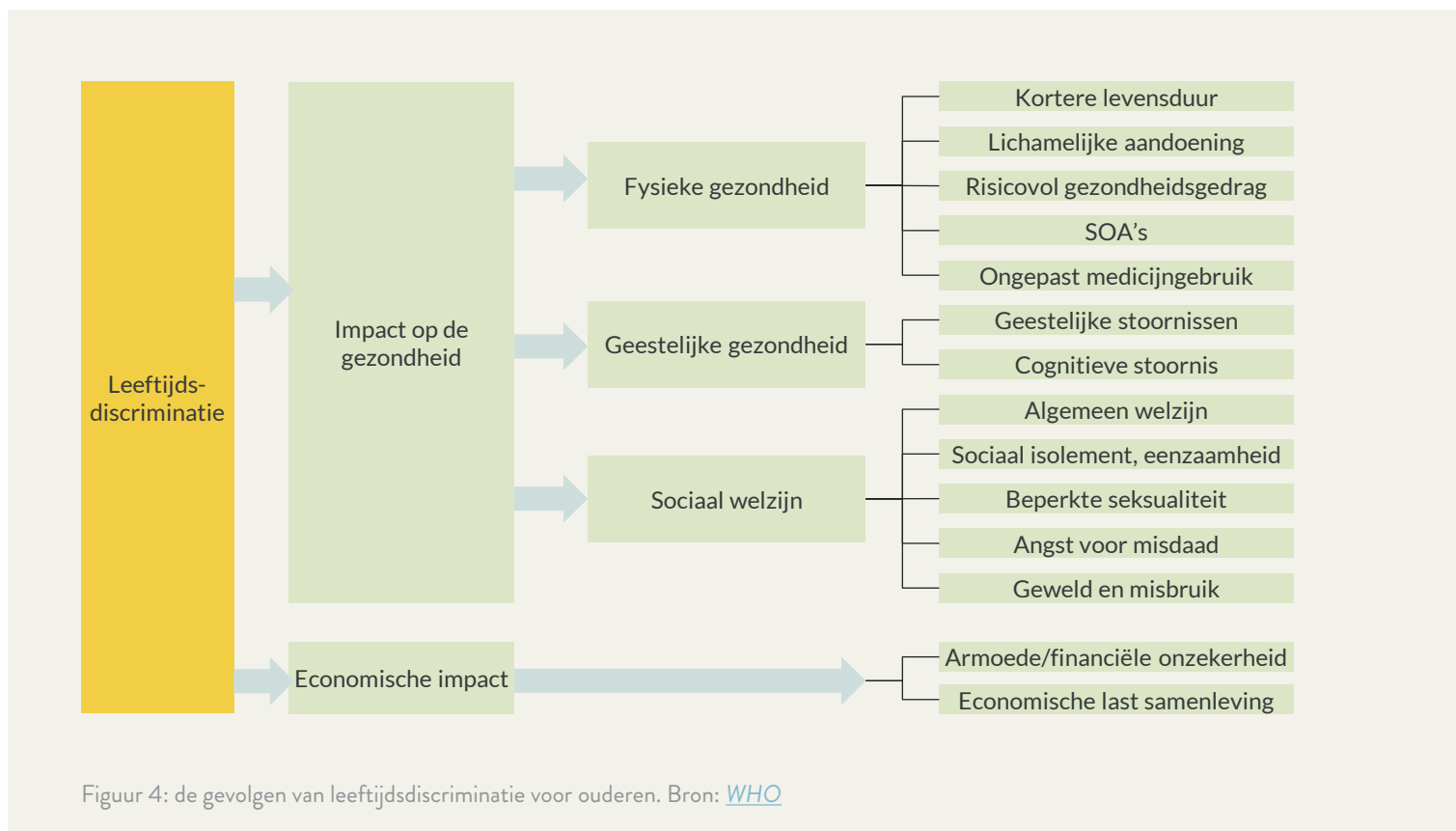


HOOFDSTUK 2

**Leeftijdscriminatie  
binnen de gezondheidszorg**

## 2.1 Gevolgen van leeftijdsdiscriminatie binnen de gezondheidszorg

Leeftijdscriminatie heeft een grote invloed op alle aspecten van gezondheid, wat door de WHO wordt gedefinieerd als een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebrek (Figuur 4).



Uit een onderzoek naar de gevolgen van leeftijdsdiscriminatie voor de gezondheid dat de WHO voor haar rapport liet uitvoeren, bleek dat in 96% (402 van de 405) van de onderzochte leeftijdsdiscriminatie in verband werd gebracht met slechtere resultaten op de onderzochte gezondheidsdomeinen.<sup>7</sup> Zo bleek bijvoorbeeld dat leeftijdsdiscriminatie in verband werd gebracht met eerder overlijden - een bevinding die consistent was in 10 onderzochte studies. Leeftijdsdiscriminatie, zo concludeerde het onderzoek, is ook gekoppeld aan een slechtere lichamelijke gezondheid en het belemmert het herstel van functiebeperkingen.

<sup>7</sup> Voor een verslag van deze systematische review, zie [link](#).

## 2.2 Ouderdom staat niet gelijk aan kwetsbaarheid

Om te begrijpen *hoe* leeftijdgerelateerde stereotypen en vooroordelen kunnen leiden tot sub-optimale zorg, en om strategieën te ontwikkelen om dit tegen te gaan, is het van belang om het concept 'kwetsbaarheid' te doorgronden.

Kwetsbaarheid is een complex klinisch syndroom dat wordt gekenmerkt door verminderde fysiologische reserves en een verhoogde gevoeligheid voor stressoren.<sup>8</sup> Kwetsbaarheid wordt in verband gebracht met verhoogde mortaliteit, ziekenhuisopnames, vallen en opnames in instellingen voor langdurige zorg.

Het is geen synoniem van veroudering, maar eerder een op zichzelf staande aandoening die individuen verschillend kan beïnvloeden, afhankelijk van hun algehele gezondheid, levensstijl en genetische factoren. Kwetsbaarheid uit zich vaak in meerdere dimensies, waaronder fysieke zwakte, vertraagde motoriek, onbedoeld gewichtsverlies, uitputting en geringe lichamelijke activiteit. Deze kenmerken maken kwetsbare mensen vatbaarder voor stressoren als acute ziekten of operaties, die kunnen leiden tot ernstige complicaties, langere hersteltijden of zelfs sterfte.

Het inschatten van kwetsbaarheid bij oudere patiënten is cruciaal voor het kiezen van de juiste medische interventies en het verbeteren van de gezondheidsresultaten per individu. Er zijn verschillende instrumenten en methoden ontwikkeld om kwetsbaarheid te meten, elk met hun eigen unieke focus en toepassing. De meest gebruikte beoordelingen zijn het Frailty Phenotype (FP) en de Frailty Index (FI).<sup>9</sup> Het Frailty Phenotype, ontwikkeld door Linda Fried en collega's, identificeert kwetsbaarheid op basis van vijf criteria: onbedoeld gewichtsverlies, zelfgerapporteerde uitputting, zwakte (gemeten aan de hand van grijpkracht), trage loopsnelheid en geringe fysieke activiteit. Iemand wordt als kwetsbaar beschouwd als men aan drie of meer van deze criteria voldoet. De Frailty Index daarentegen is een cumulatieve maatstaf gebaseerd op het aandeel van de gezondheidstekorten van een individu op een vooraf bepaalde lijst, die symptomen, ziekten en beperkingen omvat. Andere instrumenten zoals de Clinical Frailty Scale (CFS) en de Tilburg Frailty Indicator (TFI) bieden ook waardevolle inzichten door klinische beoordeling te combineren met objectieve metingen.

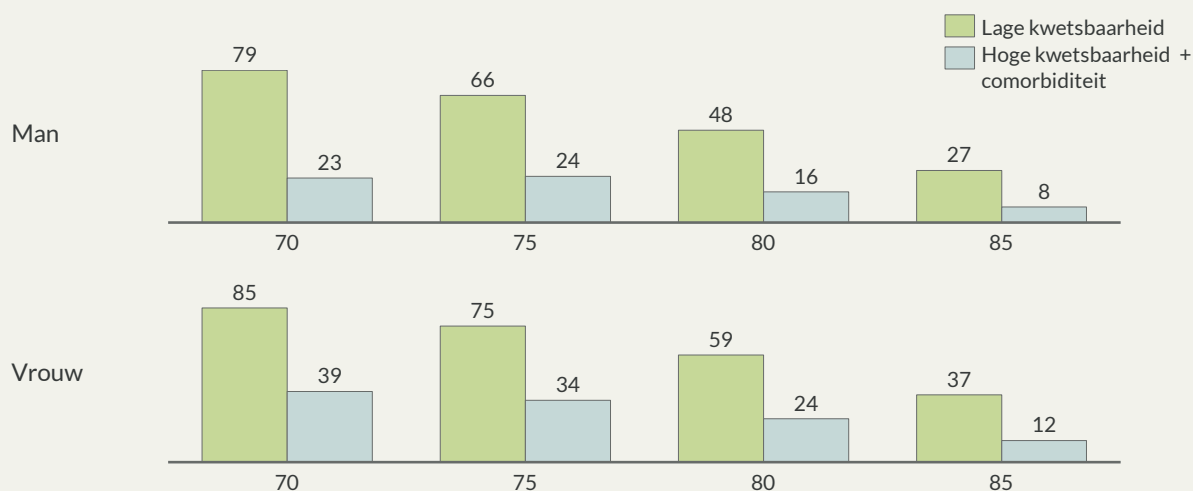
Een groot onderzoek op basis van Medicare-gegevens in de Verenigde Staten laat zien hoe kwetsbaarheid correleert met de levensverwachting op alle leeftijden (Figuur 5). Bijvoorbeeld, op 75-jarige leeftijd hebben verreweg de meeste niet-kwetsbare personen een gemiddelde levensverwachting van ten minste 10 jaar, terwijl de meeste kwetsbare personen dat niet hebben.

<sup>8</sup> Voor een gedetailleerd overzicht van het concept kwetsbaarheid, zie bijvoorbeeld [link](#).

<sup>9</sup> Zie [link](#) en [link](#)

**10-jaars levensverwachting naar leeftijd en kwetsbaarheid**

[% overleeft ten minste 10 jaar vanaf bepaalde leeftijd, gebaseerd op Amerikaanse Medicare-gegevens 1998-2014]



Figuur 5: Zelfs op zeer hoge leeftijd kan een aanzienlijk deel van de niet-kwetsbare personen verwachten nog 10 jaar te leven. Bron: [Schoenborn et al.](#)

Inzicht in kwetsbaarheid is van essentieel belang om leeftijdgerelateerde stereotypen aan te pakken en hun invloed op de gezondheidszorg te verminderen. Leeftijdscriminatie kan ertoe leiden dat zorgverleners (en ook patiënten zelf) op basis van de numerieke leeftijd onterecht concluderen dat patiënten niet zullen profiteren van bepaalde medische handelingen, wat kan resulteren in onderdiagnose en onderbehandeling. Kwetsbaarheid is echter geen onvermijdelijk gevolg van het ouder worden; veel oudere volwassenen behouden een goede gezondheid en functionele onafhankelijkheid tot ver in hun latere jaren. Uit een analyse van Vektis van gegevens over routinematige gezondheidszorg blijkt zelfs dat de meeste mensen, ongeacht hun leeftijd, niet kwetsbaar zijn (Figuur 6).

### Definitie van kwetsbaarheid volgens U-PRIM-methode

Een van de volgende criteria is van toepassing...



#### Multimorbiditeit

Frailty index > 0,20  
~ 7 multimorbiditeiten uit selectie



#### Polyfarmacie

Chronisch gebruik van >5 soorten medicatie



#### Lacune in consultatie

> 3 jaar niet gezien door huisarts

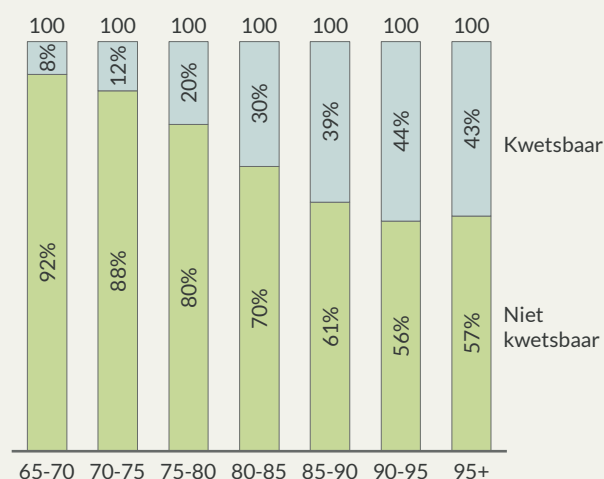


#### Geriatrische reuzen

Een of meer geriatrische reuzen zijn van toepassing  
Bijv. incontinentie, risico op vallen

### Prevalentie van kwetsbaarheid in Nederland

[% kwetsbaar, 2019, onder thuiswonenden]



Figuur 6: op elke leeftijd zijn de meeste mensen niet zwak. Bron: [Vektis](#).<sup>1</sup> Voor meer informatie over de U-PRIM methode, zie [link](#).

Het verkeerd inschatten van kwetsbaarheid kan leiden tot suboptimale zorg, waarbij niet-kwetsbare personen nuttige interventies worden geweigerd en kwetsbare personen worden onderworpen aan te agressieve behandelingen die meer risico's dan voordelen met zich meebrengen.

Een nauwkeurige beoordeling van kwetsbaarheid helpt om onderscheid te maken tussen oudere patiënten die intensieve behandelingen kunnen verdragen en daar baat bij hebben, en patiënten die meer voorzichtige, ondersteunende zorg nodig hebben. Het informeert de klinische besluitvorming en zorgt ervoor dat interventies op de juiste manier worden afgestemd op de fysiologische toestand van de patiënt in plaats van op de numerieke leeftijd. Door de nuances van kwetsbaarheid te herkennen en aan te pakken, kunnen zorgverleners de valkuilen van veroudering vermijden, meer op de persoon toegesneden en doeltreffender zorg leveren en zo uiteindelijk de kwaliteit van leven en de gezondheidsresultaten voor oudere volwassenen verbeteren. Deze benadering onderstreept het belang van uitgebreide geriatrische training en de integratie van kwetsbaarheids-assessments in de routinematige klinische praktijk.

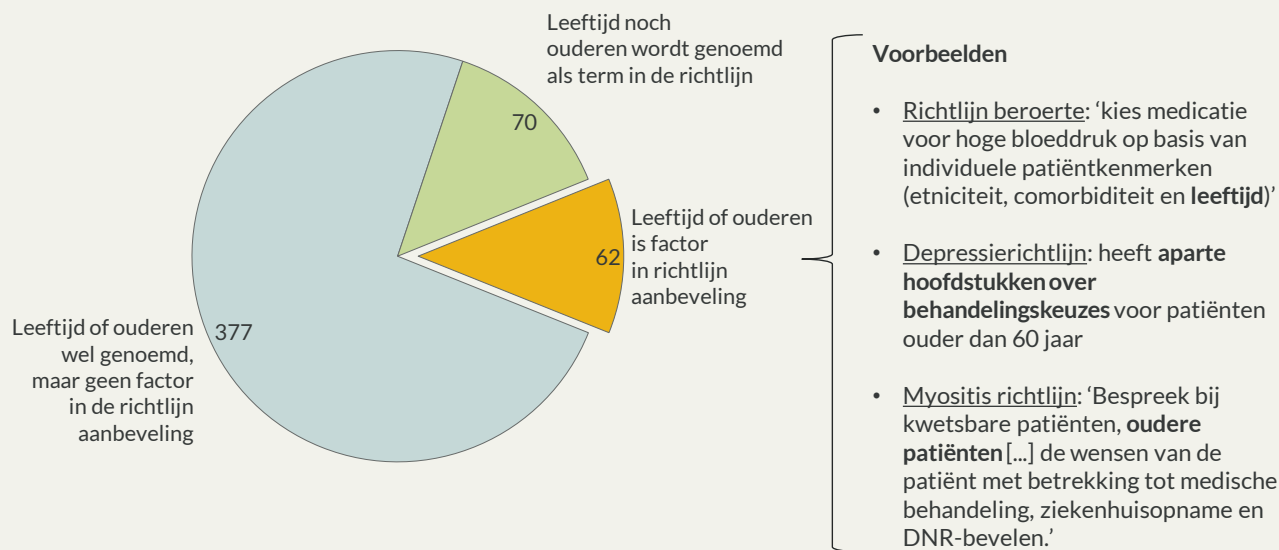
1 Gedetailleerde analyses, beschikbaar op de website van Vektis, laten zien dat op elke leeftijd het percentage vrouwen met kwetsbaarheid iets hoger is dan het percentage mannen met kwetsbaarheid. Gemiddeld is de prevalentie van kwetsbaarheid 20% voor vrouwen > 65 jaar en 14% voor mannen.

## 2.3 Desondanks is leeftijd vaak nog een belangrijke variabele bij klinische besluitvorming

Ondanks overtuigend bewijs dat leeftijd niet gelijk staat aan kwetsbaarheid en dat prognose en levensverwachting eerder afhankelijk zijn van andere factoren (zoals kwetsbaarheid) dan van louter numerieke leeftijd, is het nog steeds vaak een belangrijke variabele bij de klinische besluitvorming.

Om dit te onderbouwen hebben we de Richtlijndatabase van de Federatie van Medisch Specialisten geëvalueerd en vastgesteld dat 62 van alle 519 formeel geregistreerde klinische richtlijnen aanbevelingen bevatten die stellen dat 'leeftijd' of 'ouder zijn' een variabele zou moeten zijn in diagnostiek of behandelkeuzes (Figuur 7).

### Analyse van alle formeel geregistreerde Nederlandse richtlijnen voor ziekenhuiszorg op de termen 'leeftijd' of 'ouderen' [n = 519 richtlijnen, geraadpleegd juli 2024].



Figuur 7: Analyse van Nederlandse richtlijnen voor ziekenhuiszorg. Bron: [Richtlijndatabase](#)

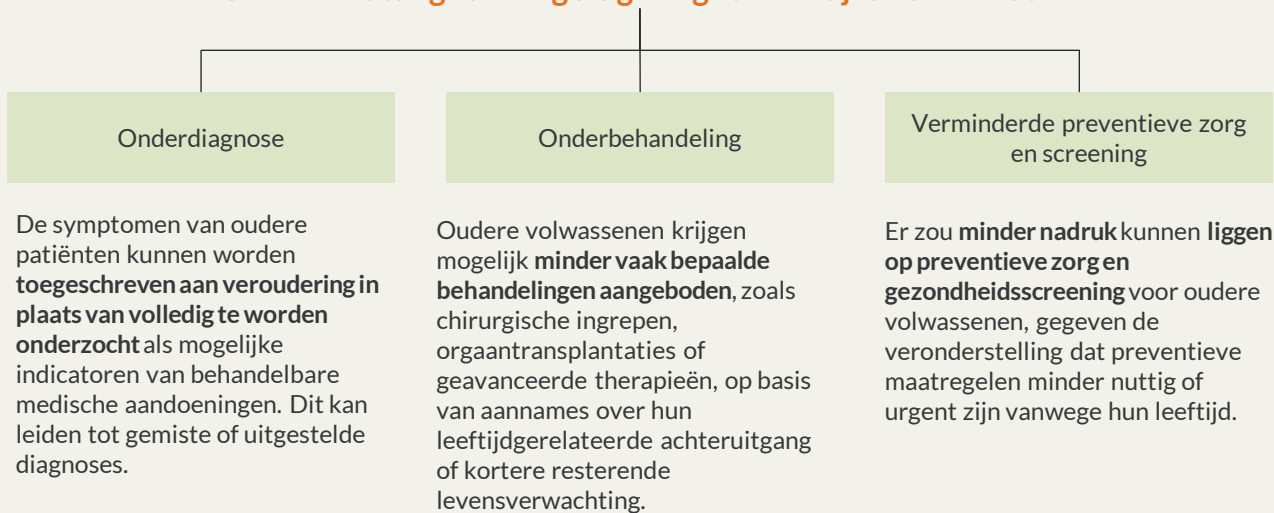
Hoewel er ook verschillende voorbeelden zijn van richtlijnen die in hun aanbevelingen expliciet aangeven dat leeftijd als zodanig *niet* in aanmerking moet worden genomen, wordt leeftijd in een aanzienlijk aantal richtlijnen wel als een belangrijke klinische beslissingsfactor gezien. Dit weerspiegelt waarschijnlijk de routinematige klinische praktijk, waar percepties en vooroordelen bij zowel patiënten als zorgverleners kunnen leiden tot suboptimale zorg.

## 2.4 Er zijn drie manieren waarop leeftijdgerelateerde stereotypen leiden tot onderbenutting

Conceptueel kan onderbenutting van zorg als gevolg van leeftijdgerelateerde stereotypen zich op drie manieren manifesteren:

- **Onderdiagnose:** symptomen bij oudere volwassenen worden vaak ten onrechte toegeschreven aan natuurlijke veroudering in plaats van grondig te worden onderzocht op onderliggende behandelbare aandoeningen. Dit leidt tot gemiste of uitgestelde diagnoses.
- **Onderbehandeling:** Oudere volwassenen krijgen mogelijk minder vaak bepaalde behandelingen aangeboden, zoals chirurgische ingrepen, orgaantransplantaties of geavanceerde therapieën, op basis van aannames over hun leeftijdgerelateerde achteruitgang of kortere resterende levensverwachting.
- **Minder preventieve zorg en screening:** er wordt minder nadruk gelegd op preventieve maatregelen en gezondheidsscreening voor oudere volwassenen, wat voortkomt uit de overtuiging dat deze maatregelen deze leeftijdsgroep minder opleveren.

### Onderbenutting van zorg als gevolg van leeftijdsdiscriminatie



Figuur 8: Manifestaties van onderbenutting van zorg als gevolg van leeftijdsdiscriminatie



HOOFDSTUK 3

**Inschatting van de impact  
van onderbenutting  
van zorg als gevolg van  
leeftijdscriminatie**



### 3.1 Methodologie

Voor zover wij kunnen nagaan, zijn er geen overzichtsstudies die een schatting geven van de totale omvang van onderbenutting van zorg in de oudere bevolking als gevolg van leeftijdsdiscriminatie. Daarom hebben we gebruik gemaakt van beschikbare gegevens in de literatuur om een dergelijke schatting te maken. De methodologie om dit te doen omvatte de volgende stappen:

- Selectie van aandoeningen voor een bottom-up analyse
- Literatuuronderzoek naar bewijs voor onderdiagnose, onderbehandeling en verminderde preventieve zorg of screening, en synthese van bevindingen
- Toepassing van in de literatuur gevonden prevalentiepercentages in Nederland om het aantal getroffen mensen te schatten



Figuur 9: Methodologie voor het schatten van de totale omvang van onderbenutting van zorg bij ouderen als gevolg van leeftijdsdiscriminatie

#### 3.1.1 Selectie van aandoeningen

We hebben ons onderzoek geconcentreerd op de top 20 aandoeningen in Nederland, gerangschikt naar ziektelast.<sup>10</sup> Aandoeningen zoals coronairlijden (CAD), beroerte, dementie, COPD, diabetes en verschillende vormen van kanker komen bijvoorbeeld veel voor onder oudere volwassenen en hebben een significante invloed op hun gezondheidssuitkomsten.

10 Zie [link](#)

### 3.1.2 Literatuuronderzoek naar bewijs voor onderbenutting van zorg

Voor deze top 20 aandoeningen hebben we een uitgebreide zoekactie uitgevoerd op Pubmed en AI-ondersteunde zoekacties verricht in de medische literatuur met behulp van EvidenceHunt<sup>11</sup> om artikelen te identificeren die direct of indirect bewijs bevatten voor onderdiagnose, onderbehandeling en/of verminderde preventieve zorg of screening bij een van deze 20 aandoeningen.

We konden zo 25 onderzoeksartikelen identificeren die bewijs leveren voor onderdiagnose en/of onderbehandeling voor 11 van de top 20 ziektegebieden. Deze 11 ziektegebieden vertegenwoordigen ongeveer 58% van de totale ziektelast binnen de bevolking van 65 jaar en ouder in Nederland. Er werden geen betrouwbare schattingen gevonden voor percentages verminderde preventieve zorg of screening.

Bijlage 1 bevat een tabel met de 25 onderzoeksartikelen die in dit document zijn gebruikt.

### 3.1.3 Toepassing van in de literatuur gevonden percentages om het aantal getroffen mensen te schatten

Met behulp van prevalentiegegevens en gerapporteerde percentages van onderdiagnose en onderbehandeling hebben we de bevindingen geëxtrapoleerd naar de gehele oudere bevolking in Nederland. Dit hield in dat we de gevonden onderdiagnose- en onderbehandelingspercentages toepasten op het geschatte aantal ouderen met elke aandoening.

De schattingen die op deze manier worden afgeleid, geven een beeld op macroniveau van de impact van onderbenutting van zorg bij ouderen. Om ook op microniveau te laten zien hoe deze methodologie werkt, hebben we in hoofdstuk 4 een casestudy van een specifieke aandoening (nl. aortaklepstenose) onderzocht.

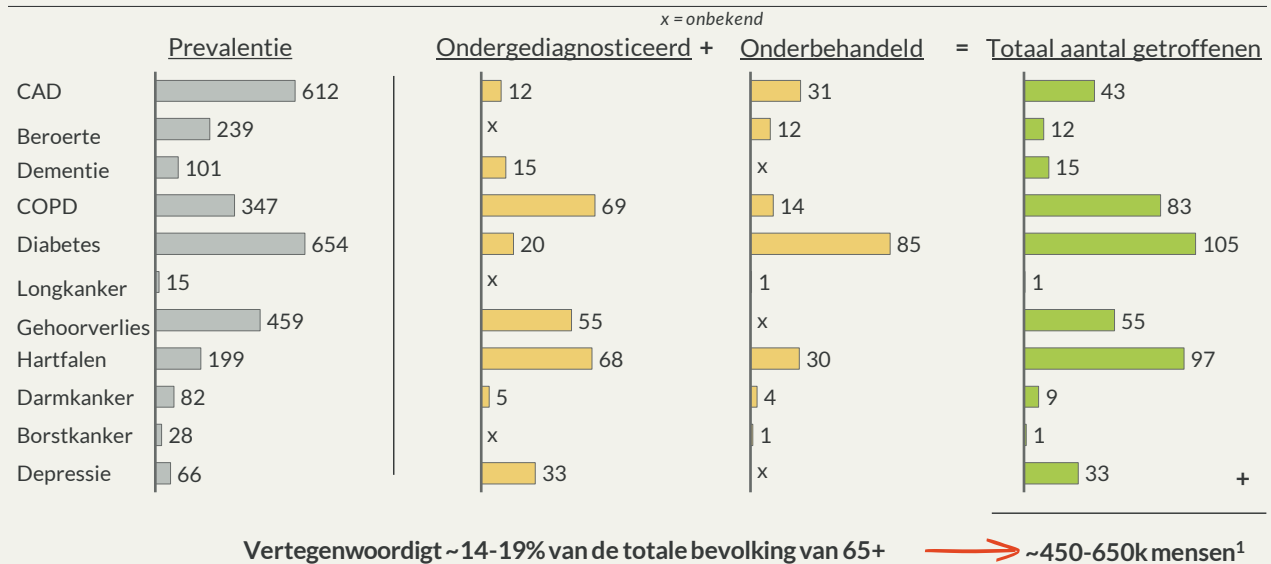
## 3.2 Totale geschatte impact: ~450-650 duizend mensen getroffen, wat staat voor economische waarde van EUR3-6 miljard

Op basis van de in de vorige paragraaf beschreven methodologie schatten we dat ~450-650 duizend mensen van 65+ in Nederland te maken hebben met onderdiagnose en/of onderbehandeling (Figuur 10). Dit komt overeen met ongeveer 14-19% van de oudere bevolking, wat wijst op een aanzienlijke kloof in de gezondheidszorg.

De onderkant van dit bereik is alleen gebaseerd op de 11 ziektegebieden waarvoor we bewijs in de literatuur konden vinden. De bovengrens van deze reeks is berekend door de bevindingen in deze 11 ziektegebieden te extrapoleren naar alle niet-onderzochte ziektegebieden buiten de top 20, met uitzondering van acute oorzaken van ziektelast zoals verwondingen door verkeersongevallen.

11 Zie [link](#)

**Schattingen voor prevalentie, ondergediagnosticeerde gevallen en onderbehandelde gevallen in de bevolking van 65+ in Nederland** [aantal mensen x 1.000, gebaseerd op geschatte prevalentie onder bevolking van 65+].



Figuur 10: Schatting van het aantal 65-plussers in Nederland dat te maken heeft met onderdiagnose en/of onderbehandeling. Bron: analyse door Gupta Strategists. Opmerking: CAD = coronairlijden

Het grootste aantal getroffen mensen vinden we bij hartfalen en COPD, waar onderdiagnose een belangrijke factor is, en diabetes, waar onderbehandeling de belangrijkste oorzaak is. Andere grote gebieden waar mogelijk sprake is van onderbenutting van zorg zijn gehoorverlies, depressie en coronairlijden.

De economische impact van deze onderbenutting van zorg is aanzienlijk. Zoals we in paragraaf 1.2 zagen, schatte de Europese Commissie in haar studie over de Silver Economy,<sup>12</sup> dat de oudere bevolking in 2025 ongeveer 30.000 euro BNP per persoon oplevert. Ervan uitgaande dat adequate zorg voor de 450-650.000 mensen die in het bovenstaande worden geschat een effect van 0,2-0,3 gewonnen QALY's per persoon zou hebben, betekent dit dat we tussen 6-9.000 EUR per persoon, of 3-6 miljard EUR aan economische waarde laten liggen.

Verder zagen we in paragraaf 1.2 dat 17% van de mensen in de derde levensfase gemiddeld 12,5 uur per week informele zorg verleent. Als we dit toepassen op bovenstaande schattingen, schatten we dat er ongeveer 10-15 miljoen uur aan informele zorg verloren gaat als gevolg van onderbenutting van zorg. Dit komt overeen met 6-9.000 fulltime werknemers.

In de twee volgende paragrafen gaan we dieper in op de onderliggende schattingen voor onderdiagnose en onderbehandeling en gaan we ook in op de behoefte aan nader onderzoek naar preventieve zorg en screening.

12 Zie [link](#)

### 3.3 Onderdiagnose

Onderdiagnose treedt op wanneer symptomen bij oudere volwassenen ten onrechte worden toegeschreven aan natuurlijke veroudering in plaats van grondig te worden onderzocht op onderliggende behandelbare aandoeningen. Dit leidt tot gemiste of uitgestelde diagnoses, wat de gezondheidsresultaten en levenskwaliteit van oudere patiënten aanzienlijk beïnvloedt. Studies tonen bijvoorbeeld aan dat bij ongeveer 15% van de dementiegevallen sprake is van onderdiagnose. Vergelijkbare patronen worden waargenomen bij andere aandoeningen, wat bijdraagt aan substantiële lacunes in de gezondheidszorg.

Van belang is hier dat COPD en hartfalen vaak verward worden bij oudere patiënten. Voor hartfalen vonden we een geschatte onderdiagnose van 34% op basis van een gemiddelde van bevindingen in drie onderzoeksartikelen.<sup>13</sup> De schatting van 68.000 patiënten in Nederland is conservatief ten opzichte van schattingen van de Nederlandse Hartstichting, die recent het aantal ongediagnosticeerde patiënten in Nederland schatte op 250.000.<sup>14</sup>

Procentueel springt depressie eruit als een belangrijk ziektegebied waar onderdiagnose voorkomt. De schatting die we hier gebruiken is ook weer conservatief, omdat we drie artikelen hebben gevonden die veel hogere percentages melden (60-75%).<sup>15</sup>

### 3.4 Onderbehandeling

Onderbehandeling houdt in dat noodzakelijke medische behandelingen onvoldoende of te laat worden geboden, vaak op basis van aannames over de gezondheid of levensverwachting van een persoon op basis van diens leeftijd. Er wordt bijvoorbeeld geschat dat 20% van de gevallen van dementie niet wordt behandeld. Dit fenomeen kan leiden tot de progressie van vermijdbare ziekten en hogere ziekte- en sterftecijfers onder ouderen.

Het zij hierbij opgemerkt dat het moeilijk is om in de literatuur onderbehandelingspercentages te vinden die uitsluitend toe te schrijven zijn aan leeftijdsdiscriminatie. Dit is anders voor onderdiagnose, waarbij het mogelijk is om gouden standaard-diagnostisch onderzoek te gebruiken bij groepen individuen waarvan eerder niet bekend was dat ze een ziekte hadden. Studies over behandelkeuzes zullen vaak verschillen tussen leeftijdsgroepen rapporteren, zoals in een studie over trombolysen als behandeling voor acute ischemische beroerte en hartfalen,<sup>16</sup> en hoewel de relatie statistisch significant is, kan niet worden uitgesloten dat andere, niet onderzochte factoren zoals patiëntvoorkeuren, beoordeling van kwetsbaarheid, enz. een verklaring bieden voor het waargenomen effect.

Daarom hebben we de meest conservatieve schattingen gebruikt die we konden vinden en in sommige gevallen (neerwaartse) correctiefactoren toegepast op gepubliceerde cijfers om hiermee rekening te houden (zie Bijlage 1 voor details). Bijvoorbeeld, op basis van bevindingen in een onderzoek naar incidentie, prevalentie, overleving en initiële behandeling van longkanker<sup>17</sup> berekenden we onderbehandeling van ouderen als het verschil tussen % behandeld onder 65 jaar vs. boven 65 jaar, per stadium, van 2,7% in stadium 1 tot 5% in stadium 3b; in onze analyse in Figuur 7 gebruikten we 3,5% als benadering.

13 Zie [link](#), [link](#) en [link](#)

14 Zie [link](#)

15 Zie [link](#), [link](#) en [link](#)

16 Zie [link](#)

17 Zie [link](#) (gebaseerd op aanvullende tabel e5)

Hoewel meer gerichte wetenschappelijke studies die zich specifiek bezighouden met deze kwestie natuurlijk beter zouden zijn als vervolgstap, zijn we van mening dat de aanpak die we hier hebben gebruikt nog steeds nuttig is om een conservatieve schatting op macroniveau te geven van het aantal mensen dat getroffen wordt door onderbehandeling.

### 3.5 Verminderde preventieve zorg of screening

In ons literatuuronderzoek vonden we geen betrouwbare schattingen voor het aantal of aandeel van mensen die getroffen worden door verminderde preventieve zorg of screening. Bovendien zou elke schatting die hier zou kunnen worden gegeven of berekend mogelijk overlappen met schattingen die we hebben gevonden voor onderdiagnose en onderbehandeling. We zijn echter wel van mening dat er verschillen kunnen optreden in medische praktijken die gericht zijn op het voorkomen van ziekten of het vroegtijdig opsporen van gezondheidsproblemen als gevolg van overtuigingen over de voordelen in relatie tot de levensverwachting.

Zo stellen de richtlijnen van de American Cancer Society (ACS) over borstkankerscreening, bijvoorbeeld, dat screening moet worden voortgezet zolang een vrouw in goede gezondheid verkeert en naar verwachting nog minstens 10 jaar zal leven.<sup>18</sup> In paragraaf 2.3 zagen we dat ongeveer 80% van de vrouwen in de leeftijd van 75-80 jaar niet kwetsbaar is en dat ongeveer 75% van de niet-kwetsbare vrouwen in die leeftijd verwacht nog minstens 10 jaar te leven. Dit houdt in dat volgens de ACS-richtlijnen ongeveer 60% van de vrouwen in de leeftijd van 75-80 jaar nog steeds gescreend zou moeten worden op borstkanker. Toch is het Nederlandse programma voor borstkankerscreening beperkt tot vrouwen tussen de 55-75 jaar.<sup>19</sup>

Hoewel we dus niet geprobeerd hebben om deze manifestatie van onderbenutting van zorg bij ouderen te kwantificeren, zijn we wel van mening dat het nader onderzoek en mogelijk bijstelling verdient. In het bijzonder zou het waardevol zijn om specifiek het gebruik van screening-instrumenten in niet-kwetsbare populaties te bestuderen, in plaats van numerieke leeftijdsgrenzen toe te passen.

18 Zie [link](#)

19 Zie [link](#)

HOOFDSTUK 4

# Casestudie - aortaklepstenose

## 4.1 Grondslag voor de casestudie

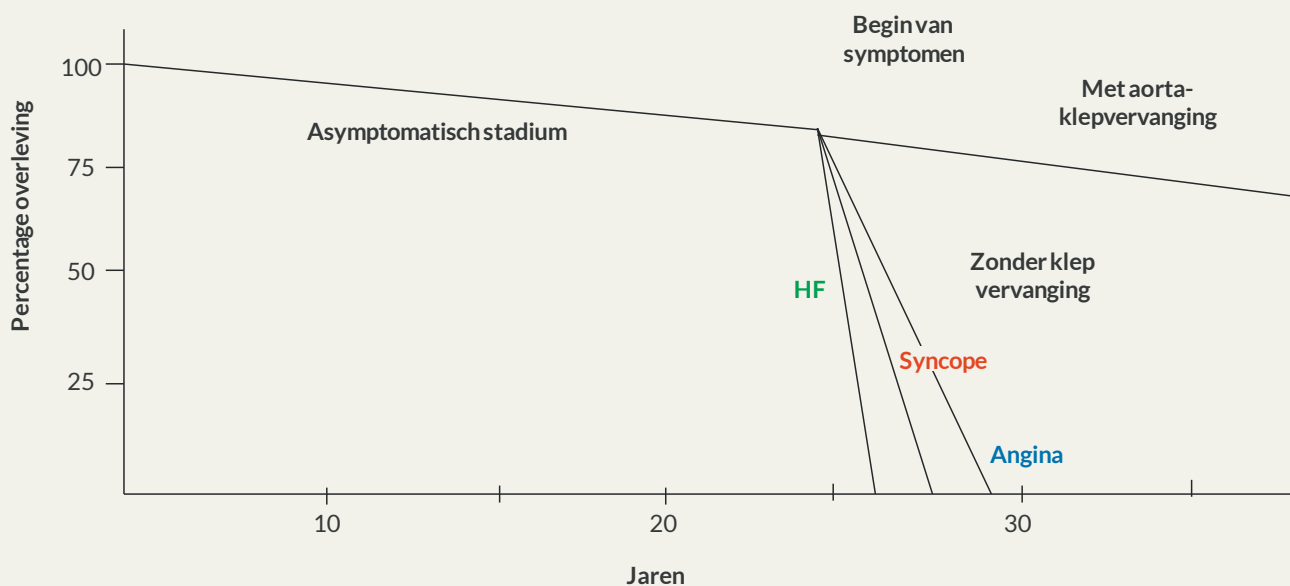
De schattingen uit het vorige hoofdstuk geven een beeld op macroniveau van de impact van onderbenutting van zorg bij ouderen. Om te laten zien hoe deze methodologie werkt op het niveau van individuele aandoeningen, zullen we een casestudy van een specifieke aandoening onderzoeken - aortaklepstenose (AS). AS is om verschillende redenen een goede casestudy:

- **Prevalentie bij ouderen:** AS treft voornamelijk oudere volwassenen, waardoor het een relevante aandoening is om de implicaties van leeftijdsdiscriminatie te bestuderen.
- **Ernst en progressie:** de aandoening heeft aanzienlijke gevolgen voor de gezondheid als ze onbehandeld blijft, wat leidt tot ernstige morbiditeit en verhoogde mortaliteit.
- **Lastig te diagnosticeren:** de symptomen zijn vaak atypisch en/of kunnen worden toegeschreven aan andere aandoeningen (bijv. vermoeidheid, kortademigheid en andere COPD-achtige symptomen)
- **Behandelopties:** er bestaan doeltreffende behandelingen zoals aortaklepvervangings (AVR) en transkatheter aortaklepimplantatie (TAVI), maar veel oudere patiënten krijgen deze niet vanwege diverse vooroordelen en systemische problemen.

Door ons te richten op AS kunnen we de bredere problematiek van leeftijdsdiscriminatie binnen de gezondheidszorg illustreren en de dringende behoefte aan gerichte interventies uitlechten. Deze casestudie laat ook zien hoe moeilijk het is om in te zoomen op dit niveau - er is bewijs voor ondergebruik van zorg, maar het is moeilijk om met het huidige beschikbare bewijs onomstotelijk aan te tonen dat leeftijdsdiscriminatie een oorzakelijke factor is voor deze effecten.

## 4.2 Achtergrond bij aortaklepstenose

Aortaklepstenose wordt gekenmerkt door een vernauwing van de opening van de aortaklep, waardoor de bloedstroom van de linkerhartkamer naar de aorta wordt beperkt. Deze aandoening leidt tot een verhoogde druk in het hart en kan ernstige symptomen veroorzaken zoals pijn op de borst, kortademigheid en flauwvallen. Als er niet tijdig wordt ingegrepen, kan AS ernstige complicaties veroorzaken, waaronder hartfalen en overlijden. De ziekte kan lange tijd asymptomatisch zijn, maar als de symptomen eenmaal beginnen, leidt dit binnen een paar jaar tot de dood als er niet wordt ingegrepen.



Figuur 11: Natuurlijke verloop van aortaklepstenose. Bron: Yeon S (red.). Indicaties voor klepverving bij aortastenose bij volwassenen

Een juiste en tijdige behandeling van AS, in het bijzonder door een klepverving, kan de resultaten voor de patiënt en de overlevingskansen drastisch verbeteren. Er zijn twee hoofdtypen klepvervangingsprocedures:

- **Chirurgische vervanging van de aortaklep (AVR):** van oudsher is deze openhartoperatie de standaardbehandeling voor ernstige AS. Het brengt echter hogere risico's met zich mee voor kwetsbare patiënten vanwege de invasieve aard.
- **Transkatheter aortakleplantatie (TAVI):** TAVI is een minder invasief alternatief voor chirurgische vervanging van de aortaklep. Bij deze procedure wordt een vervangende klep via een katheter ingebracht, meestal via de liesslagader, waardoor de hersteltijd en de bijbehorende risico's aanzienlijk korter zijn dan bij AVR. Het verblijf in het ziekenhuis wordt bijvoorbeeld teruggebracht van 5-10 dagen naar 1-3 dagen en de verblijfsduur op de IC wordt teruggebracht van gemiddeld 72 uur naar 2 uur.<sup>20</sup> De nieuwste EU-richtlijnen<sup>21</sup> bevelen TAVI aan bij alle in aanmerking komende transfemorale patiënten (van 75+), bij patiënten met een hoog risico of bij patiënten die ongeschikt zijn voor chirurgie.

<sup>20</sup> Zie analyse in Bijlage 1 van onze vorige studie *Voorkom de volgende golf* ([link](#)).

<sup>21</sup> Zie [link](#)

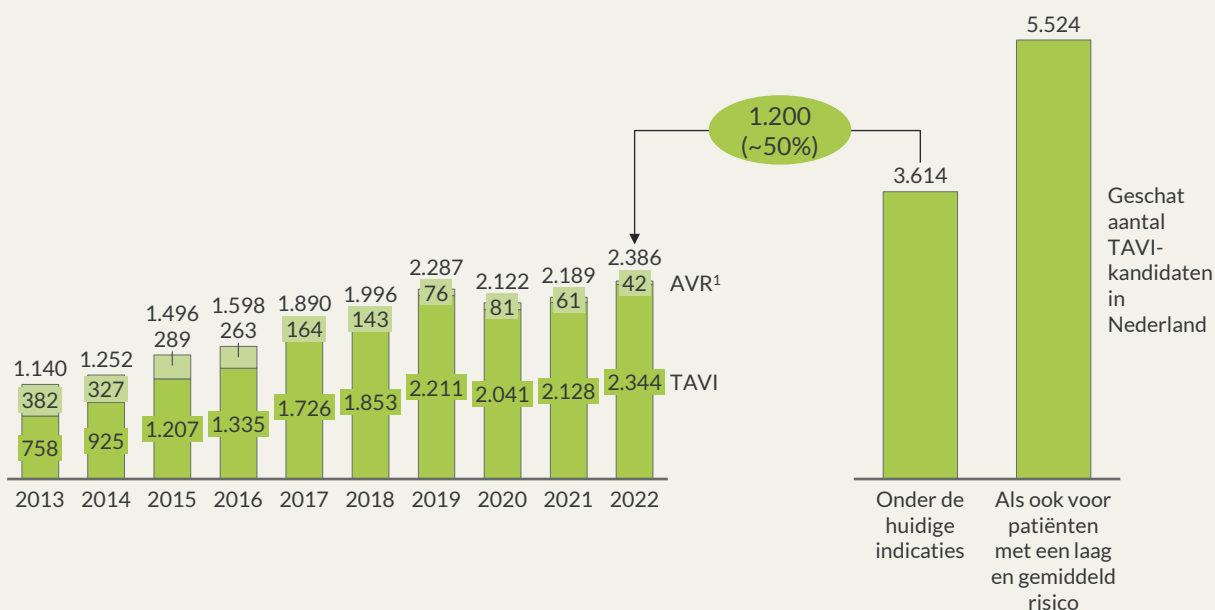


### 4.3 Huidig behandellandschap in Nederland

In Nederland heeft TAVI AVR grotendeels vervangen voor patiënten van 75 jaar en ouder<sup>22</sup>. Jaarlijks worden ongeveer 2.400 klepvervangingsprocedures uitgevoerd binnen deze leeftijdsgroep, waarvan ongeveer 2.350 TAVI-procedures (Figuur 12).

**TAVI heeft AVR voor oudere patiënten grotendeels vervangen**  
[# procedures bij patiënten van 75+ in Nederland]

**Maar het geschatte aantal kandidaten is veel groter** [o.b.v. model door Durko et al, 2018]



Figuur 12: Trends in klepvervangingsmethoden voor AS in Nederland in relatie tot het geschatte aantal kandidaten voor klepvervangings. Bron: [Nederlandse Hart Registratie](#) en [Durko et al. \(2018\)](#)

Op basis van schattingen van Durko et al., die het jaarlijkse aantal kandidaten voor TAVI per land schatte, zouden er ongeveer 50% meer patiënten deze procedure moeten ondergaan gezien de huidige indicaties, waarbij TAVI beperkt is tot hoog-risico/operabele patiënten. (Als de indicaties zodanig zouden worden uitgebreid dat TAVI ook voor oudere patiënten met een laag of gemiddeld risico de standaardbehandeling wordt, zou het geschatte aantal kandidaten natuurlijk aanzienlijk groter zijn).

<sup>22</sup> Merk op dat in Nederland TAVI is geïndiceerd voor patiënten van 80 jaar of ouder. De databron waarnaar in de Figuur wordt verwezen, toont echter alleen de leeftijdsgroep 75+.

Het is moeilijk te bewijzen dat deze onderbehandeling volledig toe te schrijven is aan leeftijd-gerelateerde vooroordelen. Factoren zoals voorkeuren van patiënten zelf kunnen bijvoorbeeld een rol spelen. Een andere onderliggende oorzaak zou onderdiagnose kunnen zijn, die zelf deels veroorzaakt kan zijn door leeftijdgerelateerde vertekeningen. In de volgende paragraaf gaan we hier nader op in.

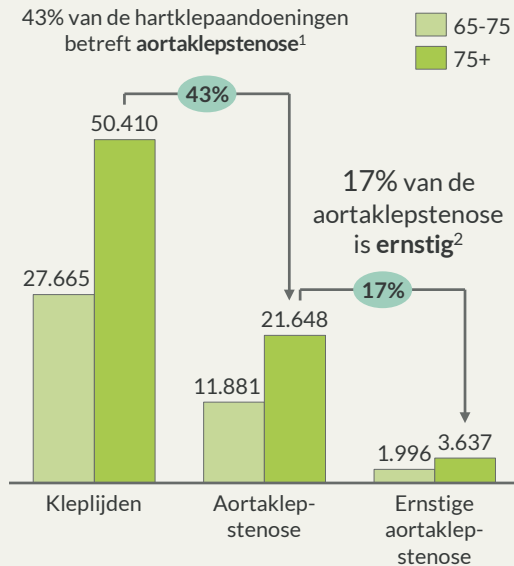
Het is echter het vermelden waard dat indicatierichtlijnen gebaseerd zijn op harde grenswaarden van de leeftijd van de patiënt. Het is dus zeker denkbaar dat bij een aanzienlijk aantal patiënten de keuze voor een behandeling wordt gemaakt op basis van de numerieke waarde van hun leeftijd in plaats van uitsluitend op basis van hun gezondheidsstatus en voorkeuren. Maar er is meer onderzoek nodig om een dergelijke causaliteit aan te tonen.

#### **4.4 Onderdiagnose als mogelijk verklarende factor voor onderbehandeling van AS**

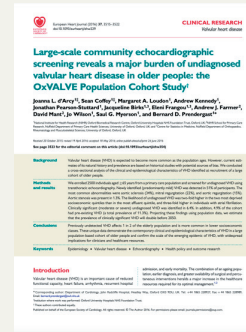
Op basis van een analyse van routinematige zorggegevens schatten we dat jaarlijks bij ongeveer 5.600 patiënten van 65+ de diagnose ernstige AS wordt gesteld, waarvan ongeveer 3.600 van 75+. Gegevens van de OxVALVE Population Cohort Study (Oxfordshire, VK) suggereren echter dat hartklepaandoeningen sterk ondergediagnosticeerd worden. In dit bevolkingsonderzoek, waaraan 2.500 personen van 65+ jaar deelnamen, werden de deelnemers met trans-thoracale echocardiografie gescreend op niet-gediagnosticeerde hartklepaandoeningen. Hoewel personen met reeds bestaande hartklepaandoeningen werden uitgesloten, werd een aanzienlijk aantal AS-patiënten geïdentificeerd, voornamelijk in de lagere sociaaleconomische klassen. De studie schat dat ongeveer 57% van de patiënten met een klinisch significante hartklepaandoening niet gediagnosticeerd is.<sup>23</sup> Als we dit toepassen op AS, zou dit betekenen dat tot 7.500 ouderen (65+) met klinisch significante AS ongediagnosticeerd blijven.

23 Specifiek stelt het onderzoek dat 'klinisch significante (matige of ernstige) VHD nieuw werd gediagnosticeerd bij 6,4% van de deelnemers. Toevoeging van de verdere 4,9% van de proefpersonen met reeds bestaande VHD uit het totale studiecohort (ervan uitgaande dat matige of ernstige VHD zou resulteren in een klinische diagnose) creëerde een afgeleide totale populatieprevalentie van matige of ernstige VHD van 11,3%.' M.a.w.: 6,4% van de 11,3%, d.w.z. 57%, was voorheen niet gediagnosticeerd.

### Gediagnosticeerde patiënten, gebaseerd op claimgegevens [#DBC registraties, 2019]



### Schatting voor ongediagnosticeerde patiënten<sup>3</sup>



Naar schatting 57% van patiënten met klinisch significante hartklepaandoeningen wordt niet gediagnosticeerd

In Nederland zou dit neerkomen op ~7.500 patiënten met ernstige aortaklepstenose die ongediagnosticeerd blijven

Figuur 13: Schattingen voor gediagnosticeerde en ongediagnosticeerde AS-patiënten. Bron: analyse door Gupta Strategists, [Ox-VALVE onderzoek](#). Voetnoten: 1) Bron: [Britse cohortstudie](#) (2022), 2) Bron: [Amerikaanse cohortstudie](#) (2023)

Een mogelijke factor die bijdraagt aan deze onderdiagnose is waarschijnlijk dat de kennis over symptomen van hartklepaandoeningen onder patiënten laag is en dat stethoscoopcontroles relatief zeldzaam zijn.<sup>24</sup> Vooral patiënten met atypische symptomen, zoals kortademigheid en vermoeidheid (die beide kunnen worden geïnterpreteerd als 'normale' ouderdomsverschijnselen), kunnen daardoor ongediagnosticeerd blijven.

Net als bij onderbehandeling is het niet bekend in welke mate leeftijdgerelateerde vooroordelen bijdragen aan deze onderdiagnose. Het is echter zeker denkbaar dat factoren die geassocieerd worden met leeftijdgerelateerde vooroordelen, zoals het toeschrijven van symptomen aan leeftijd in plaats van ziekte, hier een rol spelen. Om dit met meer zekerheid na te kunnen gaan, zou gericht onderzoek nodig zijn.

## 4.5 Leerpunten uit deze casestudy

Concluderend kan worden gesteld dat aortaklepstenose een belangrijk gezondheidsprobleem is voor de oudere bevolking in Nederland. Ondanks de vooruitgang in de behandelmogelijkheden blijven er grote verschillen bestaan in diagnose en behandeling. Het is mogelijk dat dit op zijn minst gedeeltelijk te wijten is aan leeftijdsdiscriminatie in de gezondheidszorg. In de toekomst zou het zeer interessant zijn om deze causaliteit verder te onderzoeken. In het bijzonder zou het interessant zijn om onderdiagnose en onderbehandeling van AS te bestuderen in de context van kwetsbaarheidsstatus.

24 Zie voor meer informatie de European Heart Health Survey ([link](#)).

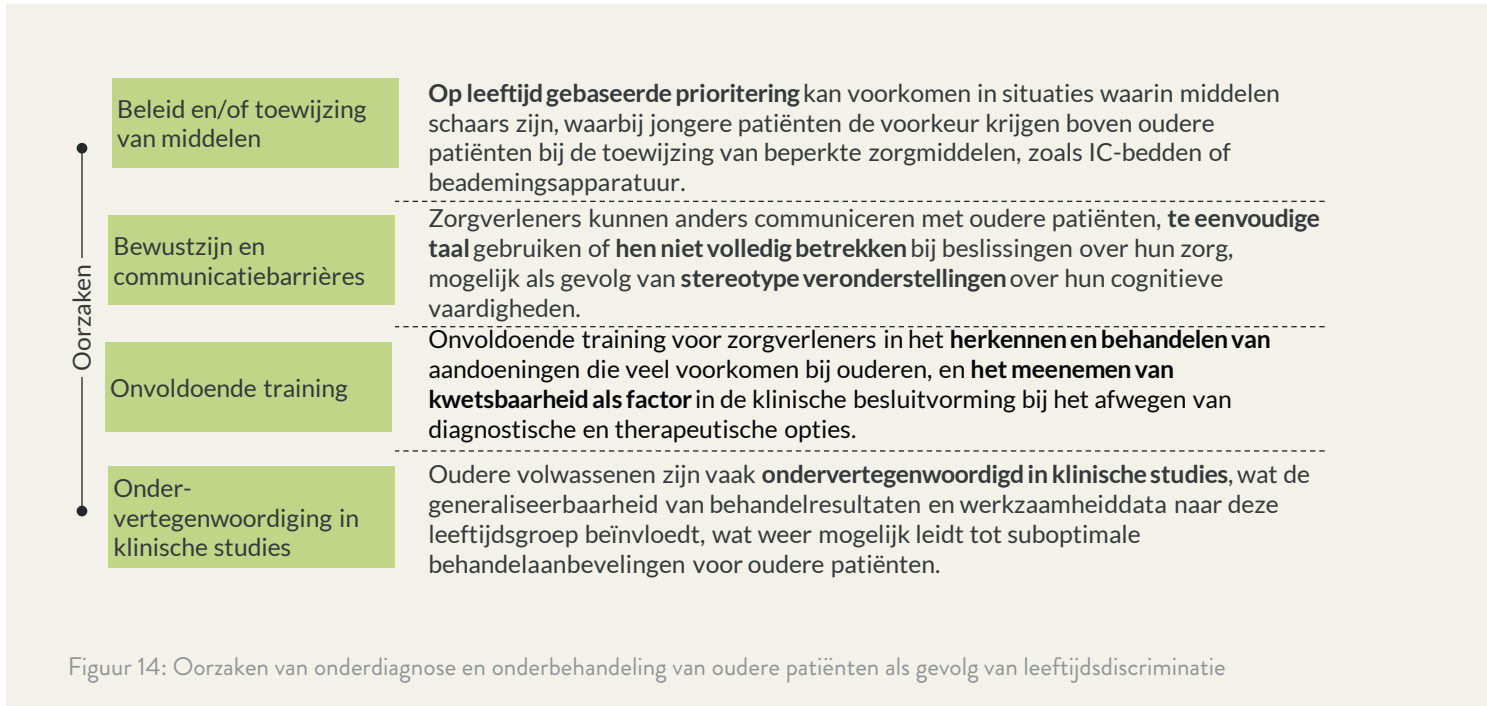


HOOFDSTUK 5

# Mitigatiestrategieën

## 5.1 Inleiding

Het aanpakken van leeftijdsdiscriminatie binnen de gezondheidszorg vereist een veelzijdige aanpak die zich richt op de onderliggende oorzaken van onderdiagnose en onderbehandeling van oudere patiënten (Figuur 14).



Mitigatiestrategieën moeten zich richten op het verminderen van het aantal mensen dat te maken krijgt met suboptimale zorg als gevolg van leeftijdsdiscriminatie. In dit hoofdstuk worden verschillende strategieën beschreven die de gevolgen van leeftijdsdiscriminatie binnen de gezondheidszorg kunnen helpen verminderen, waarbij de nadruk ligt op onderwijshervormingen, gericht onderzoek, bewustmakingscampagnes en beleidsaanbevelingen. Door deze strategieën te implementeren, kunnen we de gezondheidsresultaten en de kwaliteit van leven voor de ouder wordende bevolking verbeteren.

## 5.2 Beleidsaanbevelingen

Doeltreffend beleid is van groot belang om ervoor te zorgen dat zorgsystemen zijn toegerust om zonder vooroordelen te voldoen aan de behoeften van een vergrijzende bevolking. Het is belangrijk om te onthouden dat ‘meer passende zorg’ niet altijd ‘minder zorg’ betekent. Als we er geen rekening mee houden dat verschillende mensen op verschillende manieren ouder worden en dat er vele trajecten zijn die iemand kan doorlopen als hij ouder wordt, kan dit op individueel niveau leiden tot problematische resultaten (vooral in een cultuur die doordrenkt is van het narratief van ouder worden als achteruitgaan).<sup>25</sup>

<sup>25</sup> Voor een overzicht van ethische aspecten met betrekking tot gezondheidszorgbeleid en leeftijdsdiscriminatie, zie [de link](#)

Op macroniveau is een beleidsfocus van ‘minder doen’ ook te simplistisch, vooral gezien de aanzienlijke vergrijzing van de bevolking. In plaats van *minder te doen*, moeten we investeren in innovatie die ons in staat stelt *meer te doen met minder*. Als meer optimale zorg voor iemand van 75 leidt tot extra jaren gezond leven en een bijdrage kunnen leveren aan de samenleving, dan is dat enorm waardevol en zou dat als zodanig in het beleid moeten worden meegenomen.

Beleidsaanbevelingen dienen zich daarom te richten op het scheppen van een ondersteunend kader voor ouderenzorg dat meerdere facetten omvat:

- **Leeftijdneutraal zorgbeleid:** het implementeren van beleid dat klinische behoefte en potentiële voordelen voorrang geeft boven leeftijd is van cruciaal belang. Deze aanpak zorgt ervoor dat oudere volwassenen de behandelingen krijgen die ze nodig hebben, zonder dat ze oneerlijk worden gedeprioriteerd vanwege hun leeftijd. Zorgprotocollen moeten bijvoorbeeld worden herzien om op leeftijd gebaseerde drempels te elimineren die de toegang tot bepaalde behandelingen of diagnostische procedures beperken, en zich in plaats daarvan te concentreren op de individuele gezondheidsstatus en het potentiële voordeel van medische interventies.
- **Capaciteitsverhogende innovatie:** investeren in een breed scala aan technologische en medische innovaties kan de toegang tot en de resultaten van de gezondheidszorg voor oudere volwassenen aanzienlijk verbeteren. In een eerdere gezamenlijke studie van Gupta Strategists en de FME<sup>26</sup> werd geschat dat capaciteitsverhogende innovatie het potentieel heeft om 110.000 gezondheidswerkers vrij te maken, wat bijna het volledige verwachte personeelstekort in Nederland zou kunnen oplossen. In een eerder rapport<sup>27</sup> hebben we bijvoorbeeld laten zien dat transkatheter aortaklepimplantatie (TAVI) gepaard gaat met een productiviteitswinst van 80% ten opzichte van het alternatief van openhartoperatie. Dergelijke ontwikkelingen maken het voor oudere volwassenen gemakkelijker om toegang te krijgen tot en te profiteren van zorg.
- **Toewijzing van middelen:** het beleid moet zorgen voor een adequate toewijzing van middelen voor ouderenzorg, waaronder financiering van geavanceerde medische technologieën, ondersteunende diensten en programma's voor preventieve zorg. Dit kan meer overheidsfinanciering inhouden voor geriatrische zorg, subsidies voor medicijnen en behandelingen die oudere volwassenen vaak nodig hebben alsmede investeringen in zorg-bij-huis-programma's die thuis ouder worden ondersteunen. Daarnaast is het financieren van onderzoek naar nieuwe medische technologieën en behandelingen die de specifieke gezondheidsproblemen van ouderen aanpakken cruciaal voor het stimuleren van vooruitgang in de geriatrische zorg.
- **Incentives voor geriatrische opleidingen:** het creëren van incentives voor zorgverleners om een geriatrische opleiding te volgen kan helpen om het aantal professionals in de ouderenzorg te vergroten. Daarnaast kan de integratie van geriatrisch onderwijs in het kerncurriculum van medische opleidingen en permanente educatie ervoor zorgen dat alle zorgverleners zijn toegerust om aan de behoeften van een vergrijzende bevolking te voldoen.

26 Zie [link](#)

27 Zie [link](#)

- **Publieke bewustwordings- en voorlichtingscampagnes:** het beleid moet zich ook richten op het vergroten van het publieke bewustzijn over het belang van geriatrische zorg en het bestrijden van leeftijdsdiscriminatie. Educatieve campagnes die de waarde en bijdragen van oudere volwassenen benadrukken, kunnen helpen bij het veranderen van maatschappelijke attitudes en het verminderen van vooroordelen binnen de gezondheidszorg. Deze campagnes kunnen ook informatie bieden over preventieve gezondheidsmaatregelen en oudere volwassenen stimuleren om regelmatig medische zorg te zoeken.

### 5.3 Bewustmakingscampagnes

Bewustmaking van het belang van een gelijkwaardige gezondheidszorg voor ouderen kan helpen bij het bestrijden van leeftijdsdiscriminatie en het veranderen van maatschappelijke attitudes. Bewustmakingscampagnes moeten gericht zijn op zowel zorgverleners als het grotere publiek.

- **Campagnes voor zorgverleners:** educatieve initiatieven gericht op zorgverleners kunnen benadrukken hoe belangrijk het is om symptomen bij oudere volwassenen niet af te doen als louter leeftijdgerelateerd en de noodzaak van grondige diagnostiek en passende behandeling te onderstrepen.
- **Publieke bewustmakingscampagnes:** het publiek voorlichten over de waarde van oudere volwassenen en het belang van tijdige en passende gezondheidszorg kan helpen om zelf-gestuurde leeftijdsdiscriminatie te verminderen en oudere volwassenen te stimuleren om proactief zorg te zoeken.

### 5.4 Onderwijs

Een van de belangrijkste belemmeringen voor effectieve gezondheidszorg voor ouderen is het gebrek aan adequate training in geriatrische zorg onder generalistische zorgverleners. Het is vooral belangrijk dat men zich bewust is van vooroordelen en de beoordeling van kwetsbaarheid meeneemt in de klinische besluitvorming.

Ondanks het belang ervan, wordt er weinig aandacht besteed aan het concept van kwetsbaarheid in de huisartsgeneeskunde. Kwetsbaarheid wordt gemakkelijk over het hoofd gezien omdat de symptomen subtiel en langzaam progressief kunnen zijn en dus worden afgedaan als horend bij normale veroudering. Bovendien is de opleiding van artsen gericht op specifieke medische aandoeningen in plaats van op algemene kwetsbaarheid.<sup>28</sup> Als kwetsbaarheid gemakkelijk over het hoofd wordt gezien, dan kan niet-kwetsbaarheid ook gemakkelijk worden onderschat. Het is belangrijk om te onthouden dat de meeste mensen op elke leeftijd niet kwetsbaar zijn en dat het wel of niet kwetsbaar zijn een aanzienlijke impact heeft op de vooruitzichten voor kwaliteit van leven en levensverwachting.

28 Zie [link](#)

Het is van essentieel belang dat de onderwijscurricula worden uitgebreid met geriatrische training.

- **Integratie van geriatrie in de medische opleiding:** medische opleidingen moeten een uitgebreidere geriatrische opleiding in hun curricula opnemen. Dit omvat het hebben van inzicht in de complexiteit van veroudering, het omgaan met meerdere comorbiditeiten en het inschatten van kwetsbaarheid.
- **Bijscholing:** het is cruciaal dat professionals in de gezondheidszorg voortdurend worden bijgeschoold. Bijscholingsprogramma's gericht op geriatrische zorg kunnen zorgverleners op de hoogte houden van de nieuwste ontwikkelingen en best practices in de behandeling van oudere volwassenen.

## 5.5 Gericht onderzoek

Onderzoek speelt een zeer belangrijke rol in het begrijpen en aanpakken van de unieke zorgbehoeften van ouderen. Een groot recent literatuuroverzicht over leeftijdsdiscriminatie binnen de gezondheidszorg ging ook in op de uitsluiting van ouderen van medische studies.<sup>29</sup>

Het bleek dat ouderen werden uitgesloten van onderzoeken op het gebied van cardiologie, interne geneeskunde, nefrologie, neurologie, preventieve geneeskunde, psychiatrie, reumatologie, oncologie en urologie. De meeste van deze onderzoeken waren gebaseerd op wereldwijde onderzoeksgegevens (81,7%) die tot 206 landen omvatten.

Zo ontdekten onderzoekers op basis van een internationaal register van klinische onderzoeken naar de ziekte van Parkinson dat 49% van de klinische onderzoeken ouderen uitsloot, ook al komt deze ziekte op latere leeftijd vaker voor. In de oncologie is het effect van interventies bij oudere patiënten vaak onvoldoende bekend.

- Er is behoefte aan meer inclusief onderzoek dat zich specifiek richt op oudere volwassenen.
- Het opnemen van kwetsbaarheid als factor in klinische studies: terwijl studies leeftijd vaak opnemen of gebruiken om de groep deelnemers aan het onderzoek te bepalen, wordt de kwetsbaarheidsstatus meestal niet opgenomen, hoewel onderzoeken aantonen dat dit een belangrijke prognostische factor is, onafhankelijk van leeftijd en geregistreerde comorbiditeiten.
- Inclusieve klinische trials: ervoor zorgen dat oudere volwassenen voldoende vertegenwoordigd zijn in klinische trials kan helpen gegevens te genereren die beter toepasbaar zijn op deze populatie. Dit kan leiden tot beter geïnformeerde behandelrichtlijnen en -praktijken.
- Specifieke geriatrische onderzoeken: het financieren en stimuleren van studies die zich richten op veelvoorkomende geriatrische aandoeningen en de behandeling daarvan kan waardevolle inzichten opleveren in het verbeteren van de zorg voor ouderen.
- Richtlijnen moeten numerieke leeftijd niet aanhouden als een klinische beslissingsfactor als dit vermeden kan worden.

29 Zie [link](#)





HOOFDSTUK 6

**Conclusie**

## 6.1 Samenvatting van bevindingen

Dit rapport biedt een brede verkenning naar leeftijdsdiscriminatie binnen de gezondheidszorg en de aanzienlijke negatieve invloed ervan op de diagnose en behandeling van oudere patiënten in Nederland. Leeftijdsdiscriminatie binnen de gezondheidszorg leidt tot ongepaste verschillen in zorg, wat de gezondheidsresultaten en de kwaliteit van leven van oudere volwassenen aanzienlijk beïnvloedt. In de kern wordt leeftijdsdiscriminatie veroorzaakt door het verkeerd toeschrijven van symptomen aan veroudering in plaats van aan een behandelbare aandoening (door patiënten of zorgverleners), en/of door misvattingen over kwetsbaarheid. Belangrijk is dat, hoewel de prevalentie van kwetsbaarheid toeneemt met de leeftijd, de meeste mensen op elke leeftijd *niet* kwetsbaar zijn.

Ons onderzoek schat dat tussen 450.000 en 650.000 ouderen in Nederland (ongeveer 14-19% van de oudere bevolking) te maken krijgt met onderdiagnose en/of onderbehandeling, waardoor dit een belangrijk probleem voor de volksgezondheid is.

Een casestudy over aortaklepstenose, een belangrijk gezondheidsprobleem voor de oudere bevolking in Nederland, laat zien dat er ondanks de vooruitgang in de behandelmethoden nog steeds aanzienlijke hiaten bestaan in de diagnose en behandeling. Het is mogelijk dat dit op zijn minst gedeeltelijk te wijten is aan leeftijdsdiscriminatie in de gezondheidszorg. In de toekomst zou het zeer interessant zijn om deze causaliteit nader te onderzoeken. In het bijzonder zou het interessant zijn om onderdiagnose en onderbehandeling van AS te bestuderen in de context van kwetsbaarheidsstatus.

## 6.2 Aanbevelingen

Het aanpakken van leeftijdsdiscriminatie binnen de gezondheidszorg vereist een veelomvattende en veelzijdige aanpak die beleidsvorming, bewustmakingscampagnes, onderwijshervormingen en gericht onderzoek omvat. De volgende aanbevelingen schetsen de noodzakelijke stappen om de gevolgen van leeftijdsdiscriminatie te verminderen en de zorgresultaten voor ouderen te verbeteren:

- **Beleidsveranderingen:** ontwikkel en implementeer leeftijdsneutraal zorgbeleid dat prioriteit geeft aan klinische behoefte en potentiële voordelen boven leeftijd. Beleid moet zorgen voor voldoende middelen voor ouderenzorg, waaronder financiering voor capaciteitsverhogende innovaties. Het bevorderen van onderzoek naar nieuwe medische technologieën en behandelingen die de specifieke gezondheidsproblemen van ouderen aanpakken is cruciaal voor het stimuleren van vooruitgang binnen de ouderenzorg.
- **Bewustmakingscampagnes:** lanceer initiatieven die gericht zijn op zowel zorgverleners als het bredere publiek om het belang van gelijkwaardige gezondheidszorg voor ouderen te benadrukken en vooroordelen over leeftijd te verminderen. Educatieve campagnes kunnen informatie bieden over de waarde en bijdragen van oudere volwassenen en een meer respectvolle en inclusieve houding ten opzichte van ouder worden stimuleren.
- **Onderwijs:** integreer alomvattende geriatrische zorg in medische curricula en zorg voor voortdurende bijscholing van zorgverleners. Dit zal ervoor zorgen dat zorgverleners goed toegerust zijn om de complexiteit van veroudering te doorgronden, om te gaan met meerdere comorbiditeiten en om kwetsbaarheid nauwkeurig te beoordelen en te behandelen.

- **Gericht onderzoek:** bevorder en financier inclusieve klinische studies en geriatrie-specifieke studies om gegevens te genereren die beter toepasbaar zijn op oudere volwassenen. Dit zal leiden tot beter geïnformeerde behandelrichtlijnen en -praktijken. Het opnemen van kwetsbaarheid als factor binnen klinische studies zal ook meer relevante inzichten opleveren in de gezondheidsbehoeften van de oudere bevolking. Richtlijnen zouden geen numerieke leeftijd als een klinische beslissingsfactor moeten gebruiken als dit vermeden kan worden. Daarnaast zou het waardevol zijn om specifiek onderzoek te doen naar het gebruik van screeningsinstrumenten in niet-kwetsbare populaties in plaats van eenvoudige leeftijdsgrenswaarden toe te passen.

### 6.3 Call to action

Wereldwijd moeten zorgsystemen die te maken hebben met een vergrijzende samenleving, ook die in Nederland, hun groeiende oudere bevolking erkennen en zich daaraan aanpassen. Doordat een aanzienlijke deel van de bevolking de derde levensfase bereikt, moeten we opnieuw nadenken over wat het betekent om oud te worden. Deze bevolkingsgroep vertegenwoordigt een belangrijk en waardevol segment van de economie en de samenleving en verdient respect, waardigheid en hoogwaardige zorg.

Door leeftijdsdiscriminatie aan te pakken en de aanbevolen strategieën te implementeren, kunnen we een gelijkwaardiger zorgsysteem neerzetten dat garandeert dat oudere volwassenen de zorg krijgen die ze verdienen en dat zij kunnen bijdragen aan en participeren in de samenleving.

Het is noodzakelijk dat beleidsmakers, zorgverleners, onderwijsinstellingen en de samenleving als geheel samenwerken en doortastende actie ondernemen. Het implementeren van deze strategieën zal niet alleen de gezondheid en het welzijn van oudere volwassenen verbeteren, maar ook hun vermogen om bij te dragen aan de maatschappij vergroten, wat alle generaties ten goede zal komen.

# | Over dit rapport

Deze publicatie is het resultaat van een coproductie van Gupta Strategists en Edwards Lifesciences. We hebben de krachten gebundeld en gelijkgerichtheid opgezocht, vanuit een gedeelde nieuwsgierigheid naar de omvang en oorzaken van leeftijdsdiscriminatie in de zorg.

Voor deze publicatie interviewden we diverse experts uit de Nederlandse gezondheidszorg. De tekst in deze publicatie is geenszins bedoeld als exacte weergave van de bijdrage van individuele betrokkenen. De inzichten uit de gesprekken en discussies met deze betrokkenen hebben de tekst echter op vele punten verrijkt. Wij bedanken iedereen voor hun belangeloze bijdrage.

### **Over Gupta Strategists en Edwards Lifesciences**

Gupta Strategists is een onafhankelijk adviesbureau voor organisaties in de zorgsector, in binnen- en buitenland. Voor alles wat we doen geldt: het moet de zorg aantoonbaar beter maken. Kenmerkend aan onze werkwijze is dat we inhoudelijk, diepgaande kennis op creatieve wijze combineren met een praktische insteek.

Edwards Lifesciences is wereldwijd marktleider op het gebied van patiëntgerichte innovaties voor hartklepaandoeningen en hemodynamische monitoring. Wij worden gedreven door een passie voor patiënten. We werken samen met artsen en stakeholders in het hele zorgland- schap. Met de toenemende vergrijzing van de bevolking zien wij het als onze verantwoordelijk- heid om het leven van mensen te helpen verbeteren en bij te dragen aan het creëren van een duurzamere samenleving. Wij innoveren voortdurend om levensbedreigende ziekten aan te pakken, actief en gezond ouder worden mogelijk te maken en de gezondheidszorgsystemen te transformeren door het bieden van efficiënte levensreddende behandelingen.

Edwards Lifesciences financierde de totstandkoming van deze publicatie.

## Contact en samenwerking

Het doel van deze publicatie is om iedereen die bezorgd is over de toekomst van ons zorgsysteem te inspireren, een spiegel voor te houden én perspectief te bieden. We gaan graag in gesprek en samen met anderen aan de slag. U kunt daarvoor contact opnemen met:

### Daan Livestro, partner bij Gupta Strategists

[daan.livestro@gupta-strategists.com](mailto:daan.livestro@gupta-strategists.com)

+31 6 23 85 28 54



BIJLAGE

# Overzicht van bewijs in de literatuur over onderdiagnose en onderbehandeling

Ons onderzoek naar bewijs voor onderdiagnose bij oudere patiënten leverde de volgende studies op:

Referentie	Opmerkingen met betrekking tot de conclusies die we uit dit onderzoek hebben getrokken
Faisal-Cury et al., Depression underdiagnosis: Prevalence and associated factors. A population-based study. J Psychiatr Res. Juli 2022; 151:157-165	63% van de depressies wordt ondergediagnosticeerd; het leeftijdseffect is 3%.
Bach et al., Diagnosis of depression in the elderly. The "Geriatric Depression Scale". Z Gerontol Geriatr. Jan-feb 1995; 28(1):42-6	Slechts 25% van de patiënten met een ernstige depressiestoornis wordt opgespoord
Scazufca et al., Identification and treatment of depression of older adults in primary care: findings from the São Paulo Ageing and Health Study. Fam Pract. Juni 2016;33(3):233-7	Slechts 4% van de patiënten met een ICD-10 depressie werd als zodanig gediagnosticeerd; let op: bij mensen met een laag inkomen
Barry et al., Under-treatment of depression in older persons. J Affect Disord. Feb. 2012 136(3):789-96	Van de 286 (27,9%) deelnemers met depressie kreeg tussen 43% en 69% geen behandeling voor hun depressie gedurende een periode van 18 maanden. 30,5% van de 121 deelnemers met aanhoudende depressie kreeg geen behandeling tijdens de gehele onderzoeksperiode. We gebruikten een schatting van 50%.
Skinner et al., Diagnostic errors in older patients: a systematic review of incidence and potential causes in seven prevalent diseases. Int J Gen Med. 2016 mei 20:9:137-46	(overzichtsartikel) Het onderzoek van de hoogste kwaliteit stelde vast dat bij patiënten van 65 jaar of ouder met symptomen van, risicofactoren voor en een behandeling die overeenkomt met COPD, de ziekte in 35% van de gevallen niet werd gediagnosticeerd.
Apostolovic et al., Frequency and significance of unrecognized chronic obstructive pulmonary disease in elderly patients with stable heart failure. Aging Clin Exp Res. Okt-dec. 2011;23(5-6):337-42	Uit een onderzoek met 174 oudere patiënten met stabiel chronisch hartfalen bleek dat 27,6% voorheen nog niet-erkende COPD had.
Skinner et al., Diagnostic errors in older patients: a systematic review of incidence and potential causes in seven prevalent diseases. Int J Gen Med. Mei 2016 20:9:137-46	(overzichtsartikel) Vier onderzoeken naar onderdiagnose bij dementie berekenden 1-Sn van 71% tot 100% en 1-NPV van 10% tot 11%. Wij gebruikten een schatting van 15%.
Skinner et al., Diagnostic errors in older patients: a systematic review of incidence and potential causes in seven prevalent diseases. Int J Gen Med. Mei 2016 20:9:137-46	(overzichtsartikel) Vijf onderzoeken naar de ziekte van Parkinson stelden onderdiagnose vast, waarbij twee klinisch-pathologische onderzoeken 1-Sn tussen 9% en 50% en 1-NPV tussen 1% en 10% rapporteerden. en 1-NPV tussen 1% en 10%. Wij gebruikten een schatting van 7%.



## Referentie

## Opmerkingen met betrekking tot de conclusies die we uit dit onderzoek hebben getrokken

Skinner et al., Diagnostic errors in older patients: a systematic review of incidence and potential causes in seven prevalent diseases. *Int J Gen Med*. Mei 2016 20:9:137-46

(overzichtsartikel) Onderdiagnose werd beoordeeld in vier onderzoeken waarin 1-Sn 17,1% was in één onderzoek op basis van autopsie<sup>8</sup> en veel hoger (62,5% en 70,6%) in twee onderzoeken van hoge kwaliteit met door richtlijnen goedgekeurde klinische en echocardiografische referentiecriteriën. Wij gebruikten een schatting van 60%.

Rutten et al., Unrecognized heart failure in elderly patients with stable chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Heart J*. 2005 Sep;26(18):1887-94

Uit een onderzoek onder oudere patiënten (≥65 jaar) met chronische obstructieve longziekte (COPD) bleek dat 20,5% voorheen niet herkend hartfalen had.

Hancock et al., Hoge prevalentie van niet-gedetected hartfalen bij bewoners van langdurige zorg: bevindingen van het HFinCH-onderzoek (Heart Failure in Care Homes). *Eur J Heart Fail*. Feb. 2013;15(2):158-65

In het HFinCH-onderzoek (Heart Failure in Care Homes) werd hartfalen gediagnosticeerd bij bijna een kwart (22,8%) van de bewoners in de leeftijd van 65-100 jaar in instellingen voor langdurige zorg.

Skinner et al., Diagnostic errors in older patients: a systematic review of incidence and potential causes in seven prevalent diseases. *Int J Gen Med*. Mei 2016 20:9:137-46

(overzichtsartikel) Een onderzoek op basis van een klinische referentiestandaard rapporteerde 2% onderdiagnose bij AMI. Onderdiagnose kwam minder vaak voor op spoedeisende hulpafdelingen met een hoger volume.

Skinner et al., Diagnostic errors in older patients: a systematic review of incidence and potential causes in seven prevalent diseases. *Int J Gen Med*. mei 2016 20:9:137-46

(overzichtsartikel) Eén retrospectief onderzoek met 18.000 patiënten met diabetes uit twee cohorten toonde 1-PPV's van 2% en 4%.

Kirchgatterer et al., Colorectal cancer in geriatric patients: endoscopic diagnosis and surgical treatment. *World J Gastroenterol*. 21 jan. 2005 ;11(3):315-8

'Een ander onderzoek bij geriatrische patiënten (ouder dan 80 jaar) die endoscopie van het onderste deel van het maag-darmkanaal ondergingen, toonde aan dat bij 6% van alle endoscopieën darmkanker werd vastgesteld, waarbij een aanzienlijk aantal van deze patiënten met succes werd geopereerd. Dit geeft aan dat endoscopische diagnose cruciaal is bij het opsporen van darmkanker bij ouderen, die anders ondergediagnosticeerd zou kunnen worden.'

Trumble et al., Hearing loss in the elderly. A survey in general practice. *Med J Aust*. 21 sept 1992;157(6):400-4

Gerapporteerde onderdiagnose is 37%. De referentie is vrij oud, daarom namen we aan dat een derde nog steeds relevant is, dus gebruikten we 12%.

Als evidence over onderbehandeling bij oudere patiënten hebben we de volgende onderzoeken geïdentificeerd en gebruikt:

Referentie	Opmerkingen met betrekking tot de conclusies die we uit dit onderzoek hebben getrokken
Ganti et al., Update of Incidence, Prevalence, Survival, and Initial Treatment in Patients With Non-Small Cell Lung Cancer in the US. JAMA Oncol. Dec. 2021; 7(12): 1-9	Berekend als verschil tussen % behandeld < 65 vs ouder dan 65, per stadium (gebaseerd op aanvullende tabel e5); van 2,7% in stadium 1 tot 5% in stadium 3b; we gebruikten 3,5% als benadering.
Belgrano et al., Surgical oncology in the elderly. Acta Chir Belg. Dec. 2020;120(6):401-403	Ruwe schatting op basis van dalende resectiepercentages > 80 jaar is 20%; neem aan dat een kwart van dit effect leeftijdgerelateerde onderbehandeling is
Make et al., Undertreatment of COPD: a retrospective analysis of US managed care and Medicare patients. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2012; 7: 1-9	Verschil in geen langdurige farmacotherapie tussen commerciële (gemiddelde leeftijd 54 jaar) en medicare (gemiddelde leeftijd 75 jaar) populatie is 4%.
Fairhead et al., Underinvestigation and underreatment of carotid disease in elderly patients with transient ischaemic attack and stroke: comparative population based study. BMJ. 9 Sept. 2006; 333(7567): 525-527	Verschil in carotis endarterectomie voor symptomatische patiënten = 80%; neem aan dat een kwart van dit effect te wijten is aan leeftijdgerelateerde onderbehandeling
Sanders et al., Acute Ischemic Stroke and Heart Failure: Stroke Risk Factors Associated with Exclusion from Thrombolytic Therapy. Clin Appl Thromb Hemost. Jan-cec 2022; 28	Verschil in rt-PA tussen oudere en niet-oudere patiënten is 5%.
Al-Musawe et al., Overtreatment and undertreatment in a sample of elderly people with diabetes. Int J Clin Pract. Nov. 2021;75(11):e14847	Het onderzoek omvatte 444 deelnemers: potentiële overbehandeling en onderbehandeling werden gevonden bij 60,5% en 12,6% van de onderzoekspopulatie.
Stasinopoulos et al., Potential Overtreatment and Undertreatment of Type 2 Diabetes Mellitus in Long-Term Care Facilities: A Systematic Review. J Am Med Dir Assoc. sept 2021;22(9):1889-1897	De prevalentie van mogelijke onderbehandeling (1,4%-35%, n = 8 onderzoeken) varieerde sterk per instelling en geografische locatie en afhankelijk van de gebruikte definities. Wij gebruikten het midden van dat bereik
Massing et al., Lipid management among coronary artery disease patients with diabetes mellitus or advanced age. Am J Cardiol. Maart 2001 1;87(5):646-9	Patiënten van 65 jaar kregen 1,7 (95% betrouwbaarheidsinterval 1,6 tot 1,8) keer vaker lipidenmedicatie voorgeschreven dan ouderen [ASSUME kwartaal = leeftijdgerelateerde onderbehandeling]

## Referentie

## Opmerkingen met betrekking tot de conclusies die we uit dit onderzoek hebben getrokken

Stolfo et al., Use of heart failure evidence-based therapy across age strata: data from the Swedish Heart Failure Registry. Abstract op Heart Failure 2021, Europese Sociëteit voor Cardiologie.

Benaderde verschillen in gerapporteerde behandelingspercentages voor RASi, bètablokkers en MRA tussen personen jonger dan 70 jaar en personen ouder dan 80 jaar

Bastiaannet et al., Breast cancer in elderly compared to younger patients in the Netherlands: stage at diagnosis, treatment and survival in 127,805 unselected patients. Breast Cancer Res Treat. Dec 2010;124(3):801-7

De resultaten bevestigen de internationale gegevens die wijzen op een hoger stadium bij diagnose, minder agressieve behandeling, minder naleving van richtlijnen en een verminderde overleving voor oudere borstkankerpatiënten in Nederland; de aantallen in deze studie zijn ~5-15%; ga uit van de lage kant





 Edwards Lifesciences

 **GUPTA**  
STRATEGISTS

POSTBUS 94437  
1090 GK AMSTERDAM

GUPTA-STRATEGISTS.NL  
INFO@GUPTA-STRATEGISTS.NL