

**dr. Barbara van Munster**

internist ouderengeneeskunde,  
klinisch geriater, Gelre Ziekenhuis,  
senior onderzoeker UMCG, namens de  
Nederlandse Internisten Vereniging

**Arend Arends**

klinisch geriater, Havenziekenhuis,  
namens de Nederlandse Vereniging  
voor Klinische Geriatrie

**ir. Teus van Barneveld**

directeur Kennisinstituut van de  
Federatie Medisch Specialististen

**dr. Johannes de Beer**

richtlijnmethodoloog,  
Guide2Guidance

EFFECTEN VAN BEHANDELING ZIJN ANDERS BIJ MENSEN OP LEEFTIJD

# Maak richtlijnen op maat voor ouderen

Algemene richtlijnen zijn niet altijd toepasselijk voor ouderen. Daar is maatwerk vereist. Een nieuwe methodiek voor richtlijnontwikkeling moet daarin voorzien.

gelden Medisch Specialististen. Richtlijnondersteuners van het Kennisinstituut zijn bijgeschoold en implementeren de nieuwe werkwijze momenteel in huidige richtlijnontwikkeling vanuit de wetenschappelijke verenigingen.<sup>3</sup>

**R**egelmatig maken artsen situaties mee waarin, laten we bijvoorbeeld zeggen een dame van 85 jaar, naast een verhoogd valrisico en polyfarmacie, hypertensie blijkt te hebben. De richtlijn stelt in zo'n geval dat behandeling met antihypertensiva is geïndiceerd. Maar of dit advies wel opgaat voor deze vrouw, is eigenlijk helemaal niet duidelijk. Dit stelt je als arts voor een dilemma: behandel je haar tot de systolische streefwaarde van lager dan 140 mmHg of probeer je vooral het valrisico te beperken door het aantal antihypertensieve medicijnen te beperken? Je wilt evidencebased zorg op maat bieden, maar de meeste richtlijnen bieden geen specifieke aanbevelingen voor ouderen. En dat is onterecht, want het is gebleken dat de uitkomsten en neveneffecten van behandelingen zelfs bij gezonde ouderen anders kunnen zijn dan bij jongvolwassenen met dezelfde aandoening; bij kwetsbare ouderen of ouderen met multimorbiditeit is de verwachting dat dit nog verder uiteenloopt.<sup>1</sup> Bij de multimorbide patiënt kan het toepassen van verschillende aandoeningsspecifieke richtlijnen leiden tot conflicterende adviezen.<sup>2</sup> Daarnaast zijn ouderen vaak in andere uitkomstmaten

geïnteresseerd zoals zelfstandig blijven en kwaliteit van leven. Ten slotte spelen bij hen de kortere levensverwachting en bijkomende aandoeningen een rol in de besluitvorming. Kortom, ouderen vormen een heterogene groep waarvoor de aanbevelingen uit de huidige richtlijnen lang niet altijd opgaan. Daarom is de 'Methodiek voor op ouderen afgestemde richtlijnontwikkeling' opgezet.

## Handvatten

Het feit dat er bij de richtlijnontwikkeling weinig aandacht voor ouderen is, betekent in de praktijk dat aanbevelingen uit richtlijnen momenteel oneigenlijk worden toegepast op ouderen. De nieuw ontwikkelde 'Methodiek voor op ouderen afgestemde richtlijnontwikkeling' heeft als doel de aandacht te verbeteren voor zorg op maat aan ouderen bij het ontwikkelen van nieuwe of actualiseren van bestaande richtlijnen. Deze methodiek biedt handvatten om in elke fase van richtlijnontwikkeling bewust aandacht aan deze vraag te besteden. Ze is tot stand gekomen op initiatief van de Nederlandse Internisten Vereniging en de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie en gefinancierd door de Stichting Kwaliteits-

## Zoekstrategieën

De methodiek beschrijft of er in de voorbereidingsfase aandacht gegeven dient te worden aan een specifieke groep ouderen. Dit hangt af van de vraag of er al dan niet sprake is van prevalentie interfererende comorbiditeit of multimorbiditeit bij de doelpopulatie van de richtlijn. Voor de kwetsbare ouderen zal het vooral van belang zijn of prognose, organisatie van zorg of uitkomstmaten aandacht voor deze specifieke doelgroep rechtvaardigen. Als besloten is aandacht aan ouderen te besteden, dan wordt bij de samenstelling van een richtlijnwerkgroep betrokkenheid van een specialist met kennis van ouderen aangeraden. Daarnaast is het betrekken van een ouderenorganisatie wenselijk. In aanvulling op uitkomstmaten zoals sterfte en morbiditeit, kun-

Relateer de *time-to-benefit* aan de levensverwachting



HOLLANDE HOOGTE

Bij de beoordeling van een therapie zijn ook uitkomstmaten als kwaliteit van leven, functionele status en behandellast van belang.

nen zachtere maten zoals bijvoorbeeld kwaliteit van leven, functionele status of behandellast van belang zijn bij de beoordeling van een therapie. Verder is aan te raden de *time-to-benefit* van een behandeling te relateren aan de levensverwachting.

De methodiek beschrijft specifieke zoekstrategieën voor de verschillende categorieën ouderen.<sup>4</sup> In de gevonden studies moet worden nagegaan of deze daadwerkelijk evidence voor ouderen leveren. Bijvoorbeeld door na te gaan of ouderen goed zijn vertegenwoordigd in de studies, of het een representatieve populatie betrof, en of de resultaten van interventies bij ouderen afzonderlijk vermeld zijn. De balans van gewenste en ongewenste effecten voor ouderen wordt mede bepaald door de absolute baten en risico's van interventies, interacties met medicatie of aandoeningen, behandellast, draagkracht van een patiënt, prognose en waarden en voorkeuren van patiënten.

### De praktijk

Het succes van een richtlijn staat of valt met een effectieve implementatie in de praktijk. Om dit te bevorderen, bevat de methodiek adviezen over hoe om te gaan

met factoren die de uitvoering kunnen belemmeren.

De invoering van de methodiek vindt op dit moment plaats in een aantal lopende richtlijntrajecten: 'Diabetes bij ouderen'

---

## VIER GROEPEN OUDEREN

De heterogeniteit onder ouderen zorgt ervoor dat er binnen deze groep ook weer gedifferentieerd moet worden bij het opstellen van aanbevelingen. Daarom worden in de richtlijnmethodiek vier groepen van ouderen onderscheiden:

1. Relatief gezonde ouderen.
2. Ouderen met één bijkomende specifieke (interfererende) comorbide aandoening. Dat wil zeggen een bijkomende aandoening die een interactie kan hebben met de (behandeling van de) hoofdaandoening die de richtlijn beschrijft.
3. Ouderen met multimorbiditeit, waarbij het niet om één specifieke comorbide aandoening gaat.
4. Kwetsbare ouderen: bij wie reserve en belastbaarheid afnemen door een opeenstapeling van tekorten op meerdere terreinen. In deze groep speelt het risico op negatieve gezondheidsuitkomsten, zoals functionele beperkingen of sterfte een rol.

## Het helpt kennishiaten in kaart te brengen

en 'Addendum (kwetsbare) ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomangement'. Beide laten zien dat aanbevelingen op maat mogelijk zijn. Vanwege het gebrek aan onderzoek bij vooral kwetsbare ouderen (met multimorbiditeit), is de verwachting dat aanbevelingen in richtlijnen voor deze doelgroepen voor een belangrijk deel nog blijven varen op 'experience'. Desondanks verwachten we dat richtlijnwerkgroepen op basis van deze nieuwe methodiek in toenemende mate nagaan of specifieke ouderenpopulaties een prominente plek in de richtlijn moeten krijgen. Toekomstige of herziene richtlijnen zullen dan aanbevelingen bevatten met meer duidelijkheid over de doelgroep waarvoor deze gelden. Tegelijkertijd kan het toepassen van deze methodiek voor onderzoekers en subsidiegevers zinvol zijn, omdat het helpt kennishiaten in kaart te brengen die aanleiding kunnen vormen tot nader onderzoek. Met richtlijnen die beter aansluiten bij de complexe zorg voor de nog steeds groeiende groep ouderen, zetten we een stap richting verbetering van de kwaliteit van zorg aan deze groep. ■

### contact

b.van.munster@gelre.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

### web

De voetnoten en meer informatie over dit onderwerp vindt u op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).

**Hypothetisch voorbeeld van op ouderen afgestemde methodiek bij richtlijnontwikkeling of -herziening (NB: niet op huidige richtlijn Osteoporose en fractuurpreventie gebaseerd)**

### UITGANGSVRAAG

Dient een kwetsbare oudere met osteoporose een bisfosfonaat te gebruiken?

### BALANS VAN GEWENSTE EN ONGEWENSTE EFFECTEN

**Behandellast** Bij veel kwetsbare ouderen zal sprake zijn van polyfarmacie, met een risico op gebrekkige therapietrouw als gevolg.

**Geneesmiddeleninteractie** Andere orale geneesmiddelen binnen een halfuur kunnen de resorptie van een bisfosfonaat verminderen. Cave andere geneesmiddelen die irritatie van het maag-darmkanaal geven zoals NSAID's.

**Geneesmiddelen met negatief effect op botmetabolisme** Diverse medicatie (o.a. anti-epileptica, diuretica en anti-depressiva, hebben een negatief effect op de botdichtheid.

**Grootte van gewenst effect (vermindering fractuurrisico)**

Bisfosfonaten (alendronaat) geven een reductie van het relatief risico op heup- en wervelfracturen met circa 50 procent in twee jaar tijd (Cranney e.a., 2002). Wanneer voor een hoogrisicogroep de kans op een serieuze osteoporotische

wervelfractuur 3 procent is in een periode van twee jaar, is er met gebruik van alendronaat een absolute risicoreductie van 1,4 procent te realiseren.

**Grootte van ongewenste effecten**

De schatting van het relatieve risico voor gastro-intestinale klachten bij gezonde patiënten met bisfosfonaat-gebruik is 1,03 (95%-BI: 0,98-1,07). Dit risico is naar verwachting hoger bij kwetsbare ouderen.

**Prognose** Afhankelijk van de scores met behulp van een meetinstrument dat leeftijd, sekse, lichaamsgewicht, mate van comorbiditeit en functionele status combineert, kan de levensverwachting worden geprognoseerd. Voor een vrouw van 75 jaar, met een BMI <25 kg/m<sup>2</sup>, diabetes mellitus type 2, hartfalen en beperkingen zoals niet meer dan een paar honderd meter kunnen lopen, hulp bij wassen, risico op sterfte binnen vier jaar 44 procent ([www.epronosis.com](http://www.epronosis.com)).

### WAARDEN EN VOORKEUREN

Patiënten met osteoporose hebben een voorkeur voor zesmaandelijks subcutane injecties of maandelijks een tablet, en een hekel aan gastro-intestinale bijwerkingen (Hilgsmann e.a., 2014).

### AANBEVELINGEN

- Gegeven de geringe absolute risicoreductie bij gebruik van alendronaat de eerste jaren wordt voor een kwetsbare oudere met osteoporose en een levensverwachting van minder dan twee jaar een bisfosfonaat niet aanbevolen.
- Voor een kwetsbare ouderen met osteoporose en een levensverwachting van vier jaar of meer kan een bisfosfonaat worden overwogen als waarden als bijwerkingen minder van belang worden geacht.
- Wanneer vermijden van bijwerkingen en medicatiereductie een belangrijke waarde is, wordt een bisfosfonaat afgeraden.