

**Samenvatting van addendum  
'Methodiek op Ouderen afgestemde  
Richtlijnontwikkeling' bij Medisch Spe-  
cialistische Richtlijnen 2.0**



nederlandse internisten vereniging

Nederlandse Vereniging  
voor **Klinische Geriatrie**





---

**25 juni 2015**



## SAMENVATTING VAN ADDENDUM OUDERENPROOF MAKEN VAN RICHTLIJNEN

### 1 Doel van dit addendum en 2. Inleiding

Dit addendum beoogt de aandacht voor ouderen in de breedste zin van het woord (zie 2.) bij het ontwikkelen van richtlijnen te vergroten. Tot nu toe is er te weinig aandacht voor deze (klinisch heterogene) groep in richtlijnen, en zeker niet systematisch in alle fasen van het ontwikkelproces. Een van de consequenties hiervan is dat veelal niet duidelijk is of aanbevelingen ook gelden voor ouderen, of alleen voor relatief gezonde volwassenen van middelbare leeftijd. Of het onderwerp van de richtlijn nu een aandoening (bijvoorbeeld COPD), probleem of klacht (bijvoorbeeld chronische pijn bij ouderen), of een specifieke interventie (bijvoorbeeld gecombineerde endoscopische en laparoscopische verwijdering van colonpoliepen) betreft, in alle gevallen beoogt dit addendum ondersteuning te bieden.

Het gebruik van dit addendum vooronderstelt niet dat er standaard een of meer klinisch geriaters/internisten ouderengeneeskunde zitting hebben in de richtlijnwerkgroep. Anders geformuleerd, ook een richtlijnwerkgroep zonder deze specialisten kan van dit addendum gebruikmaken. Dit addendum is zowel bedoeld voor algemene richtlijnen als voor richtlijnen specifiek gericht op ouderen als doelgroep.

Dit addendum is ontwikkeld als bijlage bij Medisch specialistische richtlijnen 2.0 (versie oktober 2011), en volgt zo veel mogelijk de hierin gepresenteerde indeling van het ontwikkelproces. Er worden in Medisch specialistische richtlijnen 2.0 drie fasen onderscheiden: voorbereidingsfase, ontwikkelfase en afrondingsfase (Medisch specialistische richtlijnen 2.0, p. 17-19). De voorbereidingsfase loopt vanaf het moment dat het ontwikkelen van richtlijnen ter sprake komt. Dit is inclusief de keuze voor een onderwerp, en het bepalen welke organisaties betrokken zijn. De voorbereidingsfase duurt tot en met het samenstellen van de werkgroep. De ontwikkelfase start op het moment dat de werkgroep compleet is. Binnen de ontwikkelfase valt ook een uitgebreide knelpuntenanalyse, waarbij een breed scala aan betrokkenen wordt gehoord. De ontwikkelfase eindigt wanneer de werkgroep een conceptrichtlijn gereed heeft. Elk van deze fasen heeft een aantal hoofdpunten die zijn overgenomen van Richtlijn voor Richtlijnen (versie 2010) van de voormalige Regieraad Kwaliteit van Zorg.

### 3.1 Onderwerp en doel

In dit addendum worden vier groepen van ouderen onderscheiden:

1. Relatief gezonde ouderen;
2. Ouderen met één bijkomende specifieke (interfererende) comorbide conditie (ziekte, stoornis). Met interfererende comorbiditeit worden co-existente condities bedoeld die van invloed zijn op de ziekte of stoornis die onderwerp is van de richtlijn, namelijk via 'drug-condition, drug-drug, and food-drug interactions'. Een voorbeeld van interfererende comorbiditeit is osteoporose bij ouderen met COPD. Medicatie met corticosteroiden in verband met COPD heeft een negatief effect op de botdichtheid en vergroot het risico op fracturen.
3. Ouderen met multimorbiditeit (meerdere co-existerende chronische aandoeningen), waarbij het niet om één specifieke comorbide conditie gaat;
4. Kwetsbare ouderen. Onder kwetsbaarheid bij ouderen wordt verstaan 'het afnemen van reserve en belastbaarheid door een opeenstapeling van tekorten op meerdere domeinen'. Kwetsbare ouderen hebben een verhoogd risico op negatieve gezondheidsuitkomsten, zoals valincidenten, delier of functionele beperkingen, specifieke ziekteverschijnselen als extreme vermoeidheid of onverklaard gewichtsverlies, veelvuldig voorkomende infecties, postoperatieve complicaties en sterfte.

In hoeverre specifiek aandacht voor ouderen nodig of wenselijk is binnen een richtlijn, kan worden bepaald door de criteria zoals vastgesteld door de Regieraad Kwaliteit van Zorg voor de keuze van een onderwerp *toe te passen op de doelgroep van ouderen*. Deze criteria zijn:



- de prevalentie van de aandoening of conditie;
- de lijdensdruk;
- de maatschappelijke relevantie; en
- de verwachting dat een richtlijn de kwaliteit van de zorg kan verbeteren.<sup>1</sup>

Of er aandacht gegeven dient te worden aan een *specifieke groep ouderen* zoals hiervoor gedefinieerd, hangt af van het feit of er al dan niet sprake is van *prevalente* 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. Ontbreken van wetenschappelijke literatuur is op zichzelf geen reden om aan een van de genoemde groepen ouderen geen aandacht in de richtlijn te besteden.

Om na te gaan of een van de groepen van ouderen meer of minder focus behoeft dan een andere kan een 'quick search' van de literatuur worden verricht waarbij gekeken kan worden naar *ouderen-specifieke evidence in de vorm van systematic reviews of landmark studies*. Tevens kan gekeken worden naar de beschikbaarheid van (in ontwikkeling zijnde) aanpalende richtlijnen, en/of de expertise van inhoudsdeskundigen, in het bijzonder die van een klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde, worden benut.

- Mocht de initiatiefnemer van de richtlijn besluiten om *geen* specifieke aandacht aan *ouderen* te besteden, dan vermeldt deze dit in de inleiding van de richtlijn, waar gewoonlijk ook andere afwegingen bij de afbakening van het onderwerp van de richtlijn worden benoemd.
- Indien de initiatiefnemer – zo nodig na consultatie van de primair betrokken beroepsorganisaties, eventueel (koepels van) organisaties van ouderen en mantelzorgers – besluit om specifiek aandacht aan *ouderen* te besteden, dan wordt in de inleiding van de richtlijn vermeld:
  - om welke specifieke doelgroep het gaat: ouderen, ouderen met één specifieke (interfererende) comorbide conditie, ouderen met multimorbiditeit of kwetsbare ouderen; en
  - bij welke uitgangsvragen hiermee rekening is gehouden.

### 3.2. Overwegingen voor deelname van een klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde en ouderenorganisaties in richtlijnwerkgroepen

De samenstelling van een werkgroep voor een richtlijn wordt in eerste instantie bepaald door het onderwerp. Op basis daarvan worden de primair betrokken beroepsgroepen benaderd door de initiatiefnemer. Als besloten is aandacht aan ouderen te besteden, dan wil dit niet zeggen dat een klinisch geriater / internist ouderengeneeskunde zitting behoort te nemen in de werkgroep.

Er zijn verschillende manieren waarop een klinisch geriater / internist ouderengeneeskunde betrokken kan zijn bij een werkgroep:

- participatie (waarbij NVKG/ NIV ook autoriseert);
- commentaar geven op conceptstukken tijdens ontwikkeltraject of op consultatiebasis bij een enkele module;
- betrokken bij knelpuntenanalyse en commentaarronde.

Als er (globale) uitgangsvragen met betrekking tot *relatief gezonde* ouderen of *ouderen met een interfererende comorbide conditie* die (medisch) wordt behandeld, in het richtlijnproject worden opgenomen, kan de inzet beperkt blijven tot het geven van commentaar in het kader van de **commentaarronde**. In geval van een *interfererende comorbide conditie* kan ook worden gedacht aan een medisch specialist op het terrein van die specifieke comorbide conditie.

<sup>1</sup> De richtlijn voor richtlijnen van de Regieraad Kwaliteit van Zorg (2012; p. 7) vermeldt: 'De keuze van het onderwerp wordt onder andere bepaald door de prevalentie van de aandoening of conditie, de lijdensdruk, de maatschappelijke relevantie en de verwachting dat een richtlijn de kwaliteit van de zorg kan verbeteren'.



Wanneer het (globale) uitgangsvragen *met betrekking tot ouderen met multimorbiditeit* betreft is een keuze tussen participatie tijdens het ontwikkeltraject en commentaar geven tijdens het ontwikkeltraject afhankelijk van de aard van de multimorbiditeit.

Als er (globale) uitgangsvragen met betrekking tot *kwetsbare ouderen* in het richtlijnproject worden opgenomen, dan ligt participatie of commentaar geven tijdens het **ontwikkeltraject** door een klinisch geriatr/internist ouderengeneeskunde voor de hand.

Opvattingen, waarden of voorkeuren van oudere patiënten zijn van belang voor het opstellen van juiste aanbevelingen, in het bijzonder bij de afweging van de voors en tegens van behandelopties. Betrokkenheid van een ouderenorganisatie is dan ook wenselijk (zie verder 4.4.2).

#### 4.1 Knelpunteninventarisatie en –analyse

Als aandacht wordt geschonken aan ouderen, dan wordt t.a.v. het patiëntenperspectief als leidraad voorgesteld om ouderenorganisaties en organisaties van mantelzorgers te betrekken bij de knelpunteninventarisatie, en daarnaast literatuuronderzoek te verrichten bij voorkeur in MEDLINE en de Cochrane Library. Patient preferences, patient satisfaction, patient experiences, patient participation, physician-patient relations, “shared decision-making” kunnen als (gecontroleerde) trefwoorden worden gebruikt, in combinatie met het onderwerp, en eventueel gelimiteerd tot systematic reviews en/of elderly[tiab] of AGED[Mesh].

#### 4.2 Uitgangsvragen en uitkomstmaten

- Naast uitkomstmaten zoals sterfte, en morbiditeit kunnen in verband met oudere uitkomstmaten zoals kwaliteit van leven, hospitalisatie, cognitief functioneren, functionele status of behandellast worden overwogen;
- Daarnaast wordt de vereiste follow-up duur m.b.t. de uitkomstmaten overwogen omdat dit in verband met de prognose van belang kan zijn (denk aan de time-to-benefit);
- Aanbevolen wordt om ook het relatief belang van de uitkomstmaten te bepalen met de richtlijnwerkgroep.

Indien in de richtlijn aandacht wordt besteed aan ouderen, dan dient het relatieve belang van de verschillende uitkomstmaten voor deze doelgroep expliciet vermeld te worden.

#### 4.3 Systematic review van de evidence

##### 4.3.1 Zoeken naar studies

*M.b.t. “algemene” richtlijnen*

Voor alle hieronder te vermelden zoekstrategieën geldt dat in een latere fase de zoekresultaten ingeperkt kunnen worden tot artikelen met een hoge gemiddelde leeftijd, of studies waarin meta-analysen (van individuele patiënt data), subgroep analyses of resultaten van meta-regressie worden gerapporteerd met betrekking tot behandel-effect en interacties tussen behandel-effect en comorbiditeit en/of leeftijdscategorieën van ouderen.

Voor ouderen van categorie 1: er kan in beginsel worden volstaan met dezelfde zoekstrategie als die voor jongere volwassenen.

Voor ouderen van categorie 2: Voor deze categorie ouderen dienen in de zoekvraag trefwoorden voor de relevante comorbide conditie te worden opgenomen.



Voor ouderen van categorie 3: Voor deze categorie ouderen wordt de volgende trefwoorden (in PubMed) aanbevolen:

Chronic disease [MeSH Major Topic] OR Comorbidity [MeSH Major Topic] OR “Multiple chronic conditions” OR “Multiple chronic illnesses” OR “Multiple chronic diseases” OR “Multiple morbidity” OR “Multiple comorbidity” OR “Chronic condition” OR “Chronic illness” OR “Multiple conditions” OR “Multiple illnesses” OR “Multiple diseases” OR “Multimorbidity” OR “Multi morbidity” OR “Multi-morbidity” OR “Comorbid disease”) AND Aged: 65+ years

Voor ouderen van categorie 4: Voor deze categorie ouderen wordt de volgende trefwoorden (in PubMed) aanbevolen:

“Frail Elderly”[Mesh] OR frail\*[tiab] OR “short physical performance battery”[tiab] OR “Sarcopenia”[Mesh]

#### *M.b.t. geriatrische richtlijnen*

Hiervoor worden de zoekstrategieën van Van de Glind et al (2014) aanbevolen; zie bijlage geriatrie zoekfilter in het addendum.

### 4.3.2 Studieontwerpen

#### *Studies over interventies*

Combineren van goed uitgevoerde (systematische reviews van) RCTs en observationele studies, bij voorkeur prospectief cohort onderzoek, kan met het oog op interne validiteit en toepasbaarheid van studies met betrekking tot diverse categorieën ouderen toegevoegde waarde hebben, en hangt af van het belang van de uitgangsvraag zoals door de werkgroep vastgesteld in de voorbereidingsfase.

#### *Diagnostische accuratesse studies*

Focus bij voorkeur op systematische reviews over diagnostische testaccuratesse, of diagnostische studies met subgroep analyses en “age factors”

### 4.3.3 Samenvatten van studiekarakteristieken

Voor klinische studies die behandeling van ziekten bestuderen die veel voorkomen bij ouderen moet nagegaan worden of deze studies ook de benodigde evidence voor ouderen leveren door na te gaan:

- of ouderen goed zijn vertegenwoordigd in de studies,
- of het een representatieve ouderenpopulatie betrof,
- of de resultaten (effectiviteit en toxiciteit) van interventies bij ouderen afzonderlijk vermeld worden.

### 4.3.4 en 4.3.5 Bepalen van de kwaliteit van bewijs per uitkomstmaat en van de algehele kwaliteit van bewijs

Voor de verschillende categorieën ouderen kan de algehele kwaliteit van bewijs verschillen omdat:

- er verschillende uitkomstmaten kunnen worden gebruikt;
- het relatief belang van een uitkomstmaat kan verschillen; en
- de kwaliteit van bewijs per uitkomstmaat kan verschillen onder meer vanwege indirect bewijs.

Bij ontbreken van subgroep analyses of resultaten van meta-regressies die informatief zijn voor effecten van (diagnostische of therapeutische) interventies bij ouderen, kan worden nagegaan of effecten voor een bepaalde uitkomstmaat in studies die overall resultaten presenteren, variëren naar gelang de gemiddelde



leeftijd van de studiepopulatie of het percentage patiënten met bijvoorbeeld de relevante comorbiditeit in elke studie.

#### **4.4 en 4.5 Formuleren en implementeren van aanbevelingen**

Overweeg bij het nagaan van de balans van gewenste en ongewenste effecten voor (de verschillende categorieën) ouderen:

- absolute baten en absolute risico's van interventies;
- geneesmiddeleninteracties;
- drug-disease interacties;
- behandellast;
- draagkracht van een patiënt;
- prognose (resterende levensverwachting, functionele status, jaren die met beperkingen worden doorgebracht, kwaliteit van leven) en
- waarden en voorkeuren van patiënten.

Overweeg bij het implementeren van aanbevelingen voor ouderen welke specifieke belemmerende factoren (niveau individuele zorgverleners, niveau organisatie, systeemniveau) er voor het toepassen ervan bestaan, en vooral hoe deze geadresseerd kunnen worden.

#### **5 Identificeren van mogelijke kennislacunes**

Geadviseerd wordt in de richtlijn de kennislacunes met betrekking tot jongere volwassenen en (kwetsbare) ouderen afzonderlijk te vermelden en te prioriteren.