

## **Hoe “ouderenproof” zijn de huidige tweedelijns richtlijnen in Nederland?**

**Auteurs:** Nicky A.B. de Rooij, Marlies Verhoeff, Rianne Lindeboom, Carolien M.J. van der Linden, Barbara C. van Munster

### **Samenvatting**

De prevalentie van multimorbiditeit stijgt met de leeftijd: ruim 70% van de 75-plussers heeft drie of meer chronische aandoeningen, veelal gecombineerd met kwetsbaarheid. In de huidige medische praktijk vormt evidence-based medicine met evidence-based richtlijnen de basis voor de behandeling. Het doel van deze studie is nagaan hoe toepasbaar de huidige medisch specialistische richtlijnen in de praktijk zijn bij de heterogene groep ouderen.

Alle richtlijnen uit de Nederlandse Richtlijndatabase werden onderzocht. De twaalf ouderen-specifieke richtlijnen werden vergeleken met de aanbevelingen uit de ‘methodiek’.

In 117 richtlijnen (54%) werden algemene termen, zoals “oudere(n)” gevonden. Een leeftijdsgrens werd vermeld in 26 richtlijnen (12%). De term “kwetsbaarheid” werd genoemd in 38 richtlijnen (18%), de term “comorbiditeit” in 107 (50%) en “cognitieve problemen” in acht (4%). Vijf ouderen-specifieke richtlijnen maakten een onderscheid tussen wel en niet kwetsbare ouderen. Drie richtlijnen bespraken relevante uitkomstmaten voor ouderen.

De resultaten laten zien dat de huidige richtlijnen in de praktijk niet optimaal toepasbaar zijn bij de diverse groepen ouderen. Ons inziens is aanpassing van de richtlijnen bij voorkeur door middel van implementatie van de ontwikkelde richtlijnmethodiek een noodzakelijke eerste stap in het bruikbaar maken van de huidige evidence-based richtlijnen uit de tweede lijn in Nederland voor de groeiende groep kwetsbare en multimorbide ouderen.

---

## **How “elderly-proof” are the current medical specialist guidelines in the Netherlands?**

### **Abstract**

The prevalence of multimorbidity increases with age, with over 70% of people aged 75 years and over having three or more chronic conditions, often combined with frailty. In current medical practice, evidence-based medicine with evidence-based guidelines forms the basis for treatment.

The aim of this study is to determine the practical applicability of the current medical specialist guidelines for the treatment of the heterogeneous group of older patients.

All guidelines from the Dutch guidelines database were examined. Twelve guidelines identified as elderly-specific were compared with the recommendations from the ‘methodology for the development of guidelines tailored to the elderly’.

In 117 guidelines (54%) general terms such as ‘older’ or ‘elderly’ were found. An age limit was mentioned in 26 guidelines (12%). The term ‘frailty’ was mentioned in 38 guidelines (18%), the term ‘comorbidity’ in 107 (50%) and cognitive problems in eight (4%). Five age-specific guidelines distinguished frail from non-frail older people. Three guidelines discussed relevant outcome measures for the elderly.

The results show that the practical applicability of current guidelines is not optimal for the various groups of older people. In our opinion, the improvement of the guidelines preferably by implementation of the Dutch methodology for senior-proof

guidelines is a necessary first step in making the current second-line evidence-based guidelines in the Netherlands usable for the growing group of frail and multimorbid elderly.

---

**Kernwoorden:** evidence based, multimorbiditeit, ouderen, richtlijnen

---

**Keywords:** Comorbidity, Directives, Elderly care, Evidence based medicine

---

## Inleiding

De bevolking van Nederland is geleidelijk aan het vergrijzen. In de twintigste eeuw is het aandeel 65-plussers in de totale bevolking gestegen van 6% naar 18%. Daarnaast is het deel 80-plussers binnen de groep van 65-plussers toegenomen. Deze cijfers samengenomen beschrijven de term "dubbele vergrijzing": over het algemeen zijn er meer ouderen en deze groep ouderen bereikt een hogere leeftijd dan voorheen. Op 1 januari 2018 was 24% van de 65-plussers ouder dan tachtig jaar, dat zijn ruim 779.000 mensen.<sup>1</sup> De prevalentie van multimorbiditeit stijgt met de leeftijd. Van de Nederlandse bevolking had 58% in 2018 één of meerdere chronische aandoeningen, dit percentage stijgt naar ruim 95% in de leeftijdscategorie van 75 jaar en ouder.<sup>2</sup> Van de mensen met een chronische ziekte had 54% hierbij meer dan één chronische aandoening. Ruim 70% van de 75-plussers heeft drie of meer chronische aandoeningen.<sup>2</sup> Kwetsbare ouderen hebben een verhoogd risico op negatieve gezondheidsuitkomsten van een behandeling, zoals valincidenten, delier of functionele beperkingen en zijn daarnaast vaak geïnteresseerd in andere uitkomstmaten, zoals kwaliteit van leven en zelfstandig functioneren. Derhalve dienen ouderen met een zekere mate van kwetsbaarheid als een aparte groep beschouwd te worden.<sup>3</sup> Bovengenoemde getallen benadrukken de relevantie van richtlijnen voor de behandeling en diagnostiek van chronische aandoeningen die aanbevelingen beschrijven gericht op de diverse groepen ouderen.

Evidence-based richtlijnen vormen in de huidige medische praktijk een belangrijke basis voor medische besluitvorming. Echter, de huidige richtlijnen blijken onvoldoende toereikend voor de heterogene groep ouderen met multimorbiditeit die een individuele evidence-based behandeling op maat vereist. Er zijn verscheidene redenen waarom er tekortkomingen zijn bij het toepassen van richtlijnen in de zorg voor ouderen. Zo worden ouderen vaak geëxcludeerd van het (klinisch) wetenschappelijk onderzoek dat ten grondslag ligt aan de aanbevelingen in de richtlijnen.<sup>4</sup> Indien ouderen wél geïnccludeerd worden, zijn dit vaak de "fittere" ouderen zonder multimorbiditeit, waardoor de resultaten van het onderzoek vaak niet toepasbaar zijn op kwetsbare ouderen met multimorbiditeit.<sup>5</sup> Daarnaast richt een evidence-based richtlijn zich vaak op één ziektebeeld. Dit kan vervolgens leiden tot conflicterende adviezen uit de diverse richtlijnen bij de multimorbide patiënt.<sup>6</sup> Ten slotte worden uitkomstmaten zoals kwaliteit van leven, functioneren, behandellast of bijwerkingen vaak niet meegenomen in de uitkomsten in aanbevelingen terwijl ze voor ouderen, in de meeste gevallen, meer van belang zijn dan bijvoorbeeld levensduur.<sup>7,8</sup>

Kortom, ouderen vormen een klinisch heterogene groep met veel (chronische) aandoeningen, waarvoor aanbevelingen uit huidige evidence-based richtlijnen niet zonder meer bruikbaar zijn.<sup>9</sup> Om deze reden is in 2016 de 'Methodiek voor op ouderen afgestemde richtlijnontwikkeling' opgezet door de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG).<sup>3,9</sup> Deze methodiek beoogt in de toekomst de aandacht te verbeteren voor ouderen bij het ontwikkelen van nieuwe of het actualiseren van bestaande richtlijnen en is zowel toepasbaar op algemene richtlijnen als op ouderen-specifieke richtlijnen. Het doel van deze studie is nagaan of de huidige evidence-based richtlijnen in de praktijk toepasbaar zijn voor de diverse groepen ouderen.

## Methodie

### Studieopzet

In mei 2019 werden alle richtlijnen uit de Richtlijndatabase van de Federatie van Medisch Specialisten geëxtraheerd.<sup>10</sup> De Richtlijndatabase is een Nederlandse online database met alle medisch-specialistische richtlijnen geïnitieerd door de wetenschappelijke verenigingen. Pdf-bestanden van de geïnccludeerde richtlijnen werden gegenereerd via de website van de Richtlijndatabase voor analyse.

De volgende richtlijnen werden uitgesloten van onze studie: richtlijnen gericht op kinderen, verloskundige richtlijnen, richtlijnen zonder volledige tekst online beschikbaar, richtlijnen die nog in ontwikkeling zijn, Engelstalige richtlijnen, richtlijnen die een niet direct patiënt-gerelateerd onderwerp hebben en richtlijnen die niet relevant zijn voor ouderen. Deze laatste beoordeling werd gedaan op basis van de titels van de richtlijnen door twee arts-assistenten in opleiding tot klinisch geriater (NR en RL) en bij twijfel in overleg met een internist geriater (BM). De richtlijnen werden onderverdeeld in richtlijnen die zich volledig richten op (kwetsbare) ouderen, ouderen-specifieke richtlijnen en richtlijnen die zich richten op een bredere doelgroep dan alléén ouderen: de algemene richtlijnen. Richtlijnen die zich ongeveer evenveel op kwetsbare ouderen als patiënten jonger dan 70 jaar richten, waarbij de NVKG de initiatiefnemer is, werden onderverdeeld bij de ouderen-specifieke richtlijnen. Dit betrof bijvoorbeeld de richtlijn Dementie. De richtlijn Ziekte van Parkinson richt zich tevens op zowel (kwetsbare) ouderen als patiënten jonger dan 70 jaar. De initiatiefnemer van deze richtlijn is de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en werd derhalve geanalyseerd in de groep algemene richtlijnen. Indien een onderdeel of een addendum van een algemene richtlijn ouderen-specifiek bleek te zijn, dan werd deze richtlijn meegenomen in de analyse van de algemene richtlijnen. De algemene en ouderen-specifieke richtlijnen werden afzonderlijk van elkaar geanalyseerd.

Het specialisme van de initiatiefnemer van de richtlijn, het publicatiejaar, het onderwerp en het type richtlijn (diagnostisch, therapeutisch of beide dan wel "anders" zoals organisatorisch) werd van iedere richtlijn vastgelegd. Vervolgens werd in de algemene richtlijnen gezocht naar specifieke zoektermen: "oud(e)", "oudere(n) (mensen)", "leeftijd", "comorbiditeit", "multimorbiditeit", "kwetsbaar(heid)", "frail(ty)", "cognitie", "cognitieve problemen", "gedeelde besluitvorming", "shared decision making" en "kennislacunes". Deze termen zijn gekozen om alle aspecten van een richtlijn die betrekking kunnen hebben op (kwetsbare) ouderen te onderzoeken. In eerste instantie werd er beoordeeld of de genoemde termen aan- of afwezig waren in de doorzochte richtlijn. Indien aanwezig, werd de daadwerkelijke tekst van de doorzochte richtlijn doorgelezen en beoordeeld op de aanwezigheid van algemene termen zoals "ouderen" en van specifieke termen zoals een genoemde leeftijdsgrens. Vervolgens werd vastgelegd in welk gedeelte van de richtlijn de gevonden zoekterm zich bevond, zoals in de aanbeveling of in de samenvatting van de literatuur. De betreffende zin en paginanummer werden tevens gedocumenteerd. Indien bovenstaande zoektermen niet in de richtlijn werden gevonden, werd dit geregistreerd als "niets genoemd". De dataverzameling werd verricht door een onafhankelijke onderzoeksverpleegkundige, waarna er een steekproefsgewijze controle plaatsvond door de hoofdonderzoekster (NR).

Voor het analyseren van de ouderen-specifieke richtlijnen werd er, opnieuw met zoektermen, gezocht in hoeverre de volgende aanbevelingen uit de richtlijnmethodiek<sup>7</sup> voor verschillende richtlijnonderdelen reeds werden opgevolgd:

- er wordt specifieke aandacht aan ouderen besteed. Indien dit niet het geval is, is de reden vermeld in de inleiding van de richtlijn.

Indien aandacht wordt besteed aan ouderen:

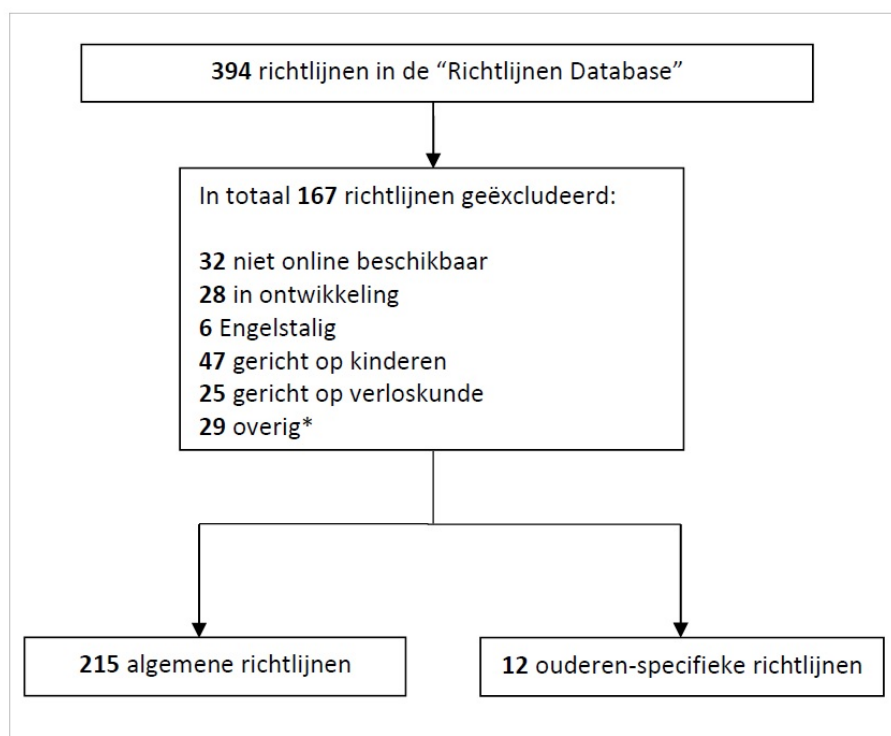
- benoemt de initiatiefnemer van de richtlijn in de inleiding om welke specifieke groep ouderen het gaat: ouderen, ouderen met één specifieke (interfererende) comorbide conditie naast het richtlijn onderwerp, ouderen met multimorbiditeit of kwetsbare ouderen;
- is de NVKG/NIV en een ouderenorganisatie betrokken bij de richtlijnontwikkeling (samenstelling werkgroep);
- dient het relatieve belang van de verschillende uitkomstmaten voor ouderen expliciet vermeld te worden (opstellen uitgangsvragen);
- worden belemmerende factoren voor implementatie van aanbevelingen bij ouderen omschreven (aanbevelingen);
- worden in de kennislacunes (kwetsbare) ouderen afzonderlijk vermeld en geprioriteerd (kennislacunes).

### Statistische analyse

IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versie 21.0 werd gebruikt voor analyse. Frequentietabellen en kruistabellen met percentages werden toegepast om het gebruik van algemene of specifieke termen in algemene en ouderen-specifieke evidence-based richtlijnen te beschrijven.

### Resultaten

Er waren in totaal 394 richtlijnen beschikbaar in de Richtlijnen Database, waarvan 167 richtlijnen werden geëxcludeerd (Figuur 1). Van de in totaal 227 geïncludeerde richtlijnen werden 215 algemene richtlijnen geïncludeerd. Daarnaast waren er 12 ouderen-specifieke richtlijnen, waarvoor een aparte analyse werd uitgevoerd.



**Figuur 1. Inclusie richtlijnen nulmeting.**

\* Richtlijnen die niet relevant zijn voor ouderen, richtlijnen die dubbel genoemd zijn (oude versies) of richtlijnen die niet patiënt-gerelateerd zijn.

### Algemene richtlijnen

De meeste algemene richtlijnen kwamen vanuit interne geneeskunde en chirurgie (beide  $n=29$ , 14%), gevolgd door dermatologie ( $n=27$ , 13%), oncologie ( $n=24$ , 11%) en neurologie ( $n=22$ , 10%). De overige specialismen hadden een aandeel van 9% of minder uit de totaal 215 richtlijnen die werden onderzocht (Tabel 1). Het merendeel van de algemene richtlijnen ( $n=169$ , 79%) gaf aanbevelingen voor zowel diagnostiek als therapie, 15% alleen met betrekking tot therapie, 3% alleen aanbevelingen voor diagnostiek en 4% gaf aanbevelingen op een ander vlak, zoals organisatorisch (Tabel 1).

**Tabel 1. Karakteristieken geïncludeerde richtlijnen.**

Karakteristieken	Algemene richtlijnen N=215 N(%)	Ouderen-specifieke richtlijnen N=12 N(%)
Verdeling richtlijnen naar specialisme		
- Chirurgie	29 (14)	

- Interne geneeskunde	29 (14)	2 (17)
- Dermatologie	27 (13)	
- Oncologie	24 (11)	
- Neurologie	22 (10)	1 (8)
- Psychiatrie	19 (9)	1 (8)
- Orthopedie	14 (7)	
- Longgeneeskunde	13 (6)	
- Gynaecologie	11 (5)	
- Keel-, neus- en oorheelkunde	11 (5)	1 (8)
- Urologie	7 (3)	
- Cardiologie	4 (2)	
- Oogheelkunde	4 (2)	
- Maag-, darm- en leverziekten	1 (0,5)	
- Geriatrie		7 (58)
Aantal richtlijnen over alleen <i>diagnostiek</i>	6 (3)	3 (25)
Aantal richtlijnen over alleen <i>therapie</i>	32 (15)	5 (42)
Aantal richtlijnen over zowel <i>diagnostiek als therapie</i>	169 (79)	3 (25)
Aantal richtlijnen over " <i>anders</i> " (bv. organisatorisch)	8 (4)	1 (8)

### "Ouderen"

In 117 van de 215 onderzochte richtlijnen (54%) werd gebruik gemaakt van algemene termen in de tekst, zoals "oudere(n)". In de meeste gevallen betroffen dit richtlijnen van de interne geneeskunde (n=20, 69%), gevolgd door 16 (84%) van de psychiatrie en 14 (58%) van de oncologie. De algemene term "ouderen" bevond zich met name in de samenvatting van de literatuur (n=34, 29%), in de overwegingen (n=25, 21%) en in de inleiding van de richtlijn (n=16, 14%).

Een leeftijdsgrens, in de meeste gevallen gebruikt om aan te geven voor wie de daaropvolgende tekst geldt, werd vermeld in 26 richtlijnen (12%), waarbij deze het meeste werd gebruikt in de samenvatting van de literatuur (n=8, 31%), de overwegingen (n=7, 27%) en in de aanbevelingen van de richtlijn (n=5, 19%). Met name chirurgische richtlijnen maakten gebruik van een leeftijdsgrens in hun teksten (n=9, 31%). In 71 richtlijnen (34%) werden in zijn geheel geen termen gebruikt met betrekking tot ouderen (Tabel 2).

**Tabel 2. Resultaten ouderen-specifieke terminologie in de huidige Nederlandse algemene richtlijnen, betreffende zoekterm "oudere(n)".**

"Ouderen"		Aantal (N)	Percentage (%)
<b>Niets genoemd</b>	Totaal	72	34
<b>Algemene term</b>	Totaal	117	54
	Onderverdeling in 3 hoogste uitkomsten		

	Samenvatting literatuur	34	29
	Overwegingen	25	21
	Inleiding	16	14
<b>Leeftijdsgrens</b>	Totaal	26	12
	Onderverdeling in 3 hoogste uitkomsten		
	Samenvatting literatuur	8	31
	Overwegingen	7	27
	Aanbevelingen	5	19

### "Kwetsbaarheid"

De term "kwetsbaarheid" werd genoemd, maar niet toegelicht, in 38 richtlijnen (18%) en dan voornamelijk in de overwegingen (n=13, 34%). Vijf richtlijnen (2%) beschreven een definitie van de term "kwetsbaarheid", waarbij iedere richtlijn de term beschreef in een ander gedeelte van de richtlijn (zoals overwegingen of inleiding). Het merendeel van de richtlijnen (n=172, 80%) noemde de term "kwetsbaarheid" in het geheel niet (Tabel 3).

**Tabel 3. Resultaten ouderen-specifieke terminologie in de huidige Nederlandse algemene richtlijnen, betreffende zoekterm "kwetsbaarheid".**

"Kwetsbaarheid"		Aantal (N)	Percentage (%)
<b>Niets genoemd</b>	Totaal	172	80
<b>Kwetsbaarheid genoemd, maar niet toegelicht</b>	Totaal	38	18
	Onderverdeling in 4 hoogste uitkomsten		
	Overwegingen	13	34
	Samenvatting literatuur	8	21
	Inleiding	5	13
	Uitgangsvraag	5	13
<b>Kwetsbaarheid gedefinieerd</b>	Totaal	5	2
	Onderverdeling in 5 hoogste uitkomsten		
	Aanbevelingen	1	20
	Inleiding	1	20
	Overwegingen	1	20
	Samenvatting literatuur	1	20

	Uitgangsvraag	1	20
--	---------------	---	----

### "Comorbiditeit" en "cognitieve problemen"

In 107 van de 215 richtlijnen (50%) werd de term "comorbiditeit" genoemd, waarvan dit met name internistische (n=18, 62%) en chirurgische richtlijnen (n=16, 55%) betrof, gevolgd door richtlijnen van de psychiatrie (n=15, 79%). De algemene term "comorbiditeit" werd vooral gevonden in de samenvatting van de literatuur (n=29, 27%) en in de overwegingen van de richtlijnen (n=26, 24%). Een totaal van 23 richtlijnen (11%) definieerden de term "comorbiditeit", voornamelijk in de samenvatting van de literatuur (n=10, 44%). In het merendeel van de gevallen betrof dit een richtlijn van de interne geneeskunde (n=5, 17%), gevolgd door neurologie (n=4, 18%). Cognitieve problemen werden specifiek benoemd in acht richtlijnen (4%) (twee richtlijnen van de chirurgie, twee van de neurologie, één van de interne geneeskunde, één van de oncologie, één van de gynaecologie en één van de cardiologie), met name in de samenvatting van de literatuur (n=3, 38%). De term "comorbiditeit" werd niet gevonden in 77 van de algemene richtlijnen (36%) (Tabel 4).

**Tabel 4. Resultaten ouderen-specifieke terminologie in de huidige Nederlandse algemene richtlijnen, betreffende zoekterm "comorbiditeit".**

"Comorbiditeit"		Aantal (N)	Percentage (%)
<b>Niets genoemd</b>	Totaal	77	35
<b>Algemene term</b>	Totaal	107	50
	Onderverdeling in 3 hoogste uitkomsten		
	Samenvatting literatuur	29	27
	Overwegingen	26	24
	Aanbevelingen	22	21
<b>Comorbiditeit gedefinieerd</b>	Totaal	23	11
	Onderverdeling in 5 hoogste uitkomsten		
	Samenvatting literatuur	10	44
	Aanbevelingen	3	13
	Conclusies	3	13
	Inleiding	3	13
	Overwegingen	3	13
<b>Cognitieve problemen specifiek benoemd</b>	Totaal	8	4
	Onderverdeling in 3 hoogste uitkomsten		
	Samenvatting literatuur	3	38
	Overwegingen	2	25

	Uitgangsvraag	2	25
--	---------------	---	----

### “Shared decision making” en “kennislacunes”

Er werd tevens gezocht naar de zoektermen “shared decision making” en “kennislacunes” in de algemene richtlijnen. Van de 215 richtlijnen noemden 36 richtlijnen (17%) de term “shared decision making” in de tekst, met name in de overwegingen van de richtlijn (n=12, 33%). In totaal hadden 85 richtlijnen (40%) kennislacunes geformuleerd, waarbij deze in de meeste gevallen (94%) als bijlage waren toegevoegd aan de richtlijn. Hiervan formuleerden tien richtlijnen (12%) één of meerdere kennislacunes ten aanzien van ouderen.

### Ouderen-specifieke richtlijnen

De ouderen-specifieke richtlijnen (n=12) van de Richtlijnen-database bestonden uit vijf therapeutische richtlijnen, drie diagnostische, drie zowel therapeutische als diagnostische en één richtlijn gaf aanbevelingen op een ander vlak, namelijk preventieve zorg (Tabel 1). Bij het merendeel (67%) van de ouderen-specifieke richtlijnen was de NVKG de initiatiefnemer voor het schrijven van de richtlijn. De overige richtlijnen werden opgezet door de NIV (n=2), de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (n=1) en de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (n=1).

In vijf van de 12 ouderen-specifieke richtlijnen (42%) werd in de richtlijntekst een onderscheid gemaakt tussen wel en niet kwetsbare ouderen, waarbij twee richtlijnen dit deden in de uitgangsvraag. Bij vier van de 12 richtlijnen (33%) nam er, naast de NVKG of NIV, een ouderenorganisatie deel aan de richtlijnwerkgroep. Relevante uitkomstmaten, mits gerapporteerd, werden onderverdeeld in algemene uitkomstmaten (zoals sterfte of morbiditeit) en specifieke uitkomstmaten (zoals kwaliteit van leven of aantal valincidenten). Een drietal richtlijnen bespraken relevante uitkomstmaten voor ouderen in de uitgangsvragen; hiervan benoemden twee richtlijnen specifieke uitkomstmaten voor ouderen en één richtlijn benoemde sterfte dan wel morbiditeit als uitkomstmaat. In acht richtlijnen (67%) werd in de algemene aanbevelingen beschreven of deze ook van toepassing zijn voor ouderen. Hiervan waren er vier richtlijnen die specifiek voor (verschillende groepen) ouderen aanbevelingen gaven, waarbij één richtlijn belemmerende factoren voor ouderen beschreef.

Alle onderzochte ouderen-specifieke richtlijnen beschreven kennislacunes behorend tot de verschillende uitgangsvragen. Hiervan formuleerden acht richtlijnen kennislacunes met daarbij passende onderzoeksvragen, specifiek op ouderen gericht.

### Discussie

Het doel van onze studie was na te gaan in hoeverre de huidige evidence-based richtlijnen in de praktijk toepasbaar zijn voor de diverse groepen ouderen. Bijna alle ziektebeelden komen voor bij de groeiende en heterogene groep ouderen, waarmee het belang van het op maat maken van richtlijnen voor deze patiëntenpopulatie des te groter is. In heel veel van de huidige evidence-based richtlijnen, welke de basis vormen voor medische besluitvorming, is echter nog weinig aandacht voor ouderen, kwetsbaarheid of multimorbiditeit. Het zonder meer opvolgen van iedere ziekte-specifieke aanbeveling uit richtlijnen bij een patiënt met multimorbiditeit kan leiden tot conflicterende adviezen uit de diverse richtlijnen<sup>5</sup>, potentiële interacties en een grote behandelingslast.<sup>11</sup> Dat er in richtlijnen weinig ondersteuning wordt geboden bij het aanpassen van de behandeling bij multimorbiditeit of kwetsbaarheid, komt niet alleen voor in de Nederlandse medisch-specialistische richtlijnen. Ook als we de literatuur over richtlijnen in het buitenland of over NHG-standaarden bekijken, zien we dat dit probleem door meerdere professionals wordt gesignaleerd.<sup>5,11,12</sup>

#### **Meer ouderen, kwetsbaarheid en multimorbiditeit, maar niet in de richtlijnen**

Een derde van de 215 onderzochte algemene richtlijnen benoemt niets over ouderen of comorbiditeit in de richtlijn, terwijl multimorbiditeit in de huidige praktijk een groot probleem is bij de ziekenhuispopulatie. De Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen schrijft in hun Brancherapport van 2018 dat in de twee jaar daarvoor het aantal patiënten dat het ziekenhuis bezocht meer dan gemiddeld toenam in de hogere leeftijdscategorieën (55 jaar en ouder). Daarnaast was de complexiteit van de zorgvraag bij deze groep patiënten gemiddeld hoger en zijn er een groter aantal betrokken specialismen.<sup>13</sup> Bovendien blijkt uit de literatuur dat er bij kwetsbare ouderen vaak sprake is van multimorbiditeit, waardoor richtlijnen van verschillende specialismen geraadpleegd worden voor de medische besluitvorming van deze patiëntengroep.<sup>14</sup>



Het is opvallend dat 80% van deze onderzochte richtlijnen niets noemen over kwetsbaarheid. Een mogelijke verklaring hiervoor is het feit dat deze specifieke groep ouderen vaak niet meegenomen wordt in de studies die ten grondslag liggen aan de richtlijnen.<sup>3</sup> De kwetsbare patiënten zijn daartoe vaak niet in staat, of worden geëxcludeerd wegens multimorbiditeit. Desalniettemin betekent dit niet dat er in richtlijnen geen specifieke aandacht besteed kan worden aan (kwetsbare) ouderen. Juist voor deze groep patiënten, maar ook voor (relatief) "fitte" ouderen en patiënten met multimorbiditeit, is medische besluitvorming op maat ten zeerste van belang. Een toevoeging dat de aanbeveling gebaseerd is op evidence van jongvolwassenen zonder comorbiditeit, zou behulpzaam kunnen zijn in de bewustwording voor het voorzichtig toepassen bij (kwetsbare) ouderen of patiënten met multimorbiditeit. Expert opinion dan wel experience based medicine kan tevens informatief zijn voor deze patiëntenpopulatie.

Ongeveer de helft van de 215 onderzochte algemene richtlijnen benoemt alleen algemene termen, zoals "ouderen" en "comorbiditeit" in de richtlijnentekst. In de gevallen waarin de richtlijnentekst wel iets zegt over ouderen, kwetsbaarheid of comorbiditeit, worden deze termen meestal beschreven in de samenvatting van de literatuur of de overwegingen van de betreffende richtlijn. Deze onderdelen van de richtlijnen worden beschouwd als achtergrondinformatie en worden waarschijnlijk minder gelezen dan de daadwerkelijke aanbevelingen.

Bovengenoemde resultaten zijn mogelijk zelfs een onderschatting van de werkelijke getallen, aangezien de richtlijnen die een ouderen-specifieke addendum bleken te hebben ook zijn meegenomen in deze analyse voor de algemene richtlijnen. De reden hiervoor is dat een ouderen-specifieke addendum maar een klein gedeelte van de overkoepelende algemene richtlijn bestrijkt en het toetsen van de gehele algemene richtlijnen aan de methodiek geen aanvullende informatie zou opleveren.

#### ***Bied handvatten met specifieke aanbevelingen voor ouderen of bij multimorbiditeit***

Specificatie of de aanbeveling ook voor (kwetsbare) ouderen of patiënten met multimorbiditeit geldt, of specifieke aanbevelingen voor deze populatie kwamen maar in enkele richtlijnen voor. Wanneer in de aanbeveling niet gespecificeerd wordt dat deze met name geldt voor jongere patiënten zonder comorbiditeit, wordt de indruk gewekt dat deze voor alle patiënten met deze aandoening geldt. Terwijl in de literatuur beschreven is dat het opvolgen van alle ziekte-specifieke aanbevelingen voor een oudere patiënt met multimorbiditeit kan leiden tot aanzienlijke polyfarmacie en potentiële interacties tussen medicatie en ziektes.<sup>5</sup> In de praktijk betekent dit dat in de dossiervoering altijd gemotiveerd dient te worden waarom er van de aanbeveling wordt afgeweken. Dit brengt extra tijd (en dus kosten) met zich mee, waardoor zorgprofessionals gestimuleerd worden om de aanbeveling in principe toe te passen bij iedere patiënt.

Gezien de schaarse aanbevelingen voor ouderen was de verwachting dat de geformuleerde kennislacunes uitspraken zullen doen over het ontbreken van evidence bij de groep (kwetsbare) ouderen. Het tegendeel is waar. Maar 85 van de 215 algemene richtlijnen (40%) hebben kennislacunes geformuleerd, waarbij maar 12% van de 85 kennislacunes ten aanzien van ouderen heeft beschreven.

Door, zoals in de 'Methodiek voor op ouderen afgestemde richtlijnontwikkeling' staat, duidelijk op te nemen of een richtlijn en/of aanbeveling ook voor ouderen of patiënten met multimorbiditeit of kwetsbaarheid geldt, kan zorgprofessionals een handvat geboden worden om zorg op maat te bieden aan deze groeiende populatie. Kennislacunes met nieuwe onderzoeksvragen voor deze specifieke doelgroep kunnen helpen in het voeden van wetenschapsagenda's en zijn informatief voor subsidieverstrekking voor wetenschappelijk onderzoek die het onderzoek bij deze populatie kunnen stimuleren.

#### ***Ouderen-specifieke richtlijnen kunnen nog specifieker***

Naast de algemene richtlijnen zijn er tevens 12 ouderen-specifieke richtlijnen van de Richtlijnen-database onderzocht. Zoals reeds beschreven is de groep ouderen zeer heterogeen, waardoor er ons inziens op zijn minst een onderscheid gemaakt dient te worden tussen kwetsbare en niet-kwetsbare ouderen en bij voorkeur tussen de vier specifieke groepen ouderen zoals geformuleerd in de richtlijnenmethodiek<sup>9</sup>. Dit werd echter maar in vijf van de 12 ouderen-specifieke richtlijnen gedaan, waarbij er alleen een onderscheid gemaakt werd in kwetsbare of niet-kwetsbare ouderen.

Shared decision making wordt steeds meer toegepast in de praktijk, ook bij de oudere patiëntenpopulatie. Het formuleren van uitkomstmaten specifiek voor ouderen is dan ook van belang, aangezien ouderen vaker kiezen voor kwaliteit boven

kwantiteit van leven in hun keuze tot een behandelplan. Echter, maar drie van de onderzochte richtlijnen beschrijven deze specifieke uitkomstmaten in de tekst (zoals kwaliteit van leven, valincidenten, (cognitief) functioneren). Naast uitkomstmaten spelen ook individuele voorkeuren een belangrijke rol in de besluitvorming, zeker als de effectiviteit van de diverse behandelkeuzes minder onderbouwd is vanuit bestaande literatuur. Het benoemen van deze specifieke uitkomstmaten in de richtlijnen is dan ook van belang om tot een weloverwogen besluit te kunnen komen samen met de patiënt (en eventueel mantelzorger).

Een deel van de onderzochte ouderen-specifieke richtlijnen voldoet reeds (deels) aan de aanbevelingen van de richtlijnmethodiek. Echter, nog niet alle aspecten die worden geformuleerd in de aanbevelingen van de richtlijnmethodiek 'Methodiek voor op ouderen afgestemde richtlijnontwikkeling' worden teruggezien in de ouderen-specifieke richtlijnen. Een aanscherping van de reeds bestaande ouderen-specifieke richtlijnen zou derhalve op zijn plaats zijn.

**Call to action: implementeer de 'Methodiek voor op ouderen afgestemde richtlijnontwikkeling'!**

Bovengenoemde resultaten laten zien dat de huidige richtlijnen in de praktijk niet optimaal toepasbaar zijn voor de diverse groepen ouderen. In sommige richtlijnen werd de populatie van (kwetsbare) ouderen soms wel benoemd in de literatuursamenvatting of overwegingen. Het voor deze populatie aanpassen of specificeren van aanbevelingen uit een richtlijn, gebeurt echter nog maar zelden, terwijl juist deze aanbevelingen duidelijke gevolgen voor de dagelijkse praktijk hebben.

De richtlijnmethodiek is in 2017 geaccordeerd door de Raad Kwaliteit van de Federatie Medisch Specialisten en is daarmee een verplichte stap in de richtlijnontwikkeling. Aangezien het enige jaren zal duren voordat implementatie van de methodiek zichtbaar zal worden in het ontwikkelproces van richtlijnen, kunnen we onze resultaten grotendeels als een nulmeting beschouwen. De begindatum van ontwikkeling van richtlijnen is onbekend en daarmee is het niet mogelijk om na te gaan welke richtlijnen potentieel al gebruik hadden moeten maken van de methodiek. Ons inziens is onder andere scholing noodzakelijk om het gebruik van de methodiek te integreren in het proces van ontwikkelen of actualiseren van richtlijnen. Het valt daarnaast niet te verwachten dat het individuele maatwerk in de praktijk bij de behandeling van kwetsbare ouderen volledig in een richtlijn gevangen kan worden. De richtlijngebruiker moet dus kritisch blijven bij de toepassing van een richtlijn bij de kwetsbare oudere patiënt.

Wij beogen door middel van dit artikel meer bewustwording te creëren dat we moeten inzetten op het bruikbaar maken van de huidige evidence-based richtlijnen uit de tweede lijn in Nederland voor de groeiende groep kwetsbare en multimorbide ouderen. Implementatie van de 'Methodiek voor op ouderen afgestemde richtlijnontwikkeling' is daarbij een noodzakelijke eerste stap.

**Dankbetuiging: A. Vaes, M. van Nistelrooy**

---

## **Auteurs**

### **Nicky A.B. de Rooij**

Catharina Ziekenhuis Eindhoven

Catharina Ziekenhuis Eindhoven, Eindhoven, Nederland

*corresponderend auteur*

e-mail [nab.derooij@outlook.com](mailto:nab.derooij@outlook.com)

### **Marlies Verhoeff**

Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, Utrecht

Universitair Medisch Centrum Groningen

**Rianne Lindeboom**

Catharina Ziekenhuis Eindhoven

Catharina Ziekenhuis Eindhoven, Eindhoven, Nederland

**Carolien M.J. van der Linden**

Catharina Ziekenhuis Eindhoven

Catharina Ziekenhuis Eindhoven, Eindhoven, Nederland

**Barbara C. van Munster**

Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)

hoogleraar interne geneeskunde in het bijzonder ouderengeneeskunde-geriatrie, Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)

---

**Literatuurlijst**

1. Volksgezondheidszorg.info. Bevolking, cijfers & context, vergrijzing. Beschikbaar via: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/bevolking/cijfers-context/vergrijzing#node-totaal-aantal-ouderen>. [Geraadpleegd: 22 februari 2020].
2. Volksgezondheidszorg.info. Chronische aandoeningen en multimorbiditeit, cijfers & context, huidige situatie. Beschikbaar via: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/cijfers-context/huidige-situatie#node-aantal-mensen-met-chronische-aandoening-bekend-bij-de-huisarts>. [Geraadpleegd: 22 februari 2020].
3. Addendum 'Methodiek op Ouderen afgestemde Richtlijnontwikkeling' bij Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0.
4. Herrera AP, Snipes SA, King DW, et al. Disparate inclusion of older adults in clinical trials: priorities and opportunities for policy and practice change. *Am J Public Health* 2010;100 Suppl 1: S105-S112.
5. Scott IA, Guyatt GH. Cautionary tales in the interpretation of clinical studies involving older persons. *Arch Intern Med* 2010;170:587-95.
6. Boyd CM, Darer J, Boult C, et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA* 2005;294(6):716-24.
7. American Geriatrics Society. Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the American Geriatrics Society. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:1957-68.
8. Fried TR, Tinetti ME, Towle V, O'Leary JR, Iannone L. Effects of benefits and harms on older persons' willingness to take medication for primary cardiovascular prevention. *Arch Intern Med* 2011; 23;171(10):923-8.
9. Van Munster BC, Arends AJ, van Barneveld TA, de Beer JJA. Maak richtlijnen op maat voor ouderen. *Medisch Contact* 2017;38:30-32.
10. Richtlijndatabase van de Federatie Medisch specialisten. Beschikbaar via: <https://richtlijndatabase.nl>. [Geraadpleegd: 1 mei 2019].
11. Buffel du Vaure C, Ravaud P, Baron G, et al. Potential workload in applying clinical practice guidelines for patients with chronic conditions and multimorbidity: a systematic analysis. *BMJ Open* 2016; 6:e010119.
12. Sinnige J, Braspenning J, Korevaar J. Huisartsenzorg in cijfers: doktervariatie bij polyfarmacie. *Huisarts Wet* 2016;59(1): 18.
13. Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Brancherapport algemene ziekenhuizen 2018.
14. Vetrano DL, Palmer K, Marengoni A, et al. Frailty and Multimorbidity: A systematic review and meta-analysis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2019;74(5):659-666.