
Naar ‘preference based evidence based medicine’ in de ouderengeneeskunde

Auteurs: Barbara van Munster

In de huidige medische praktijk vormt evidence based medicine, ondersteund door evidence based richtlijnen, een belangrijke basis voor de klinische besluitvorming. In dit themanummer willen we aandacht schenken aan het thema evidence based medicine bij ouderen.

Evidence based medicine is het expliciet, oordeelkundig en consciëntieus gebruik maken van het beste beschikbare bewijs bij het maken van een keuze voor de behandeling van een patiënt, waarbij de klinische expertise en de voorkeuren en waarden van de patiënt meegewogen worden. In het begin van de eenentwintigste eeuw wordt ook in de verpleegkunde, in het maatschappelijk werk, in de psychotherapie, ergotherapie, fysiotherapie en logopedie steeds meer evidence based gewerkt, waarbij er gezien de praktische aard gesproken wordt over evidence based practice. De basis voor evidence based medicine bestaat sinds de jaren 80 uit de vorige eeuw en heeft bijgedragen aan de verzameldrift naar meer evidence. Tegelijkertijd is er de afgelopen jaren ook een ongekende groei geweest in kennis over de kwetsbare ouderen met vaak geriatrische syndromen en/of multimorbiditeit.

In de hedendaagse geneeskunde is het begrip ‘gepersonaliseerde geneeskunde’ geïntroduceerd dat ervan uit gaat dat voor ieder individu de beste behandeling bestaat als er maar voldoende bekend is over de genetische achtergrond en pathofysiologie van de aandoening. Door het definiëren van subgroepen die overeenkomen in risico op een bepaalde aandoening of de reactie op een bepaalde behandeling zou je de behandeling alleen kunnen aanbieden aan die patiënten die er het meest baat bij hebben (*precision medicine*). Bij ouderen lijkt dit een utopie gezien de complexiteit door de grote variëteit in trajecten op het gebied van onder andere fysiek en cognitief functioneren. De aantallen en combinaties van ziekten en geriatrische syndromen zijn onuitputtelijk. Daarnaast zijn de individuele aandoeningen op deze leeftijd vaak multifactorieel bepaald, waarbij genetische factoren vaak een minder invloedrijke rol spelen. Het artikel van Hamaker laat zien dat, ondanks dat het maatwerk nog onvoldoende evidence based is, het van groot belang is de patiënt zo goed mogelijk te classificeren op alle parameters om de guts feeling voor de juiste behandeling bij de individuele patiënt op termijn beter te leren onderbouwen [¹].

Het verlenen van gepersonaliseerde geneeskunde bij ouderen betekent in de praktijk dan ook vooral dat er gekeken wordt naar de voorkeuren van patiënten (*preference based medicine*). Ouderen zijn daarbij over het algemeen meer geïnteresseerd in niet ziekte-specifieke uitkomstmaten zoals zelfstandigheid en kwaliteit van leven. De bestaande evidence betreft echter de klassieke ziekte-specifieke uitkomstmaten. Daarnaast bestaan er bij ouderen specifieke wensen die mede bepaald worden door de context van de patiënt, waarbij de balans tussen belasting en belastbaarheid een doorslaggevende rol heeft in de besluitvorming bij een behandeling. Om voor deze patiënt gerelateerde uitkomsten en binnen deze context ook nog eens te handelen naar het evidence based principe vormt een uitdaging. Voor vrij veel algemeen toegepaste behandelingen, bijvoorbeeld op het gebied van cardiovasculair risicomanagement, bestaat er maar weinig of zelfs helemaal geen wetenschappelijk bewijs voor ouderen, terwijl de aandoeningen vaak juist prevalent zijn op hoge leeftijd. Ouderen zijn sterk ondervertegenwoordigd in klinische trials en extrapolatie van data bij jongvolwassenen is niet zonder meer mogelijk. Bij gezonde ouderen is gebleken dat uitkomsten van behandeling anders kunnen zijn dan bij jongvolwassenen met dezelfde aandoening, en de verwachting is dat die uitkomsten nog verder uiteenlopen bij kwetsbare ouderen of ouderen met multimorbiditeit. De gedeelde besluitvorming in de behandeling van ouderen vraagt andere competenties, maar vooral ook een andere werkwijze waarbij de handvatten uit het artikel van van de Glind en van de Pol kunnen helpen [²]. Het gebrek aan

specifieke evidence of bruikbare richtlijnen vormt hierbij een gemis in de praktijk, waarbij het de kunst is om te gaan met onzekerheden en de patiënt zo goed als mogelijk te begeleiden.

Het gebrek aan evidence is goed verklaarbaar want onderzoek bij ouderen is buitengewoon lastig. Er zijn grotere groepen nodig door de heterogeniteit van de populatie en de zachte uitkomstmaten, er is veel uitval om diverse redenen, bij preventief onderzoek speelt de *time-to-benefit* een grotere rol, het leent zich meestal niet voor een gerandomiseerd onderzoek en ten slotte zijn de interventies vaak complex. Een complexe interventie is een interventie die opgebouwd is uit meerdere, vaak interacterende componenten. Aangezien bij ouderen de individuele aandoeningen vaak multifactorieel bepaald zijn, bestaan de interventies die gericht zijn op het verbeteren van de klacht ook vaak uit verschillende onderdelen. Niet alleen de interventie zelf, maar ook het systeem waarin wordt geïntervenieerd is vaak complex. De interventies zijn bij voorkeur op maat voor de individuele patiënt en de specifieke context speelt een rol in het effect. Idealiter zou men precies willen achterhalen welke (combinatie van) elementen uit de complexe interventie bijdragen aan de effectiviteit voor de individuele patiënt zodat alleen die elementen in de toekomst worden toegepast.

De Leidraad voor Medisch Wetenschappelijk Onderzoek bij Ouderen stimuleert hopelijk een toename in die broodnodige evidence door richting te geven bij boven genoemde barrières in de uitvoer van wetenschappelijk onderzoek [3]. Het betrekken van ouderen zelf in de ontwerpfase maakt dat het toekomstig onderzoek bruikbare data op zal leveren voor de gepersonaliseerde geneeskunde. Het streven binnen het onderzoek naar gemeenschappelijke uitkomstmaten zoals het streven naar landelijke patiënt gerelateerde uitkomstmaten in de geriatrie zal bijdragen aan de samenwerking in onderzoek [4]. Hopelijk zullen deze uitkomstmaten niet beperkt blijven tot de geriatrie in Nederland, maar bestaat er uiteindelijk wereldwijde consensus over eenduidig meetbare relevante uitkomsten die transmuraal bruikbaar zijn. Daarmee ontstaat de mogelijkheid tot het vormen van big-data dan wel samenvoegen van de data voor een meta-analyse. Ondanks alle drempels en complexiteit, zullen we dankzij alle deze initiatieven de multimorbide kwetsbare ouderen in de toekomst steeds beter kunnen gaan behandelen volgens een realistische vorm van 'preference based evidence based medicine'.

Auteurs

Barbara van Munster

Universitair Centrum Ouderengeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen
Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling interne geneeskunde, Groningen.

Literatuurlijst

1. Hamaker ME, van den Bos F. Evidence based maatwerk voor ouderen met kanker. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2017;48:263-71
2. van de Glind EMM, van de Pol MHJ. Gezamenlijke besluitvorming zorgt voor een betere toepassing van evidence-based medicine in de geriatrische patiënt. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2017;48:271-8
3. van der Marck MA, Olde Rikkert MGM. Leidraad voor Medisch Wetenschappelijk Onderzoek bij Ouderen. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2017;48:278-87
4. Hems M, Harkes M, Moret-Hartman M, Melis RJF, Schoon Y. Eerste ervaringen met patiënt gerapporteerde uitkomstmaten in de geriatrie. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2017;48:287-97