

Nr	Bron	Vraag / Kennishiaat	Toelichting
	COGNITIE (DEMENTIE, PARKINSON ETC.)		
A	Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026	Wat is het effect van intensief cardiovasculair risicomanagement, en in het bijzonder intensieve bloeddrukregulatie, op progressie tot dementie bij patiënten met mild cognitive impairment door cerebral small vessel disease? door CSVD	
3	Richtlijn Dementie	Welke preventieve, niet-medicamenteuze, met digitale techniek ondersteunde maatregelen kunnen genomen worden om het dagelijks functioneren te verbeteren en crisissituaties, institutionalisering en/of ziekenhuisopname te voorkomen bij patiënten met een vastgestelde dementie en welke dragen bij aan een vermindering van mantelzorgbelasting?	
4	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Welke determinanten zijn voorspellend voor de progressie van cognitieve klachten naar een diagnose dementie en welke determinanten zijn voorspellend voor de prognose van dementie?	de populatie patiënten met dementie is zeer heterogeen. Het is cruciaal om kennis te ontwikkelen over de oorzaken van cognitieve en functionele achteruitgang; vervolgens is het noodzakelijk om prognostische modellen te ontwikkelen om (1) progressie van ziekte (2) verlies van fredzaamheid en (3) sterfte te voorspellen. Het is van belang om prognostische modellen te valideren, het gebruik van deze modellen in de klinische praktijk zal de zorg optimaliseren.
5	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat is de meerwaarde van NPO/beeldvorming boven follow up/klinisch onderzoek bij oudere patiënten met cognitieve stoornissen en mogelijke dementie?	We doen heel veel geheugendiagnostiek op geheugenpoli's. Hoe zinvol is dat? Hoe vaak verandert de (werk)diagnose na het doen van beeldvorming en een NPO bij geheugendiagnostiek? In hoeverre helpt het vroeg stellen van de diagnose dementie voor de levenskwaliteit? Zou simpelere diagnostiek (geen beeldvorming vs CT vs MRI) met follow up dmv MMSE/MOCA beter en kosteneffectiever kunnen zijn?
6	Alzheimer Nederland	Wat is de toegevoegde waarde van de inzet van de geriater bij opname van mensen met dementie?	De geriater wordt lang niet altijd betrokken. Bij 46% van de patiënten wordt de geriater niet betrokken bij de zorg. Dementie is een complicerende factor. Door inzet geriater is er een inzicht in de gevolgen van dementie op het verloop van de opname.
11	Richtlijn Mild Cognitive Impairment (MCI)	Wat is de effectiviteit van cognitieve revalidatie bij personen met MCI?	
12	Richtlijn Ziekte van Parkinson	Het is onduidelijk wat de beste behandeling is van apathie bij patiënten met de ziekte van Parkinson.	
13	Richtlijn Ziekte van Parkinson	Hoe kan een angststoornis bij de ziekte van Parkinson het beste worden behandeld?	Het is onduidelijk hoe een angststoornis bij de ziekte van Parkinson het best kan worden behandeld.
21	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Het is onvoldoende onderzocht of een combinatie van biomarkers of biomarkers in combinatie met cognitieve maten bij patiënten met MCI tot een betere voorspelling van de progressie naar dementie leidt.	
22	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Het is onvoldoende onderzocht wat de predictieve waarde is van visuele beoordeling van medial temporal atrophy (MTA) in combinatie met andere biomarkers in de progressie van MCI naar Alzheimer dementie.	

23	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Het is onvoldoende onderzocht wat de predictieve waarde is van de combinatie van CSF t-tau (of p-tau)/ amyloid beta42 eiwit in de progressie van MCI naar Alzheimer dementie.	
24	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Wat is de diagnostische accuratesse van observatieschalen om cognitieve stoornissen op te sporen bij ziekenhuisopnames van patiënten (>70 jaar)?	Het is onvoldoende onderzocht of gebruik van observatieschalen leidt tot een betere herkenning van dementie en/of cognitieve stoornissen, bij patiënten die worden opgenomen in een ziekenhuis. P: patiënten van 70 jaar of ouder opgenomen in het ziekenhuis; I: screening van cognitieve stoornissen op basis van observaties; C: andere screeningsinstrumenten voor de detectie van cognitieve stoornissen; R: verschillende vormen van cognitieve stoornissen, diagnose dementie (klinische diagnose); O: diagnostische accuratesse, fout-negatieven, sensitiviteit; T/S: bij opnamen in algemeen ziekenhuis
25	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Wat is de (kosten)effectiviteit van screening op cognitieve stoornis of dementie bij oudere patiënten opgenomen in het ziekenhuis?	Het is niet bekend of betere herkenning van dementie/cognitieve stoornissen bij patiënten opgenomen in het ziekenhuis, leidt tot betere zorg of betere uitkomsten en hoe de mogelijke gezondheidswinst opweegt tegen de kosten. Daarbij kan naast kostenreductie binnen het ziekenhuis, ook gedacht worden aan anticiperende maatregelen die de patiënt en diens naasten/mantelzorgen in een vroeg stadium kunnen nemen, waarmee kosten in een latere fase bespaard worden. P: patiënten van 70 jaar of ouder opgenomen in het ziekenhuis; I: screening op cognitieve stoornis of dementie; C: geen screening op cognitieve stoornis of dementie O: Kosteneffectiviteit
26	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Wat is het beste screeningsinstrument om cognitieve stoornissen te herkennen bij poliklinische patiënten (>70 jaar)?	Het is onduidelijk hoe cognitieve stoornissen/dementie herkend kunnen worden bij een patiënt van 70 jaar of ouder aan het begin van een poliklinisch traject in het ziekenhuis. P: Patiënten van 70 jaar of ouder op de polikliniek; I: screeningsinstrument, observatieschaal voor cognitieve stoornissen; C: andere screeningsinstrumenten of observatieschalen voor cognitieve stoornissen; R: verschillende vormen van cognitieve stoornissen, diagnose dementie (klinische diagnose); O: validiteit, betrouwbaarheid, accuratesse; T/S: bij bezoek aan polikliniek
27	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Welke factoren dragen bij aan herkenning van cognitieve stoornissen/dementie bij een patiënt van 70 jaar of ouder die wordt gezien in het ziekenhuis (klinisch of poliklinisch)? Hoe kan herkenning van cognitieve stoornissen/dementie bij een patiënt van 70 jaar of ouder die wordt gezien in het ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) verbeterd worden?	Het is onduidelijk waardoor cognitieve stoornissen/dementie onvoldoende herkend worden bij patiënten van 70 jaar of ouder die worden gezien in het ziekenhuis (klinisch en poliklinisch)
28	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Hoe verhouden de RUDAS en CCD zich tot elkaar?	Er is nog onvoldoende bewijs omtrent het meest betrouwbare en valide cognitieve screeningsinstrument en de inzet van tolken bij patiënten met een migratieachtergrond.
29	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Wat is de toegevoegde waarde van bovenstaande instrumenten naast een anamnese?	Er is nog onvoldoende bewijs omtrent het meest betrouwbare en valide cognitieve screeningsinstrument en de inzet van tolken bij patiënten met een migratieachtergrond.
30	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Wanneer beslissen tot uitgebreider neuropsychologisch onderzoek (rekening houdend met haalbaarheid, belastbaarheid)?	Er is nog onvoldoende bewijs omtrent het meest betrouwbare en valide cognitieve screeningsinstrument en de inzet van tolken bij patiënten met een migratieachtergrond.

31	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Wat is de waarde van de toepassing van tau PET bij het voorspellen van progressie van MCI naar Alzheimer en andere vormen van dementie?	Er zijn aanwijzingen dat tau PET een hogere specificiteit heeft dan amyloid PET (Ossenkoppele, 2018) en dus minder vaak tot fout positieve uitslagen leidt en een betere maat is om progressie van MCI naar dementie te voorspellen (Groot, 2024). Onderzoeksvoorstel: prospectief diagnostisch onderzoek met adequate blinding van de index test voor iedereen betrokken bij het stellen van de diagnose en de klinische follow-up, bij voorkeur gerandomiseerd. Daarnaast is het essentieel dat het onderzoek wordt opgezet om te beoordelen in hoeverre een tau-PET scan iets toevoegt bovenop klinische gegevens, inclusief resultaten van cognitieve testen.
32	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Wat is de waarde van de toepassing van plasma p-tau217 bij het voorspellen van progressie van MCI naar Alzheimer en andere vormen van dementie?	Er zijn aanwijzingen dat plasma p-tau217 een hoge voorspellende waarde heeft voor progressie naar dementie (Janelidze, 2023; Binette, 2022). Onderzoeksvoorstel: prospectief diagnostisch onderzoek met adequate blinding van de index test voor iedereen betrokken bij het stellen van de diagnose en de klinische follow-up, bij voorkeur gerandomiseerd. Daarnaast is het essentieel dat het onderzoek wordt opgezet om te beoordelen in hoeverre een plasma p-tau iets toevoegt bovenop klinische gegevens, inclusief resultaten van cognitieve testen.
33	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Heeft een MRI, liquor onderzoek of amyloid PET scan bij mensen met MCI toegevoegde waarde op patiënt-relevante uitkomsten op de middenlange termijn?	Er is geen onderzoek gedaan naar de impact van verschillende diagnostische testen op patiënt-relevante uitkomsten.
34	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Wat is de <i>toegevoegde</i> waarde van de toepassing van MRI, liquor en PET bij het voorspellen van MCI naar dementie, bovenop de beschikbare klinische gegevens inclusief een maat voor cognitie?	Er is weinig onderzoek gedaan naar de toegevoegde prognostische waarde van de individuele testen vanuit het spreekkamer perspectief.
35	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Wat is de waarde van de toepassing van neurovasculaire MRI markers bij het voorspellen van progressie van MCI naar dementie?	Er is geen onderzoek geïdentificeerd over neurovasculaire MRI markers (zoals bijvoorbeeld volume van witte stof afwijkingen). Onderzoeksvoorstel: prospectief diagnostisch onderzoek met adequate blinding van de index test voor iedereen betrokken bij het stellen van de diagnose en de klinische follow-up, bij voorkeur gerandomiseerd. Daarnaast is het essentieel dat het onderzoek wordt opgezet om te beoordelen in hoeverre een MRI scan iets toevoegt bovenop klinische gegevens, inclusief resultaten van cognitieve testen.
36	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Is een 18F-FDG PET-scan in de differentiaal diagnose van AD versus FTD kosteneffectief	in het onderzoek van Foster en medewerkers (Foster, 2007) zijn patiënten met co-morbide pathologie (bijvoorbeeld herseninfarcten of lewy bodies) geëxcludeerd. In de klinische praktijk is echter vaak sprake van co-morbiditeit, met name in een populatie van dementerende patiënten. Prospectief onderzoek naar het effect van co-morbiditeit op de diagnostische accuratesse van 18F-FDG PET is niet beschikbaar.

43	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Wat is de (kosten)effectiviteit van beweginginterventies als behandeling van patiënten met MCI?	Het ideale onderzoeksdesign zou een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) zijn met vier armen: 1) alleen voedingsinterventie, 2) alleen beweeginterventie, 3) zowel voeding- als beweeginterventie en 4) controlegroep. Echter, om ook de effecten in de dagelijkse situatie te meten, waarbij motivatie en de sociale omgeving een belangrijke rol spelen, zou er eveneens gekozen kunnen worden voor een observationeel onderzoek. Voorafgaand moet dan goed nagedacht worden over het risico op bias, zodat de studieresultaten wel opgenomen kunnen worden in de richtlijn.
44	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Wat is de (kosten)effectiviteit van ergotherapeutische interventies het ondersteunen van patiënten met MCI bij het behouden van zelfstandigheid en kwaliteit van leven door het bevorderen van cognitief passende en betekenisvolle dagelijkse activiteiten?	Het ideale onderzoeksdesign zou een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) zijn met vier armen: 1) alleen voedingsinterventie, 2) alleen beweeginterventie, 3) zowel voeding- als beweeginterventie en 4) controlegroep. Echter, om ook de effecten in de dagelijkse situatie te meten, waarbij motivatie en de sociale omgeving een belangrijke rol spelen, zou er eveneens gekozen kunnen worden voor een observationeel onderzoek. Voorafgaand moet dan goed nagedacht worden over het risico op bias, zodat de studieresultaten wel opgenomen kunnen worden in de richtlijn.
45	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Wat is de (kosten)effectiviteit van voedingsinterventies als behandeling van patiënten met MCI?	Het ideale onderzoeksdesign zou een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) zijn met vier armen: 1) alleen voedingsinterventie, 2) alleen beweeginterventie, 3) zowel voeding- als beweeginterventie en 4) controlegroep. Echter, om ook de effecten in de dagelijkse situatie te meten, waarbij motivatie en de sociale omgeving een belangrijke rol spelen, zou er eveneens gekozen kunnen worden voor een observationeel onderzoek. Voorafgaand moet dan goed nagedacht worden over het risico op bias, zodat de studieresultaten wel opgenomen kunnen worden in de richtlijn.
46	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Wat is de (kosten)effectiviteit van combineerde voeding- en bewegingsinterventies als behandeling van patiënten met MCI?	Het ideale onderzoeksdesign zou een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) zijn met vier armen: 1) alleen voedingsinterventie, 2) alleen beweeginterventie, 3) zowel voeding- als beweeginterventie en 4) controlegroep. Echter, om ook de effecten in de dagelijkse situatie te meten, waarbij motivatie en de sociale omgeving een belangrijke rol spelen, zou er eveneens gekozen kunnen worden voor een observationeel onderzoek. Voorafgaand moet dan goed nagedacht worden over het risico op bias, zodat de studieresultaten wel opgenomen kunnen worden in de richtlijn.
47	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Wat is de (kosten)effectiviteit van individuele leefstijladviezen en individuele coaching in vergelijking met adviezen die via publieke gezondheidszorgprojecten worden gerealiseerd?	Vergelijkend onderzoek naar individuele adviezen en begeleiding ten opzichte van publieke gezondheidszorgprojecten zou kunnen bijdragen aan het bepalen van de meest haalbare en duurzame benadering van preventie op zowel individueel als populatieniveau. Gezien de beperkte middelen en de hoge kosten van de personele inzet voor het ondersteunen van individuele gedragsveranderingen, is het van belang te onderzoeken of publieke gezondheidsinitiatieven, die breder inzetbaar zijn en grotere groepen bereiken, effectiever en kostenefficiënter kunnen zijn.
48	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Er bestaan nog grote kennislacunes op het gebied van voorlichting en ondersteuning bij dementie en cognitieve stoornissen voor patiënt en (in)formele zorgverlener. Het zou bijvoorbeeld zeer zinvol zijn om een overzicht van alle (nationale) e- en m-health initiatieven op dit gebied te maken (in een vrij toegankelijke database), inclusief het verzamelen van een set gevalideerde kwaliteitscriteria voor die innovaties (waar hier een aanzet toe gedaan is)	
51	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Is een antipsychoticum (typisch dan wel atypisch) effectiever dan placebo bij de behandeling van neuropsychiatrische symptomen bij patiënten met dementie?	

52	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Is er binnen de verschillende antipsychotica een antipsychoticum dat effectiever is in de behandeling van neuropsychiatrische symptomen bij patiënten met dementie?	
53	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Wat is per neuropsychiatrisch de beste medicamenteuze behandeling, gezien vanuit alle farmacologisch groepen?	
54	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Is een antidepressivum effectiever dan placebo voor de behandeling van depressieve symptomen bij dementie?	De kennis over de behandeling van depressie bij ouderen zonder dementie is niet zonder meer te extrapoleren naar ouderen met dementie en depressieve symptomen. Ten eerste is er bij dementie een slechter functionerende bloed-hersenbarrière, daarnaast is het onduidelijk of depressieve symptomen bij dementie via hetzelfde ziektemechanisme verlopen of een uiting zijn van een heel ander pathofysiologisch proces. Toekomstig onderzoek zou het beste kunnen worden vormgegeven als een gecontroleerde dubbelblinde studie, waarbij middels vragenlijsten en interviews met patiënt en (mantel)zorg structureel de depressieve symptomen ervaren bijwerkingen en functioneren of kwaliteit van leven moeten worden onderzocht.
55	Richtlijn Dementie en lichte cognitieve stoornissen (na 2022)	Welk antidepressivum is het meest geschikt voor de behandeling van depressieve symptomen bij dementie, wanneer zowel wordt gekeken naar werkzaamheid als bijwerkingenprofiel?	De kennis over de behandeling van depressie bij ouderen zonder dementie is niet zonder meer te extrapoleren naar ouderen met dementie en depressieve symptomen. Ten eerste is er bij dementie een slechter functionerende bloed-hersenbarrière, daarnaast is het onduidelijk of depressieve symptomen bij dementie via hetzelfde ziektemechanisme verlopen of een uiting zijn van een heel ander pathofysiologisch proces. Toekomstig onderzoek zou het beste kunnen worden vormgegeven als een gecontroleerde dubbelblinde studie, waarbij middels vragenlijsten en interviews met patiënt en (mantel)zorg structureel de depressieve symptomen ervaren bijwerkingen en functioneren of kwaliteit van leven moeten worden onderzocht.
CARDIOLOGIE			
1	NHG	Wat is het effect van stoppen met cardiovasculaire medicatie bij 80-plussers en in welke opzichten verschilt dit van dat bij jongere patiënten?	
2	NHG	Wat is het effect van starten met medicatie voor cardiovasculair risicomanagement bij 80-plussers? 100	
8	Richtlijn Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV)	Bij welke patiënten met chronische kritieke ischemie, met name bij ouderen, kan er conservatief behandeld worden?	Betreffende de zorg in perifeer vaatlijden is op dit moment de grootste lacune dat wij niet weten welke patiënten met chronische kritieke ischemie, met name bij kwetsbare ouderen, conservatief behandeld kunnen worden (ca. 50%) en welke patiënten absoluut een revascularisatie nodig hebben (ca. 35 %), en welke patiënten beter direct geamputeerd kunnen worden (ca. 15%). Dit speelt vooral bij patiënten met diabetes.
9	Richtlijn Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV)	Wat zijn de effecten van een amputatie bij kwetsbare ouderen die perifeer arterieel vaatlijden hebben ten opzichte van een andere of geen interventie?	Zijn er toch subgroepen aan te wijzen waar een primaire amputatie bij ernstige kritieke ischemie is te verkiezen boven een revascularisatie.
10	Richtlijn Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV)	Welke factoren voorspellen het succes van een amputatie bij kwetsbare ouderen met perifeer arterieel vaatlijden?	
14	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026 geprioriteerd kennishaat buiten de top-11	Wat zijn de benefits en harms van het toepassen van de 4 pijlers van de nieuwe hartfalen richtlijn bij ouderen?	De nieuwe hartfalen richtlijn adviseert een veel agressievere aanpak van hartfalen, waarbij in korte tijd 4 verschillende medicijnen worden opgetitreerd tot zo hoog mogelijk doseringen. Deze aanpak laat in onderzoek bij een relatief jonge en gezonde populatie goede resultaten zien op heropnames en mortaliteit. De vraag is echter of deze aanpak in een oudere aanpak niet veel meer leidt tot complicaties van de behandeling, zoals lage bloeddrukken met daarbij vallen en mogelijk ook cognitieve achteruitgang. Of zien we in de oudere groep ook grote voordelen op belangrijke eindpunten.

25	Harteraad	Hoe kan medicatiebeoordeling beter worden ingebed in de reguliere ziekenhuiszorg voor polyfarmaciepatiënten?	De medicatiebehandeling bij polyfarmaciepatiënten. In december 2021 is wederom uit de Harteraad monitor (N=931) gebleken dat patiënten veel waarde hechten aan medicatiebeoordeling. Slechts 42% is in de afgelopen 12 maanden uitgenodigd om medicijngebruik te bespreken. De achterban vindt de volgende onderwerpen m.b.t. medicijngebruik het meest belangrijk: 1) Ik vind het belangrijk om mijn medicijngebruik regelmatig te bespreken (ook als ik geen vragen of klachten heb) 2) Ik vraag mij af of de dosering van mijn medicijnen nog wel goed is 3) Ik vraag mij af of ik niet te veel pillen slik 4) Ik wil minder pillen slikken
26	Harteraad	Hoe kan samen beslissen optimaal worden ingebed in de ziekenhuiszorg voor oudere hart- en vaatpatiënten?	Uit een Harteraadpeiling eind december 2021 blijkt dat maar liefst 65% van de achterban nog nooit van samen beslissen heeft gehoord. 43% van de achterban geeft aan met zijn of haar zorgverlener gesproken te hebben over zijn/haar voorkeuren en de persoonlijke situatie en welke behandeling daar het beste bij past. De overige respondenten slechts gedeeltelijk (27%) of zelfs helemaal niet (27%).
VALPREVENTIE			
1	NVKNO Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026 geprioriteerd kennishiaat buiten de top-11	Wat is de effectiviteit van verschillende interventies en mogelijkheden tot netwerkgeneeskunde, zoals multidisciplinaire samenwerking tussen de 1e en 2e lijn en binnen de 2e lijn, en mogelijkheden van een revalidatieprogramma bij patiënten ouder dan 65 jaar met invaliderende duizeligheid?	De komende decennia zal het aantal ouderen boven de 65 jaar en boven de 80 jaar (dubbele vergrijzing) stijgen, eveneens de levensverwachting (CBS, 2017), waardoor het aantal patiënten ouder dan 65 jaar met duizeligheidsklachten zal toenemen. Specifiek onderzoeksvragen die naar voren komen, zijn: • Wat is de waarde van een multidisciplinaire samenwerking tussen de 1e en 2e lijn en 1,5 lijn zorg? • Wat is de waarde van een multidisciplinaire samenwerking in de 2e lijn? • Wat is de effectiviteit van screening op voorspellers van vallen bij ouderen met duizeligheid? • Wat is het beleid van persisterende (invaliderende) duizeligheid bij ouderen waar geen diagnose is gevonden? • Wat is de waarde van een revalidatieprogramma bij ouderen met duizeligheid?
2	Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen	Welk risicoschattingsinstrument of risicoschattingsproces kan gebruikt worden om thuiswonenden van 65 jaar en ouder met een verhoogd valrisico op te sporen?	
4	Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026 geprioriteerd kennishiaat buiten de top-11	Welke ziekten van het hart- en vaatstelsel zijn geassocieerd met vallen en welk onderzoek moet worden verricht bij verdenking op een cardiovasculaire oorzaak van een val?	
7	Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen	Welke niet-medicamenteuze en medicamenteuze interventies zijn effectief ter preventie van vallen bij volwassenen van 65 jaar en ouder met orthostatische hypotensie?	
9	Richtlijn Ziekte van Parkinson	Wat zijn effectieve interventies om valangst te reduceren bij patiënten met de ziekte van Parkinson?	
10	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	antistolling en bloedingsrisico bij ouderen	het valideren van de HAS-BLED voor ouderen, antwoord op de vraag hoe je valrisico meeweegt in het bloedingsrisico... en ook hier weer: een factsheet om de informatie voor de patient te verbeteren en shared decision making te bevorderen.

11	SIG valpreventie Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026 geprioriteerd kennishaat buiten de top-11	Welk diagnostisch instrument (en welke afkapwaarden) presteert het beste ten aanzien van identificatie van klinisch relevante orthostatische hypotensie bij ouderen en welke interventies zijn effectief om klinisch relevante orthostatische hypotensie bij ouderen te behandelen?	Eén derde van de ouderen valt jaarlijks, vaak met letsel zoals botbreuken. Vallen is daardoor duur: >1% van de totale gezondheidskosten gaat op aan val-gerelateerd letsel. Orthostatische hypotensie (OH) is een veelvoorkomende oorzaak van vallen bij ouderen. Testen op aanwezigheid van OH wordt in de landelijke (en internationale) richtlijn dan ook geadviseerd (als één van de essentiële onderdelen van de multifactoriële valanalyse). Er is echter onzekerheid welk diagnostisch instrument (en welke afkapwaarden) het beste OH gerelateerd vallen identificeert bij ouderen. De traditionele handbloeddrukmeting voldoet in veelal niet in de praktijk en er is onduidelijkheid wanneer beter andere meetinstrumenten zoals de continue (niet-invasieve) bloeddrukmeting dan wel NIRS (non-invasieve meting van cerebrale perfusie m.b.v. nabij-infrarood spectografie) kunnen worden toegepast. Ook is er onzekerheid welke medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandelingen effectief zijn in de oudere (kwetsbare) populatie.
12	SIG valpreventie	Welke diagnostische aanpak is optimaal om cardiovasculaire valrisicofactoren te identificeren (als onderdeel van de multifactoriële valanalyse) en welke cardiovasculaire interventies kunnen de uitkomst van de multifactoriële valpreventieve aanpak verbeteren?	Eén derde van de ouderen valt jaarlijks, vaak met letsel zoals botbreuken. Vallen is daardoor duur: >1% van de totale gezondheidskosten gaat op aan val-gerelateerd letsel. Cardiovasculaire oorzaken zijn de belangrijkste risicofactoren voor onbegrepen en herhaald vallen. Er is geen gestructureerde aanpak om cardiovasculaire oorzaken te identificeren, met als gevolg grote praktijkvariatie. Verwachting is dat een gestandaardiseerde cardiovasculaire valanalyse met beslisboom valincidenten en gerelateerd letsel vermindert en kwaliteit van leven verbetert, met efficiënter gebruik van middelen.
16	Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen (na 2022)	Wat is de performance van het risico-schattingsinstrument uit de world falls guideline? (Montero-Odasso, 2022)	Hoewel dit instrument door een grote groep experts is opgesteld is de performance nog onvoldoende onderzocht. Onderzoek hiernaar is wenselijk.
18	Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen (na 2022)	Het is onduidelijk of de absolute systolische bloeddruk na staan sterker gecorreleerd is met het risico op vallen dan de mate van bloeddrukdaling.	
19	Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen (na 2022)	Het is onbekend of cardiovasculaire interventies (gebaseerd op gevonden cardiovasculaire risicofactoren in de multifactoriële valrisicobeoordeling) het valrisico en/of gerelateerd letsel/fracturen bij thuiswonenden verlaagt.	
20	Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen (na 2022)	Er is nog weinig bekend over welke interventies (en uit welke onderdelen deze interventie moet bestaan) zinvol zijn ter preventie van patiënten >65 jaar in het ziekenhuis.	
24	Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen (na 2022)	Welke stappen moeten er worden genomen op het gebied van implementatie om gestructureerde medicatiebeoordelingen en minderen/stoppen van medicatie effectief te implementeren?	
25	Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen (na 2022)	Welke minimale set aan onderzoek dient er te worden gedaan in acute setting bij patiënten die zich acuut presenteren met een val?	
26	Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen (na 2022)	Welke barrières zijn er ten aanzien van de implementatie van een minimale set aan onderzoek in de acute setting?	
27	Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen (na 2022)	Wat is de meest effectieve follow-up van een multifactoriële valpreventie interventie bij thuiswonende ouderen?	
28	Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen (na 2022)	Wat is de meest effectieve follow-up van een multifactoriële valpreventie interventie bij ouderen in het ziekenhuis?	
29	Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen (na 2022)	Welke bloeddruk verhogende medicatie kan ingezet worden voor de behandeling van symptomatische orthostatische hypotensie in ouderen?	

30	Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen (na 2022)	Wat zijn de langetermijneffecten van bloeddruk verhogende medicatie (fludrocortison, midodrine, atomoxetine)?	
31	Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen (na 2022)	Hoe kan bloeddrukverlagende medicatie effectief ingezet worden voor de behandeling van orthostatische hypotensie?	
GERIATRISCHE TRAUMATOLOGIE			
A	Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026	Geeft het uitstellen van een heupoperatie bij een heupfractuur in verband met het gebruik van een DOAC betere uitkomsten dan opereren onder een DOAC?	
5	Richtlijn Richtlijn Behandeling kwetsbare ouderen bij chirurgie	Welke maatregelen kunnen functioneel herstel bevorderen en mortaliteit voorkomen bij een kwetsbare oudere patiënt na een operatie voor een proximale femurfractuur?	
16	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat zijn de meest relevante uitkomstmaten voor de heupfractuur patiënt?	Er is en landelijke heupfractuur registratie, waarin een aantal uitkomsten gemeten worden. Er is weinig onderzoek gedaan, wat de meest relevante uitkomstmaten zijn voor de geriatrische patiënt. Er zijn nu een aantal grove functionele maten, complicaties en mortaliteit gemeten. Er loopt een pilot om de PROM toe te voegen, maar onduidelijk is wat de meest zinvolle uitkomstmaten zijn voor deze doelgroep.
18	Geriatrische Traumatologie Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026 geprioriteerd kennishaat buiten de top-11	Wat is de meerwaarde van structurele slikscreening direct postoperatief en dieetaanpassing indien slikscreening afwijkend, om postoperatieve pneumonie en ziekenhuismortaliteit te voorkomen bij heupfractuurpatiënten en of delirante patiënten in het algemeen?	Prevalentie van slikstoornissen is hoog bij kwetsbare ouderen in het ziekenhuis, zeker na heupfractuur en bij delier. De prevalentie van pneumonie bij kwetsbare ouderen in het ziekenhuis is ook hoog, zeker na heupfractuur en delier. Vanuit de neurologie is bekend dat structurele slikscreening en aanpassing dieet bij slikstoornis bij patiënten met een acuut CVA aspiratie en pneumonie voorkomt (voordien was de prevalentie van aspiratie en pneumonie ook hoog na een CVA). Voorkomt slikscreening en dieetaanpassing bij slikstoornis pneumonie en mortaliteit bij patiënten met een heupfractuur en of patiënten met een delier in het algemeen?
PALLIATIEVE ZORG			
7	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Welke interventie helpt bij het markeren van de palliatieve fase bij kwetsbare ouderen (klinisch/poliklinisch) en heeft deze markering effect op het inzetten van interventies en/of wijzingen behandeling om de QoL te verbeteren?	Palliatieve zorg is extreem belangrijk aangezien het de kwaliteit van leven in de laatste levensfase verbetert. Echter blijft het lastig te zijn de 'start' van de palliatieve fase te markeren. De SQ doet het matig, maar kan gebruikt worden als eerste stap.
9	SIG palliatieve zorg	Hoe kun je palliatieve zorg bij een oudere met een andere culturele achtergrond het beste vormgeven? Welke relevante culturele verschillen hoe ouderen tegen de dood aankijken zijn er?	
GERIATRISCHE NEFROLOGIE			
A	Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026	Kan de meerwaarde van nierfalenvoorlichting beter voorspeld worden bij ouderen met een verminderde nierfunctie en kan daarmee een meer zinvolle en doelmatige inzet hiervan bereikt worden?	
ACUTE/SPOEDEISENDE ZORG			
2	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat is een effectieve en doelmatige strategie om kwetsbare ouderen, die zich op de SEH presenteren te behandelen?	Er zijn inmiddels verschillende tools beschikbaar om kwetsbare ouderen op de SEH te identificeren, waarbij de specificiteit vaak niet heel hoog is. Tevens is bekend dat een snelle multidomeininterventie functieverlies kan voorkomen. Wat is een effectieve en doelmatige strategie om te identificeren welke kwetsbare ouderen een specialistische aanpak nodig hebben en hoe die aanpak op te zetten.

	MULTIMORBIDITEIT EN ORGANISATIE VAN ZORG		
A	Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026	Wat is het effect van regievoering bij/met patiënten met multimorbiditeit en meerdere behandel- laren op ervaren coördinatie van zorg; regulier en acuut zorggebruik en voor ouderen relevante uitkomsten? Bij welke patiëntenpopulatie is regievoering doelmatig?	
1	NHG	Hoe bevorderen we passend medicatiegebruik bij ouderen (met polyfarmacie/multimorbiditeit)? 174	
3	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Hoe zet je een effectieve en doelmatige strategie in om niet concordante multimorbiditeit in het ziekenhuis te identificeren?	Specialismen in het ziekenhuis stemmen wel af rond zorgpaden en clusters van multimorbiditeit in het ziekenhuis, bijvoorbeeld rond oncologie, CVRM of diabetes, maar er zijn geen structuren voor niet-concordante multimorbiditeit. Welke patiënten hebben het grootste risico op slechte uitkomsten (acute ontregeling, acute opname, interacties, verminderd functioneren) en hoe identificeer je die patiënten? Hoe zet je een effectieve en doelmatige strategie op om die patiënten te identificeren en hoe ga je het multidisciplinaire gesprek aan?
	FARMACOLOGIE		
6	Richtlijn Diabetes mellitus type 2 bij ouderen	Wat is de plaats van glucagon-like peptide 1 (GLP-1)-receptoragonisten in de behandeling van de oudere patiënt met diabetes?	
12	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026 geprioriteerd kennishiaat buiten de top-11	Hoe kan artificial intelligence een rol spelen bij:a. het voorkomen van het opnieuw voorschrijven van bewust gestaakte medicatie. b. het tijdig stoppen van niet chronisch voorgeschreven medicatie, c, het herkennen van bijwerkingen.	In de praktijk gaat er bij ouderen nog veel mis bij het voorschrijven van medicatie Zo wordt medicatie die tijdens een opname is gestopt i.v.m. een bijwerking, na ontslag vaak door een andere hulpverlener weer gestart waarna de zelfde bijwerking opnieuw optreedt. Ook wordt tijdelijke medicatie (zoals antistolling na een operatie) vaak vergeten om weer gestaakt te worden, waardoor dit middel onnodig langdurig voorgeschreven wordt en tot bijwerkingen zoals bloedingen kan leiden. Ook worden bijwerkingen vaak niet herkent door dokters. Het EPD in de huidige vorm ondersteunt onvoldoende bij het herkennen/oplossen van deze problemen. Nieuwe digitale manieren, zoals tekstherkenning via artificial intelligence, kunnen mogelijk wel beter ondersteunen bij deze problemen.
13	SIG Farmacotherapie bij ouderen	Wat is de effectiviteit en veiligheid van het toepassen van de farmacotherapie in de nieuwe hartfalen en diabetes richtlijn bij (kwetsbare) ouderen (o.a. sacubitril/valsartan en SGLT2-remmers)?	Deze nieuwe richtlijnen zijn van toepassing op aandoeningen die veel bij ouderen voorkomen. In deze richtlijnen worden nieuwe medicamenten aanbevolen en er is onvoldoende evidence voor effectiviteit/veiligheid bij (kwetsbare) ouderen op voor ouderen relevante uitkomstmaten.
	ONCOLOGIE		
A	Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026	Wat zijn de doelmatigheid en (kosten-)effectiviteit van verschillende soorten oncogeriatrische zorgpaden bij verschillende oncologische aandoeningen?	
B	Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026 geprioriteerd kennishiaat buiten de top-11	Welke interventies (oa. Home-monitoring upfront dosis reductie, prehabilitatie) kunnen uitkomsten van oncologische behandelingen verbeteren bij kwetsbare ouderen?	
C	Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026 geprioriteerd kennishiaat buiten de top-11	Wat is de effectiviteit, toxiciteit, kosten/baten van nieuwe oncolytics zoals immuno/targeted bij kwetsbare ouderen?	

6	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026 geprioriteerd kennishiaat buiten de top-11	Wat zijn uitkomsten (lengte van leven, QoL, functioneren, klachten en kwaliteit van sterven) van het niet-opereren van colorectaal carcinoom bij (kwetsbare) ouderen	Er wordt in GE-oncologische MDO's altijd geroepen dat het niet-opereren van een stenoserende colontumor eigenlijk geen optie is. Is dat zo? Wat zijn uitkomsten van ouderen die niet geopereerd worden aan een CRC? Hoe lang leven ze nog? Hoe is de kwaliteit van leven? Hoe is de kwaliteit van sterven? Sterven ouderen met een obstruerend CRC wel aan een perforatie of blowout, wat altijd gevreesd wordt? Een landelijke prospectieve studie zou hier antwoord op kunnen geven en het nemen van behandelbeslissingen met de patient kunnen verbeteren.
8	SIG Geriatrische Oncologie	Wat zijn lange termijn geriatrische uitkomsten van verschillende oncologische behandeltrajecten in ouderen met veel voorkomende vormen van kanker en welke factoren zijn hiervoor voorspellend ?	De afgelopen jaren is er veel onderzoek gedaan naar de relatie en voorspellende waarde van kwetsbaarheden/(C)GA op complicaties en toxiciteit na oncologische behandelingen. Echter over lange termijn geriatrische uitkomsten van ouderen na oncologische behandelingen is nog weinig bekend. Met name is onduidelijk welke ouderen wel herstellen (en dus veerkracht hebben) van complicaties en toxiciteit na oncologische behandelingen en welke ouderen niet. Ook over kwaliteit van leven en functioneren bij niet behandelde ouderen patienten met kanker is nog weinig bekend. Dit vraagt om landelijk prospectief onderzoek met het aanleggen van een grote database van oudere patienten met veelvoorkomende tumoren die verschillende oncologische behandelingen krijgen of die niet behandeld worden voor hun maligniteit.
10	SIG Geriatrische Oncologie	Wat is de invloed van cognitie op geriatrische behandeluitkomsten en behandelbeslissingen bij oncologische behandelingen bij ouderen en welke invloed hebben oncologische behandelingen op het cognitief functioneren bij oudere patienten?	Cognitieve stoornissen komen veel voor bij ouderen en zijn soms nog niet erkent op het moment van diagnose van een oncologische aandoening. Welke invloed hebben pre-existente cognitieve stoornissen op het besluitvormingsproces rondom oncologische aandoeningen en wat zijn geriatrische uitkomsten in deze specifieke patientengroep na oncologische behandelingen? Bepaalde hormonale therapieën, chemotherapie en delier na chirurgie kunnen blijvende effecten hebben op het cognitief functioneren. Welke invloed heeft dit op kwaliteit van leven en functioneren bij ouderen op de langere termijn?
OVERIG			
A	Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026	Leidt standaard onderzoek naar slikfunctie met aanpassing van de voedingsconsistentie bij een geconstateerde dysfagie tot minder hospital acquired pneumonieën gedurende de opname bij kwetsbare oudere patiënten?	
B	Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026 geprioriteerd kennishiaat buiten de top-11	Wat is het effect van een multidisciplinaire benadering (geriater/psychiater/internist) van een oudere patiënt met een psychiatrische aandoening op somatische morbiditeit en polyfarmacie?	
C	Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026 geprioriteerd kennishiaat buiten de top-11	Leidt de behandeling van OSAS bij kwetsbare ouderen tot een afname van valrisico, neurocognitieve symptomen (stemming, angsten, etc) en een verbetering van kwaliteit van leven?	

4	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Kennislacune: 'Hoe ouder hoe meer last van jeuk'. Dus 1) Meer onderzoek naar de pathogenese en therapie van jeuk op oudere leeftijd; en 2) Is de behandeling van jeuk op jonge leeftijd ook gewoon toe te passen op oudere leeftijd?	Opgesteld door de richtlijncommissie van de Richtlijn Chronische jeuk vanuit de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie (participatie door Richard A. Faaij, namens de NVKG)
5	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026 geprioriteerd kennishiaat buiten de top-11	Reduceert het verrichten van een huisbezoek (VS/PA ouderengn/geriatrie) kort na opname (7-10 dagen) het aantal heropnames bij kwetsbare ouderen? En/of is dit vervangbaar door een e-health toepassing?	Huisbezoeken reduceert het aantal heropnames in bepaalde patiëntenpopulaties (hartfalen bijv.), maar is nog niet onderzocht in de kwetsbare ouderen populatie na een opname bij de interne geneeskunde/klinische geriatrie. Is deze interventie effectief voor de reductie van heropnames en andere eindpunten (zoals medicatiefouten, SEH bezoek)?
10	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat zijn goede voorspellers voor veerkracht of resiliëncie bij patiënten die een geplande ingreep moeten ondergaan?	Hoe (met welk instrument?) weet je welke patiënt veerkrachtig is en welke patiënt kwetsbaar is. Hoe meet je dit en hoe zet je dit om in een concreet advies aan de hoofdbehandelaar?
14	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat is optimale behandeling van anemie in het algemeen en ijzergebreksanemie rondom operaties bij kwetsbare ouderen?	Zijn de huidige transfusie richtlijnen wel geschikt voor (kwetsbare) ouderen? Moeten kwetsbare ouderen niet een hoger streef Hb hebben omdat dit het functioneren en revalidatie verbetert? Onze ervaring is dat oudere patiënten het beter doen met een Hb > 6 na grote operaties qua mobiliteit en revalidatie. Daarnaast onderzoek naar oraal ijzer vs intraveneus ijzer bij ouderen patiënten met een ijzergebreksanemie in aanloop naar een operatie. Onze ervaring is dat oraal ijzer slecht verdragen wordt en dat ijzer iv mogelijk kan leiden tot minder transfusies perioperatief.
19	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat zijn prognostische factoren op negatieve uitkomsten bij vaatchirurgie) van (kwetsbare) oudere patiënten met perifeer vaatlijden en welke interventies kunnen de uitkomst verbeteren?	dit is een kennishiaat uit de vorige agenda die wat mij betreft nog steeds aan de orde is. Perifeer arterieel vaatlijden is een belangrijk gezondheidsprobleem bij de oudere populatie, waarbij veel medische en paramedische disciplines bij betrokken zijn. Analyse van deze factoren geeft naast inzicht in de mogelijk interventies ook inzicht in welke patiënten vooral baat hebben bij ziekte gerichte interventie en bij welke patiënten een symptoomgerichte behandeling de voorkeur heeft.
20	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Hoe moet de zorg ingericht worden voor zeldzame neurodegeneratieve ziekten (zoals LBD, PPA en Fahr) op het gebied van diagnostiek, behandeling en prognose?	Er is veel kennis en ervaring met frequent voorkomende neurodegeneratieve ziekten, maar er is relatief weinig kennis en ervaring van veel meer zeldzamere neurodegeneratieve ziekten. Daardoor worden deze ziektebeelden niet altijd herkend en is er weinig kennis over de beste manier van diagnostiek en behandeling. Hierdoor worden bepaalde patientengroepen onderbehandeld. De vraag is hoe of we zit zouden kunnen verbeteren?
21	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat is de meerwaarde van NPO/beeldvorming boven follow up / klinisch onderzoek?	Ik denk dat er te vaak bevestiging gezocht wordt van iets wat je als "dappere dokter" op klinische blik en vaardigheid met beperkte cognitieve tests met voldoende zekerheid kan weten.
25	ReumaNederland	Aan welke criteria moeten E-healthtoepassingen voldoen om (effectief) ingezet te kunnen worden bij ouderen?	Inzicht in eventuele nodige aanpassingen van protocollen van E-health toepassingen bij zorg voor ouderen.
26	Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde	Wat zijn prognostische criteria waarop je beter kunt besluiten de oudere patiënt niet meer in te sturen vanwege een hoog risico op overlijden in het ziekenhuis?	