

# Kennisagenda Ouderen in het Ziekenhuis 2023-2026

## Gereduceerde lijst met kennishiaten

De in overzicht getoonde informatie is gezamenlijk eigendom van de makers (zie colofon Kennisagenda Ouderen in het ziekenhuis). De informatie uit dit overzicht mag, ongeacht de verschijningsvorm, niet worden gewijzigd, gereproduceerd of gedistribueerd, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de makers.'

NR	BRON#	Bron	Kennishiaat	Toelichting
		<b>COGNITIE (DEMENTIE, PARKINSON ETC.)</b>		
1	1	Richtlijn Dementie	Wat is het effect van cognitieve stimulatie, realiteitsoriëntatie en cognitieve training op cognitief functioneren, gedrag en stemming bij personen met dementie?	
2	5	Richtlijn Dementie	Wat is het effect van lichaamsbeweging op cognitief functioneren, gedrag en stemming bij personen met dementie?	
3	7	Richtlijn Dementie	Welke preventieve, niet-medicamenteuze, met digitale techniek ondersteunde maatregelen kunnen genomen worden om het dagelijks functioneren te verbeteren en crisisituaties, institutionalisering en/of ziekenhuisopname te voorkomen bij patiënten met een vastgestelde dementie en welke dragen bij aan een vermindering van mantelzorgbelasting?	
4	13	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 zelfredzaamheid 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	15	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	21	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.
7	24	Verenso	Welke effectieve therapeutische opties zijn er bij incontinentie die optreedt in het kader van dementie?	
8	25	Verenso	Welke interventies zijn effectief in de preventie en behandeling van paratonie bij mensen met dementie?	
9	26	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat is het effect van een strakkere regulatie van de bloeddruk door middel van frequentere monitoring op de progressie tot een dementie bij patiënten met MCI met een verdenking op een vasculaire origine?	
10	28	Richtlijn Delier bij volwassenen en ouderen	Wat zijn de meest geschikte niet-medicamenteuze interventies voor de preventie en behandeling van een delier bij patiënten opgenomen in een ziekenhuis of verpleeghuis?	
11	30	Richtlijn Mild Cognitive Impairment (MCI)	Wat is de effectiviteit van cognitieve revalidatie bij personen met MCI?	
12	36	Richtlijn Ziekte van Parkinson	Het is onduidelijk wat de beste behandeling is van apathie bij patiënten met de ziekte van Parkinson.	
13	37	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.

14	40	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Effectiviteit CGA en m'n onderdelen van CGA gericht op functieverlies, nu vergeleken met zorg zonder CGA. Binnen de patiëntengroep waarbij CGA wordt toegepast zien we nog steeds functieverlies en zijn we de afgelopen 10 jaar niet echt vooruit gegaan met toepassing van nieuwe inzichten	We kijken naar kwetsbaarheid en gebruiken dit om de zorg te sturen, maar er is nooit op een goede en gestructureerde wijze gekeken naar het effect van interventies gericht op verbeteren van kwetsbaarheid en sarcopenie. We doen standaard een hoop zaken, maar kijken niet goed naar de effectiviteit bij een steeds duurder wordende zorg waarbij niet duidelijk is wat zinnig en onzinnig. Er is de afgelopen jaren veel onderzoek gedaan naar sarcopenie en de impact daarvan en op grote congressen. Wordt hierover gedebatteerd echter bij ons staat dit niet eens in de richtlijn, vreemd?!!
15	42	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat zijn voorspellers/patiëntkenmerken bij patiënten <65 jaar met cognitieve klachten die uiteindelijk een neurodegeneratieve aandoening blijken te hebben?	De laatste jaren nemen de verwijzingen naar onze geheugenpoli extreem toe, met name ook van patiënten <65 jaar. Op onze poli blijkt ongeveer 1/3 van deze patiënten een neurodegeneratieve aandoening te hebben. 1/3 blijkt psychiatrie te zijn en 1/3 anders zoals subjectieve geheugenproblemen die bij onderzoek niet geobjectiveerd worden. Om de triage beter te laten verlopen en niet alle jonge patiënten de gehele "zorgstraat" aan te doen van uitgebreid neuropsychologisch onderzoek, MRI cerebrum en evt lumbaalpunctie of FDG PET zou je willen weten wat patiëntkenmerken zijn van de mensen die WEL een neurodegeneratieve ziekte hebben.
16	46	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Hoe operationaliseren we positieve gezondheid en de spirituele/existentiele as in ons biopsychosociale model in het CGA?	
17	47	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	factsheets over voor- en nadelen van verschillende behandelingen waarvoor regelmatig een CGA wordt gevraagd: TAVI, dialyse, colonchirurgie, vaatooperaties (bv endarteriectomie)	we worden steeds meer gevraagd voor het inschatten van kwetsbaarheid maar ook ondersteunen van besluitvorming rondom wel of geen intensieve behandeling. We missen vaak de "facts": wat is er bekend over prognose bij de oudere groep met multimorbiditeit? Is er evidence over uitkomsten op gebied van dagelijks functioneren en cognitie...? We hebben veel behoefte aan factsheets voor zowel onszelf als voor de patiënten. We zijn deze nu zelf aan het ontwikkelen, maar ik denk dat we dat beter landelijk kunnen doen.
18	48	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat is de waarde van het CGA op geriatrisch relevante uitkomstmaten (shared decision making, PROM, QoL, functionaliteit etc) bij oudere patiënten met cardiovasculaire problematiek (hartfalen, cardiovasculaire interventies etc)	Cardiovasculaire problemen komen vaak voor bij oudere patiënten. Deze patiënten hebben naast de cardiovasculaire problematiek vaak ook andere comorbiditeiten en polyfarmacie. Bovendien gaat cardiovasculaire problematiek gepaard met een hoger risico op cognitieve stoornissen en mobiliteitsproblemen. Dit maat dat het een kwetsbare populatie is. De vraag is daarom of een CGA de uitkomsten bij deze populatie kan verbeteren.
19	49	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Hoe doelmatig is het CGA?	CGA richtlijn breidt alleen maar uit, terwijl er heel weinig evidence voor is. Wat de vakgroep Franciscus betreft is het zeer relevant om dit beter uit te zoeken; dan kunnen we doelmatigere zorg leveren voor veel meer ouderen - en die zullen alleen maar toenemen de komende jaren.
20	51	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Welke testen en domeinen van het CGA zijn voorspellend voor de uitkomsten functioneren, en kwaliteit van leven, bij ouderen patiënten die een intensieve behandeling zoals operatie, of chemoradiatie ondergaan?	Door de vergrijzing zijn er steeds meer ouderen die een invasieve behandeling moeten ondergaan, vaak voor een vorm van kanker. Veel gerieters zien in toenemende mate deze patiënten op hun poli en moeten een inschatting maken of een patiënt voldoende veerkracht heeft voor deze intensieve behandeling. Het is tot op heden niet bekend welke testen (bijv loopsnelheid) en domeinen het meest voorspellend zijn om functioneren en kwaliteit van leven na een behandeling te voorspellen. Dit is wel een belangrijke vraag van oudere patiënten, die vaak 'onafhankelijkheid bewaren' belangrijker vinden dan 'levensverlenging'. Daarnaast wordt het CGA heterogeen uitgevoerd in Nederland en gebruikt elk ziekenhuis een verschillende set van testen. Dit onderzoek zal helpen om in een consortium antwoord te geven op dit kennishiaat.
<b>CARDIOLOGIE</b>				
1	52	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	53	NHG	Wat is het effect van starten met medicatie voor cardiovasculair risicomanagement bij 80-plussers? 100	
3	54	Richtlijn Antitrombotisch beleid	Wat is het risico op symptomatische DVT of longembolie met acetylsalicylzuur versus LMWH na heupfractuur of heup- of knieervangende operatie?	
4	64	Richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (CVRM)	Wat is de meerwaarde van de behandeling met lipidenverlagende middelen bij (kwetsbare) ouderen (>70 jaar)?	
5	65	Richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (CVRM)	Welke bloeddrukstreefwaarden dienen te worden gehanteerd bij de behandeling van hypertensie bij (kwetsbare) ouderen (>70 jaar)?	
6	66	Richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (CVRM)	Welk type antihypertensivum heeft de voorkeur bij (kwetsbare) ouderen (>70 jaar) met hypertensie?	
7	67	Richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (CVRM)	Wanneer stoppen antihypertensiva bij (kwetsbare) ouderen (>70 jaar)?	
8	68	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	69	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	70	Richtlijn Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV)	Welke factoren voorspellen het succes van een amputatie bij kwetsbare ouderen met perifeer arterieel vaatlijden?	
11	73	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat is de benefit van het starten van een statine bij 75-plusser met een risico-profiel?	
12	74	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat is het effect op de mobiditeit bij staken van een statine bij kwetsbare ouderen bij aanwezigheid van risicofactoren voor cardiovasculaire aandoeningen/ status na doorgemaakt CVA of myocardinfarct.	
13	75	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat is het effect van het instellen van secundaire cardiovasculair risicomangement op het cognitieve en functionele beloop bij patiënten CSVD?	Er is steeds meer aandacht voor cardiovasculair risicomangement bij kwetsbare ouderen maar tot op heden is het nog onduidelijk welke impact secundaire cardiovasculaire risicomangement heeft op het cognitieve en functionele beloop bij patiënten met vastgestelde cognitieve stoornissen en CSVD. We willen onderzoeken of (1) intensieve CVRM veilig is bij kwetsbare ouderen is en of intensieve CVRM effectief is in het vertragen van achteruitgang van het algehele functioneren.
14	76	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	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.
15	77	SIG Cardiologie	Is aanvullende geriatrische diagnostiek en behandeling van kwetsbare oudere hartfalenpatiënten van meerwaarde op klinische uitkomsten in vergelijking met standaard hartfalenzorg?	Cardiovasculaire problemen komen vaak voor bij oudere patiënten. Deze patiënten hebben naast de cardiovasculaire probmatiek vaak ook andere comorbiditeiten en polyfarmacie. Bovendien gaat cardiovasculaire problematiek gepaard met een hoger risico op cognitieve stoornissen en mobiliteitsproblemen. Dit maat dat het een kwetsbare populatie betreft. De vraag is daarom of geriatrische diagnostiek en behandeling de uitkomsten bij deze populatie kan verbeteren.
16	79	SIG Cardiologie	Wat is de optimale behandeling van acuut en chronisch coronairlijden bij (kwetsbare) ouderen?	Het is onduidelijk in hoeverre de behandeling van acuut en chronisch coronairlijden bij ouderen net zo effectief is als bij jongeren en of het aantal complicaties/bijwerkingen vergelijkbaar is? Hierbij kun je bijvoorbeeld denken aan een PCI bij een oudere, kwetsbare patiënt met een acuut myocardinfarct of een CABG bij stabiel coronairlijden.
17	80	SIG Cardiologie	Wat is de toegevoegde waarde van nieuwe cardiale technieken en devices (bijvoorbeeld ablatie bij AF) op(geriatrische) uitkomstmaten?	In de cardiologie zijn er in toenemende mate nieuwe technieken en devices beschikbaar (zoals ablatie bij boezemfibrilleren etc). Deze worden over het algemeen alleen bij een jongere populatie ingezet. De vraag is of zij ook geen toegevoegde waarde zouden kunnen hebben bij een (geselecteerde) oudere populatie.
18	81	SIG Cardiologie	Wat zijn de benefits en harms van het toepassen van de 4 pijlers van de behandeling van hartfalen volgens de nieuwe hartfalen richtlijn bij (kwetsbare) ouderen?	De nieuwe hartfalen richtlijn adviseert een veel agressievere aanpak van hartfalen dan de oude richtlijn, 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 eindpunten zoals 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.
19	82	NVVC	aanvullende geriatrische diagnostiek en behandeling van kwetsbare oudere hartfalenpatiënten van meerwaarde op klinische uitkomsten in vergelijking met standaard hartfalenzorg?	Moeten deze patiënten meer of juist minder, en door wie worden gecontroleerd?
20	83	NVVC	Wat is de beste tool om een inschatting te maken van de kwetsbaarheid bij de oudere patiënt met cardiologische problematiek?	Zowel acuut als chronisch, nu niet duidelijk, en willekeur of en wat wordt gebruikt
21	84	NVVC	Wat is de optimale behandeling van acuut en chronisch coronairlijden bij (kwetsbare) ouderen	In het bijzonder de rol van revascularisatie bij (kwetsbare) ouderen
22	85	NVVC	Wat is de toegevoegde waarde van nieuwe cardiale technieken en devices (bijvoorbeeld ablatie bij AF) op(geriatrische) uitkomstmaten?	Moet de leeftijdsgrens voor toepassen van deze cardiale technieken omhoog of juist omlaag, en wie moet er voor in aanmerking komen, en met welk doel?
23	86	NVVC	Wat zijn de benefits en harms van het toepassen van de 4 pijlers van de behandeling van hartfalen volgens de nieuwe hartfalen richtlijn bij (kwetsbare) ouderen?	Wat zijn de benefits en harms van het toepassen van de 4 pijlers van de behandeling van hartfalen volgens de nieuwe hartfalen richtlijn bij (kwetsbare) ouderen?
24	87	NVVC	Wat is er bekend bij end of life of battery bij ICD dragers wat er gebeurt bij de wissel van de batterij: wordt er actief gekeken of een shockfunctie nog wenselijk is en wordt dit besproken met de patiënt?	En wordt dit besproken door de poli dokter of gaat dat separaat via het cathlab. Dat kan per ziekenhuis verschillen...
25	88	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	89	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%).
27	92	Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde	Wat is het effect van stoppen met cardiovasculaire medicatie bij 80-plussers en in welke opzichten verschilt dit van dat bij jongere patiënten?	
28	93	Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde	Wat is het effect van starten met medicatie voor cardiovasculair risicomangement bij 80-plussers?	
29	94	Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde	Wat is zinvolle cardiovasculaire zorg bij de oudste ouderen? (Meerdere vragen geclusterd.)	
30	95	Kennisagenda NVVC	Is aanvullende geriatrische diagnostiek en behandelin/begeleiding/interventies van fragiele (oudere) hartfalenpatiënten, van meerwaarde op klinische uitkomsten, in vergelijking met standaard hartfalenzorg?	
<b>GERIATRISCHE TRAUMATOLOGIE</b>				
1	97	NOV	Wat is de optimale behandeling pols fracturen bij low demand ouderen?	Is een belangrijk kennishiat omdat deze fracturen veel voorkomen en de beschikbare behandelingsmodaliteiten veel verschillen
2	98	NOV	effect van prothesiologie op milde cognitieve stoornissen bij geriatrische patient	
3	99	NOV	wat is effect op ligduur indien traumatologische geriatrische patient qua hoofdbehandelaarschap post ok of in geval van geen interventie overgaat van orthooped/traumatoloog naar geriater 24 uur na ok/opname	
4	100	Richtlijn Acute Traumatische Wervelletsels	Wat zijn de gunstige en ongunstige effecten van een operatieve behandeling ten opzichte van een conservatieve behandeling in patiënten ≥60 jaar met een type II odontoid fractuur?	Het is onvoldoende bekend welke factoren bij welke groepen bijdragen aan de vroege sterfte bij patiënten ≥60 jaar met een odontoid fractuur. Er is meer inzicht nodig in deze factoren zodat behandelstrategieën kunnen worden geoptimaliseerd voor individuele gevallen. Patiënten zouden daarom standaard en lang genoeg gevolgd moeten worden, en informatie over mogelijke factoren verzameld en geanalyseerd.  Ook is het onvoldoende onderzocht of een operatieve behandeling tot een verminderde sterfte en complicaties leidt in alle patiënten. Het betreft hier een groep patiënten die naar verwachting aanzienlijk groter zal worden vanwege de vergrijzing. Gezien de equipose onder experts en serieuze consequenties voor een groeiende groep potentiële patiënten is het aan te bevelen een prospectieve, vergelijkende studie te starten.
5	101	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?	
6	102	Richtlijn Richtlijn Behandeling kwetsbare ouderen bij chirurgie	Wat is het beleid met betrekking tot bijvoeding bij de kwetsbare oudere patiënt met een proximale femurfractuur?	
7	103	Richtlijn Richtlijn Behandeling kwetsbare ouderen bij chirurgie	Welke disciplines/behandelcomponenten bevorderen de revalidatie van een kwetsbare oudere patiënt na een operatie voor een proximale femurfractuur?	
8	106	Richtlijn Conservatieve behandeling van artrose in heup of knie	Wat is de waarde van intra-articulaire injecties bij behandeling van artrose van heup of knie?	
9	107	Richtlijn Conservatieve behandeling van artrose in heup of knie	Wat is de waarde van kniebraces en voetortheses in de behandeling van knieartrose?	
10	110	Richtlijn Proximale femurfracturen	Wat zijn indicaties of voorspellers wie er doelmatig en effectief beter in GRZ thuis horen?	Het is op dit moment onvoldoende duidelijk welke patiënten baat hebben bij intramurale multidisciplinaire revalidatie (onafhankelijk van de verpleegbehoefte).

11	113	NOV	Leidt shared decision making, waarbij besloten wordt over niet-operatief versus operatief beleid, tot dezelfde kwaliteit van leven bij kwetsbare oudere (verpleeghuis)patiënten met een polsfractuur?	<p>Kwetsbare ouderen 70 jaar of ouder met óf een body mass index &lt;18.5, óf Functional Ambulation Category 2 of lager pre-trauma, óf ASA 4-5), die een polsfractuur oplopen</p> <p>Interventie (I): Patiënten die aan de inclusiecriteria voldoen krijgen een gestructureerd gesprek met de behandelaar (chirurg of geriater) waarin de wensen en verwachtingen van de patiënt centraal staan en welke behandeling daar het best bij aansluit. De behandelaar exploreert wat de kwaliteit van leven voor de patiënt bepaalt en geeft een realistisch beeld van het te verwachten beloop. Familie en/of vertegenwoordiger van patiënt worden actief betrokken in het gesprek. Niet-operatief beleid is gericht op pijnstilling en comfort, in transmurale overleg met eigen specialist ouderengeneeskunde.</p> <p>Comparator (C): De operatieve behandeling bestaat uit standard care.</p> <p>Outcome (O): Primaire economische uitkomst is kosten per gewonnen QALY. Uitkomsten zijn kwaliteit van leven (EQ-5D (primaire) en QUALIDEM), pijn en pijnmedicatie, gebruik psychofarmaca, (chirurgische) complicaties, tevredenheid van de patiënt (of proxy) en zorgverleners met het gekozen beleid, tijd tot overlijden en medische kosten.</p> <p>ACHTERGROND Distale radiusfracturen zijn de op een na meest voorkomende fracturen bij ouderen. In de komende decennia zal dit toenemen door geleidelijke vergrijzing van de bevolking. De behandeling van distale radius fracturen kan zowel niet operatief als operatief zijn. De niet-operatieve behandeling bestaat uit gesloten reductie gevolgd door gipsbehandeling. De meest gebruikte operatieve procedures zijn externe fixatie, K-draad stabilisatie en open reductie en</p>
12	114	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat is het effect van beweging alleen op botdichtheid?	Theorie is dat bot een dynamisch weefsel is met voortdurend remodeling obv o.a. belasting. Ik ben nieuwsgierig of een intensief bewegingstraject ook leidt tot netto botopbouw.
13	115	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	In hoeverre is het gebruik van antistolling een reële risicofactor voor de uitkomsten van een operatie bij heupfracturen? Of is het wachten tot de antistolling is uitgewerkt wellicht wel meer risicovol mbt tot geriatrische uitkomsten (cognitie, kwaliteit van leven, ADL/iADL)	
14	116	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Geeft het uitstellen van een heupoperatie ivm gebruik van antistolling betere uitkomsten dan vroeger opereren onder antistolling bij kwetsbare ouderen met een heupfractuur?	Er worden veel operaties van heupfracturen uitgesteld doordat patiënten antistolling gebruiken? Zijn de uitkomsten van geriatrische patiënten wel beter als de operatie wordt uitgesteld door antistolling en weegt het uitstellen van de operatie op tegen de risico's van opereren onder antistolling?
15	117	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat is de meerwaarde van een fenolische PENG blokkade bij kwetsbare ouderen met een niet geopereerde heupfractuur voor functionaliteit, kwaliteit van leven, complicaties en overleving?	
16	119	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.
17	120	Geriatrische Traumatologie	Wat is de meerwaarde van standaard bijvoeding gedurende 3 maanden versus reguliere zorg na heupfractuur om outcome (complicaties/mortaliteit/functionaliiteit/QoL) te verbeteren bij postoperatieve follow-up 3 maanden na heupfractuur?	Ondervoeding is een belangrijke risicofactor voor slechte zorguitkomsten na een heupfractuur. Verbetering van de voedingstoestand zou op theoretische gronden de functionaliteit, overleving en uitkomsten na een heupoperatie vanwege een heupfractuur moeten verbeteren. Tot op heden is dit effect niet aangetoond in meta-analysen ondanks diverse kleine positieve studies. Zie: -Behandeling kwetsbare ouderen bij chirurgie, module proximale femurfractuur postoperatief herstel, 3.2 beleid bijvoeding bij proximale femurfractuur, -Cochrane Nutritional supplementation for older people after hip fracture 2016 Avenell.
18	121	Geriatrische Traumatologie	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 sliksstoornissen is hoog bij kwetsbare ouderen in het ziekenhuis, zeker na heupfractuur en 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 sliksstoornis 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 sliksstoornis pneumonie en mortaliteit bij patiënten met een heupfractuur en of patiënten met een delier in het algemeen?
19	122	Geriatrische Traumatologie	Voorkomen van een recidief (heup)fractuur: wat is de effectiviteit van zoledroninezuur gedurende de opname voor heupfractuur op het verlagen van de fractuurkans in de eerste 2 jaar na de initiële heupfractuur?	Behandeling van osteoporose na heupfractuur resulteert in fractuur en mortaliteitsreductie (Horizon studie, Lyles NEJM). Slechts 30% van heupfractuurpatiënten wordt behandeld vanwege osteoporose vanwege moeizame follow-up, terwijl > 80% van hen daarvoor in aanmerking komt. Is het starten met osteoporose behandeling na heupfractuur reeds tijdens klinische opname in het ziekenhuis effectief in het verlagen van de fractuurkans in de 1e 2 jaar na de initiële heupfractuur?

20	123	Geriatrische Traumatologie	Wat is de meerwaarde van een fenolische PENG blokkade bij kwetsbare ouderen met een niet geopereerde heupfractuur voor functionaliteit, kwaliteit van leven, complicaties en overleving?	De FRAIL hip studie toont dat conservatieve behandeling na heupfractuur bij de meest kwetsbare verpleeghuispatiënten resulteert in een korte overleving, mede vanwege intensieve systemische pijnbestrijding en palliatieve sedatie bij refractaire pijn bij conservatieve behandeling. Daarnaast bieden systemische opiaten geen soelaas bij dynamische pijn, pijn bij bewegen. Een fenolische blokkade van de 3 takken van de femoralis, het zogenaamde PENG blok (perivascular nerve group block) lijkt veelbelovend in het bestrijden van de pijn na conservatieve behandeling van een collumfractuur voor pijn in rust en dynamische pijn, in mindere mate geldt dit ook voor de peritrochantaire femurfractuur. Een studie dient de veelbelovende effecten van PENG na conservatieve behandeling van een proximale femurfractuur verder te onderbouwen, alvorens deze ingezet kan worden in de reguliere dagelijkse praktijk in de kliniek.
21	124	Geriatrische Traumatologie	Wat zijn de krachtigste voorspellers bij opname voor functionaliteit, kwaliteit van leven, complicaties en mortaliteit binnen 30 dagen, 3 maanden en een jaar, bij patiënten met een heupfractuur die een operatie ondergaan?	Er is veel onderzoek gedaan naar risicofactoren voor complicaties en mortaliteit na een heupfractuur. Er is echter weinig bekend over de succesfactoren en risicofactoren die bepalend zijn voor functionaliteit en kwaliteit van leven van heupfractuurpatiënten na 30 dagen, 3 maanden en 1 jaar. Evenmin is bekend welke risicofactoren nu het meest bepalend zijn voor het ontstaan van complicaties en korte overleving na een heupoperatie vanwege een heupfractuur.
22	125	Verenso	Welke patiëntgebonden factoren zijn geassocieerd met een gunstige uitkomst op morbiditeit, mortaliteit en kwaliteit van leven na operatieve behandeling van een heupfractuur bij verpleeghuisbewoners?	
23	126	Kennisagenda NIV (2017)	Wat is de beste behandeling bij osteoporose na vijf jaar bisfosonaat therapie en blijvend verhoogd fractuurrisico? Zijn er argumenten om bij ouderen de keuze voor het eerste preparaat (bisfosonaat) aan te passen met het oog op praktisch gebruik, effectiviteit, veiligheid en bijwerkingen?	
24	128	Kennisagenda Nvvh (2018)	Wat is de (kosten-)effectiviteit van trauma-geriatrische zorg voor ouderen met een heupfractuur?	
25	131	Kennisagenda NVvN (2019)	Wat is de optimale behandeling van een densfractuur bij ouderen?	
<b>FARMACOLOGIE</b>				
1	133	NOV	Wat is het risico op gebruik van antistolling bij heupchirurgie (zowel electief als acuut) bij oudere patiënten (>80 jaar), enerzijds ter voorkoming van thrombo-embolische complicaties, en anderzijds ter risicoverhoging op bloedingscomplicaties?	De balans tussen het voorkomen van thrombo-embolische complicaties enerzijds en het risico op bloedingscomplicaties anderzijds is bij deze leeftijdsgroep minder evident dan bij de jongere heuppatiënt. Voor deze leeftijdsgroep misschien helemaal geen antistolling meer? Of alleen bij eerder doorgemaakt onbloedig CVA (TIA, herseninfarct)? Alleen DOAC's of juist niet?
2	134	NOV	Wat is naast PCM en NSAID's de rol van peri-operatieve pijnstillers als oxycodon en dexamethason op postoperatieve pijn en functieherstel bij oudere patiënten na een electieve of acute heupchirurgie?	Wil je oxycodon juist vermijden, of gebruiken als escape? Onduidelijk bij deze populatie.
3	135	Richtlijn Delier bij volwassenen en ouderen	Wat is de effectiviteit van profylactische medicamenteuze behandeling in het voorkomen van een delier? Meer specifiek werd hierbij tevens gekeken naar het subsyndroomaal delier, hypo- of hyperactief delier, delier bij dementie en bij het hypokinetisch rigide syndroom.	
4	136	Richtlijn Delier bij volwassenen en ouderen	Wat is de meest effectieve medicamenteuze behandeling van het delier?	
5	137	Richtlijn Diabetes mellitus type 2 bij ouderen	Wat is de plaats van dipeptidyl-peptidase 4 (DPP-4)-remmers in de behandeling van de oudere patiënt met diabetes?	
6	138	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?	
7	139	Richtlijn Diabetes mellitus type 2 bij ouderen	Wat is de plaats van natriumglucose-cotransporter 2 (SGLT-2)-remmers in de behandeling van de oudere patiënt met diabetes?	
8	154	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Kan het gebruik van dexmedetomidine perioperatief de prevalentie van postoperatieve delieren terugdringen?	Op de IC wordt regelmatig gebruik gemaakt van dexmedetomidine. Op een recente refereeravond hebben wij een aantal artikelen besproken waarin het gebruik van dexmed werd geëvalueerd. Daar kregen wij de indruk dat perioperatief gebruik wel eens voordelig effect zou kunnen hebben op het voorkomen van delieren.
10	158	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat is de effectiviteit en veiligheid van off label gebruik van een lage dosering quetiapine voor slaapproblemen bij ouderen?	Zowel tav gebruik op korte en lange termijn.
11	159	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat is de effectiviteit van haldol versus placebo in de behandeling van delier?	Er lijkt steeds meer evidence te zijn dat haldol niets doet. Is nog meer onderzoek nodig of moet het bestaande bewijs opnieuw gewogen worden?

12	161	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	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 herkend 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	164	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.
14	166	SIG Farmacotherapie bij ouderen	Wat is de effectiviteit (incl. time to benefit) en veiligheid van starten met een bisfosfonaat of denosumab bij ouderen met een fractuur met/zonder bewezen osteoporose (blind starten)?	Hypothese is dat na het optreden van een fractuur bij ouderen het doen van onderzoek naar osteoporose middels een DEXA-scan niet nodig is voor veilig en effectief starten van een bisfosfonaat of denosumab. Meer bewijs van deze hypothese heeft belangrijke consequenties voor patiënt, zorgproces en kosten.
15	169	Diabetes Vereniging Nederland (DVN)	Levert persoongerichte medicatie bij ouderen met diabetes tot minder polyfarmacie en daaraan gerelateerde medicatiefouten en overdosering?	Ga met ouderen met mantelzorgers het gesprek aan over minderen, stoppen dan wel niet starten van medicatie. Bespreek dat behandeldoelen van diabetes anders zijn bij ouderen. Veel ouderen met diabetes gebruiken veel medicatie en te hoge doseringen. Dit leidt tot verwarring, overdoses en medicatiefouten.
16	170, 171	ReumaNederland, Nationale Onderzoeksagenda Huisartsengeneeskunde	Welke monitoring is nodig om te zorgen dat de comorbide ouderen de optimale medicatie krijgen (en nemen) wanneer er sprake is van polyfarmacie? Hoe bevorderen we passend medicatiegebruik bij ouderen (met polyfarmacie/multimorbiditeit)?	Toezicht op medicatiegebruik en therapietrouw
<b>ONCOLOGIE</b>				
1	175	NVOG	Is standaard geriatrische screening zinvol bij iedere oudere met een gynaecologische maligniteit?	
2	177	NVKNO	Wat is de optimale behandeling van tweede primaire HH tumoren bij (oudere) patienten?	De behandeling is regelmatig niet volgens richtlijn en wordt ook niet geregistreerd in de DHNA.
3	182	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Is immunotherapie geschikt voor kwetsbare ouderen? Kosten-baten (kostbare behandeling op hoge leeftijd), ernst van bijwerkingen (anders dan bij volwassenen)	Immunotherapie wordt steeds meer toegepast. Het is een dure behandeling met relatief weinig bijwerkingen. Komen kwetsbare ouderen hiervoor in aanmerking?
4	183	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat is de waarde/voorspellende waarde van het geriatrisch assessment voor uitkomsten voor patiënten die chemotherapie moeten krijgen/een oncologische operatie moeten ondergaan?	
5	185	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Is de Multidimensional Prognostic Index van toegevoegde waarde in het voorspellen van lange termijn functioneren en kwaliteit van leven na een intensieve behandeling bij oudere patiënten, zoals operatie of (chemo)radiatietherapie? En als tweede, kan dit instrument de effectiviteit van een behandeling meten?	Door de vergrijzing zijn er steeds meer ouderen die een invasieve behandeling moeten ondergaan, vaak voor een vorm van kanker. Veel geriaters zien in toenemende mate deze patiënten op hun poli en moeten een inschatting maken of een patiënt voldoende veerkracht heeft voor deze intensieve behandeling. Het CGA geeft een narratieve conclusie, maar geen maat en getal. De MPI score is ontwikkeld op basis van het CGA en geeft een individuele getalsmatige inschatting op harde uitkomsten. We willen onderzoeken of dit ook geassocieerd is met functionele uitkomsten en van toegevoegde waarde is voor het pre-behandeling inschatting van risico's. Tevens willen wij onderzoeken of dit instrument de effectiviteit van een verrichte behandeling kan meten.
6	186	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	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.
7	187	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat is de meerwaarde van het CGA voor de peroperatieve zorg bij ouderen met urologische maligniteiten?	
8	196	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.
9	197	SIG Geriatrische Oncologie	Wat is de meest effectieve en doelmatige werkwijze van geriatrisch-oncologisch zorgpaden voor (kwetsbare) ouderen?	Er zijn veel verschillen in werkwijze binnen geriatrisch oncologische zorgpaden in Nederland. Bijvoorbeeld verschillen in timing van het (C)GA, wie het (C)GA uitvoert, wel/geen deelname van een ouderenspecialist aan oncologische MDO's, communicatie tussen geriatrische en oncologische specialisten, rollen van vpk en verpleegkundig specialisten en wijze van voeren van shared decision gesprekken. Met vergelijkend onderzoek in een groot landelijk cohort kan onderzocht worden welke zorgpaden het meest effectief en doelmatig zijn qua uitkomsten bij ouderen met kanker.

10	198	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 patiënten?	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?
11	199	SIG Geriatrische Oncologie	Welke interventies kunnen geriatrische uitkomsten van oncologische behandelingen bij (kwetsbare) ouderen verbeteren?	Voorbeelden van interventies kunnen zijn (C)GA met gerichte interventies, prehabilitatie, home-monitoring, upfront dosisreducties bij chemotherapie. Hier is tot op heden weinig onderzoek naar verricht in kwetsbare ouderen.
12	203	Nederlandse Federatie Kankerpatiëntorganisaties	Verschilt de werking van medicijnen (bijvoorbeeld immunotherapie) bij oudere t.o.v. jongere patiënten met kanker?	Immunotherapie wordt steeds vaker ingezet, maar doordat het nieuw is, is het nog niet volledig bekend welke neveneffecten het heeft. Deze effecten kunnen anders zijn voor (kwetsbare) oudere patiënten dan voor jongere patiënten. Het onderzoek moet duidelijk maken of de werking van een behandeling met medicijnen verschilt bij oudere vs. jongere patiënten.
<b>PALLIATIEVE ZORG</b>				
1	206	Richtlijn Palliatieve zorg bij eindstadium nierfalen	Bij patiënten met eindstadium nierfalen (P): Wat is het effect van medicamenteuze behandeling (I en C) op slaapstoornissen en kwaliteit van leven (O)?	
2	207	Richtlijn Palliatieve zorg bij eindstadium nierfalen	Bij patiënten met eindstadium nierfalen (P): Wat is het effect van medicamenteuze behandeling (I en C) op pijn en kwaliteit van leven (O)?	
3	208	Richtlijn Palliatieve zorg bij eindstadium nierfalen	Bij patiënten met eindstadium nierfalen en jeuk (P): wat is het effect van medicamenteuze behandeling of lichttherapie (I en C) op kwaliteit van leven en jeuk (O)?	
4	209	Richtlijn Palliatieve zorg bij eindstadium nierfalen	Bij patiënten met eindstadium nierfalen en restless legs (P): wat is het effect van medicamenteuze behandeling (I en C) op symptomen van restless legs en kwaliteit van leven (O)?	
5	210	Richtlijn Palliatieve zorg bij eindstadium nierfalen	Bij patiënten met eindstadium nierfalen (P): wat is het effect van niet-medicamenteuze en medicamenteuze behandeling (I en C) op depressie en kwaliteit van leven (O)?	
6	211	Richtlijn Palliatieve zorg bij hartfalen NYHA-klasse III en IV	Leidt advance care planning bij patiënten met hartfalen (NYHA-klasse III-IV) tot een betere kwaliteit van leven en/of hogere tevredenheid van de patiënt en de naasten?	
7	212	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 blijkt het lastig te zijn de 'start' van de palliatieve fase te markeren. De SQ doet het matig, maar kan gebruikt worden als eerste stap.
8	214	SIG palliatieve zorg	Wat is de effectiviteit van diverse medicamenteuze behandelingsopties van het delier in de stervensfase? Wat is hierin de positie van palliatieve sedatie bij een terminaal delier? En welke keuzes kunnen veilig gemaakt worden bij de niet meer slikkende Parkinsonpatiënt?	Er blijft bedroevend weinig echte harde evidence aanwezig voor behandeling delier. Als dat kan verbeteren, graag.
9	215	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?	
10	216	SIG palliatieve zorg	Wat is de effectiviteit / bruikbaarheid van invasieve pijnbestrijding (blokkades) bij patiënten met een collumfractuur welke niet geopereerd worden?	
<b>VALPREVENTIE</b>				
1	220	NVKNO	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	221	Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen	Welk risicoschattinginstrument of risicoschattingsproces kan gebruikt worden om thuiswonenden van 65 jaar en ouder met een verhoogd valrisico op te sporen?	
3	222	Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen	Welk risicoschattinginstrument of risicoschattingsproces kan gebruikt worden om patiënten met een verhoogd valrisico in het ziekenhuis op te sporen?	
4	223	Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen	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?	



5	224	Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen	Welke valrisico verlagende interventies zijn effectief bij thuiswonenden?	
6	226	Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen	Welke valrisico verlagende interventies zijn effectief bij ouderen in het ziekenhuis?	
7	227	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?	
8	228	Richtlijn Ziekte van Parkinson	Wat zijn effectieve interventies om het valrisico te reduceren bij patiënten met de ziekte van Parkinson?	
9	229	Richtlijn Ziekte van Parkinson	Wat zijn effectieve interventies om valangst te reduceren bij patiënten met de ziekte van Parkinson?	
10	230	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	233	SIG valpreventie	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 spectrografie) kunnen worden toegepast. Ook is er onzekerheid welke medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandelingen effectief zijn in de oudere (kwetsbare) populatie.
12	234	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.
13	235	SIG valpreventie	Wat zijn de prognostische factoren die een val in het ziekenhuis voorspellen en toegepast kunnen worden om ouderen met een hoog valrisico te identificeren in het ziekenhuis (die baat hebben bij een multifactoriële valanalyse).	In 2021 is het IGJ verbeterdoel 'voorkomen van letsel en functieverlies bij (kwetsbare) ouderen ten gevolge van een val' van kracht geworden. Het derde onderdeel ter reflectie betreft 'borging van de multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling tijdens ziekenhuisopname'. Hiertoe is het noodzakelijk om als eerste stap opgenomen ouderen met een verhoogd valrisico te identificeren. Op dit moment bestaan er echter -zoals de landelijke richtlijn ook beschrijft- geen goed gevalideerde screeningsinstrumenten. Door toepassing van nieuwe (Big Data/Artificial Intelligence) approaches op het elektronisch patiëntendossier kan naar verwachting een goed en valide screeningsinstrument ontwikkeld worden voor de Nederlandse gezondheidszorgsetting. Hiermee kan valpreventie efficiënt en doelmatig worden ingezet bij opgenomen oudere patiënten.
14	236	SIG valpreventie	Verlaagt toepassing van een gestructureerd medicatiereview middels een deprescribing instrument (zoals STOPPFall) het valrisico bij ouderen op de (val)polikliniek?	Vallen bij ouderen is een groot en duur gezondheidszorgprobleem, meer dan 1% van de totale gezondheidskosten gaat op aan val-gerelateerd letsel. Na beweeginterventies is de medicatiebeoordeling de belangrijkste effectieve component van de multifactoriële valanalyse. Er is echter veel praktijkvariatie met betrekking tot de uitvoering hiervan: er is onzekerheid over welke medicatie (sterk) valrisicoverhogend is en behandelaren scoren hun kennis op dit complexe onderwerp veelal als niet afdoende. Ook wordt gezamenlijke besluitvorming ten aanzien van medicatie afbouw als lastig ervaren, oudere patiënten zijn hiervoor ook veelal niet goed geoutilleerd. Recent is onder Nederlandse leiding door een Europese expertgroep een gestructureerd beslissingsondersteuningsinstrument inclusief een consensus lijst van valrisicoverhogende medicatie ontwikkeld om deze besluitvorming te ondersteunen en meer te uniformiseren. Onderzoek naar de effectiviteit en validiteit van een dergelijk gestructureerde aanpak ontbreekt echter nog.
15	237	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat is het effect van behandeling met fludrocortison op het aantal valincidenten bij patiënten van 70-jaar met orthostatische hypotensie, die aanhoudende klachten van orthostatische hypotensie houden ondanks standaard care?	
		<b>GERIATRISCHE NEFROLOGIE</b>		
1	243	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Kunnen we voorspellen welke oudere patiënt met nierfalen uitgebreide predialysezorg met voorlichting over nierfunctievervangende behandeling nodig heeft, en bij welke patiënten deze zorg niet nodig is omdat ze door hun overleving/kwetsbaarheid waarschijnlijk niet aan terminaal nierfalen toekomt.	Bij ouderen met ernstig nierfalen kan het (zowel in de 1e lijn als poliklinisch) een dilemma zijn om ze wel/niet door te verwijzen naar de predialyse poli. Dit is een intensief traject met veel voorlichting, extra onderzoeken en belastend. Als we beter kunnen voorspellen voor wie dit zinvol is, kan deze zorg efficiënter en minder belastend voor de pt worden ingericht.

2	246	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Bij welke patiënten van 65 jaar en ouder met nierfalen (eGFR < 30 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) heeft uitgebreide nierfalenvoorlichting wel meerwaarde en bij welke patiënten niet.	Patiënten met nierfalen (eGFR < 30 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) horen voorlichting te krijgen over nierfunctievervangende therapie (i.e. hemodialyse, peritoneale dialyse, niertransplantatie of geen behandeling). Patiënten met nierfalen worden steeds ouder. Een deel van hen krijgt nu wel uitgebreide nierfalenvoorlichting, inclusief eventuele voorbereidingen (bijvoorbeeld aanleg van een shunt voor hemodialyse), maar zal nooit toekomen aan nierfunctievervangende therapie. Onbekend is welke patiënten van 65 jaar en ouder met nierfalen wel en welke patiënten niet toekomen aan nierfunctievervangende therapie en of er verschillen zijn in subgroepen (o.b.v. leeftijd, eGFR, comorbiditeit en kwetsbaarheid). Identificatie van patiënten die nooit zullen toekomen aan nierfunctievervangende therapie kan onnodige zorg voorkomen.
3	249	DIALOGICA	Onbekend is welke patiënten van 65 jaar en ouder met nierfalen (eGFR < 30 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) wel en welke patiënten niet toekomen aan nierfunctievervangende therapie en of er verschillen zijn in subgroepen (o.b.v. leeftijd, eGFR, comorbiditeit en kwetsbaarheid).	Sommige oudere patiënten met nierfalen zullen niet toekomen aan nierfunctievervangende therapie maar overlijden aan andere oorzaak dan nierfalen voordat moment van nierfunctievervangende therapie nodig is. Voor deze patiënten is een intensief voorlichtingstraject over wel of geen dialyse/transplantatie waarschijnlijk onnodig.
4	252	Nierpatiënten Vereniging Nederland, in samenwerking met DOMESTICO en De Nierstichting	Bij welke patiënten van 65 jaar en ouder met nierfalen (eGFR < 30 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) heeft uitgebreide nierfalenvoorlichting wel meerwaarde en bij welke patiënten niet.	Heeft het voor nierpatiënten ouder dan 65 jaar meerwaarde om uitgebreide voorlichting te krijgen over de keuzes die gemaakt zouden kunnen worden rondom nierfunctievervangende behandelingen. Patiënten met nierfalen (eGFR < 30 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) horen voorlichting te krijgen over nierfunctievervangende therapie (i.e. hemodialyse, peritoneale dialyse, niertransplantatie of geen behandeling). Patiënten met nierfalen worden steeds ouder. Een deel van hen krijgt nu wel uitgebreide nierfalenvoorlichting, inclusief eventuele voorbereidingen (bijvoorbeeld aanleg van een shunt voor hemodialyse), maar zal nooit toekomen aan nierfunctievervangende therapie. Onbekend is welke patiënten van 65 jaar en ouder met nierfalen wel en welke patiënten niet toekomen aan nierfunctievervangende therapie en of er verschillen zijn in subgroepen (o.b.v. leeftijd, eGFR, comorbiditeit en kwetsbaarheid).
<b>ACUTE/SPOEDEISEN DE ZORG</b>				
1	260	Richtlijn Beleid rondom spoedoperaties	Wat is de optimale tijd tussen opname en operatie voor een proximale femurfractuur rekening houdend met patiëntfactoren, logistieke factoren en patiëntveiligheid?	
2	270	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.
3	271	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat is de waarde van de inzet (en de verschillende manieren van inzet) van de klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde bij de acute oudere patiënt op de SEH op geriatrisch relevante uitkomstmaten?	Er komt een nieuw besluit dat de geriater 24 uur per dag beschikbaar moet zijn voor consultatie op de SEH. Er is echter nog vrijwel geen evidence wat de toegevoegde waarde hiervan is voor belangrijke uitkomstmaten. Ook is er nog geen evidence welk model zich hiervoor het beste leent (beoordeling op SEH door geriater, bdoor V of is alleen telefonisch consultatie voldoende? Moet elke oudere patiënt beoordeeld worden of alleen bij speciale criteria of na afname van een screeningsinstrument?. En elk instrument dan?
4	272 en 2	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid (92x)	Wat is de toegevoegde waarde van een standaard bepaling van vitamine B12 en foliumzuur op de SEH bij een geriatrische populatie?	Achtergrond: Het aantal presentaties van kwetsbare ouderen op de SEH neemt met de vergrijzing toe. De zorgkosten stijgen jaarlijks door en er zijn zorgen om de toegankelijkheid van spoedzorg. Het geriatric comprehensive assessment (CGA) is een uitgebreid en compleet geriatrisch onderzoek. Het CGA heeft in verschillende settings (polikliniek, kliniek, medebehandeling) bewezen positieve effecten op onder andere de opname duur en zelfstandig thuis kunnen blijven wonen na opname. Echter een systematische review van Pilotto (2017) beschrijft dat er slechts enkele studies zijn gedaan naar de effectiviteit van het CGA op de SEH. Deze studies laten tegenstrijdige resultaten zien met betrekking tot de effectiviteit van het CGA op de SEH. Mogelijk kan uit het volledig CGA een aangepast CGA ontwikkeld worden geschikt en effectief voor de acute geriatric. Richtlijn en verwachte opbrengst: In het CGA zit onder andere een uitgebreid laboratoriumonderzoek inclusief vitamine B12 en foliumzuur. Echter bij een beoordeling op de spoedeisende hulp gaat het om het opvangen en behandelen van patiënten met een spoedeisende hulpvraag. Het standaard afnemen van vitamine B12 (€7 per bepaling) en foliumzuur (€6 per bepaling) in het laboratoriumonderzoek is wellicht niet altijd noodzakelijk om deze vraag te beantwoorden. Ook kan er sprake zijn van overdiagnostiek. <b>PICO</b> P: patiënten gepresenteerd voor het specialisme geriatric op de SEH I: geen standaard bepaling (alleen op klinische indicatie) vitamine B12 en foliumzuur in het laboratoriumonderzoek op de SEH C: standaard bepaling van vitamine B12 en foliumzuur volgens de huidige richtlijn van het CGA O: primair: aantal gemiste klinisch relevante vitamine deficiënties. Secundair: kosteneffectiviteit.
<b>MULTIMORBIDITEIT EN ORGANISATIE VAN ZORG</b>				
1	275	NHG	Hoe bevorderen we passend medicatiegebruik bij ouderen (met polyfarmacie/multimorbiditeit)? 174	

2	276	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid (7x)	Wat is het effect van goede regie bij patiënten met multimorbiditeit en meerdere behandelaren in het ziekenhuis op reductie van zorg?	Patiënten met multimorbiditeit worden vaak door meerdere zorgverleners behandeld die ieder op hun eigen gebied optimale zorg vaak primair somatische georiënteerde zorg verlenen. Dit kan leiden tot overlap in zorg zoals bv multiële bloedafnames, tegenstrijdige behandeladviezen en onnodig hoge zorgkosten. Alleen al binnen de interne geneeskunde is het door superspecialisatie regelmatig het geval dat een patiënt door meerdere internisten behandeld worden. Gezien de toenemende stroom aan complexe multimorbide patiënten bij gelijkblijvende zorgkosten is betere afstemming en samenwerking een gewenste oplossing. Ook is het zo dat de levensverwachting bij chronisch zieke patiënten lager is wat aanleiding zou moeten zijn voor advance care planning. Door te onderbouwen tot hoeveel zorgreductie regievoering leidt, kunnen we de zorgactiviteit die hiervoor nodig is in de toekomst financieren.
3	278	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?
4	287	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid (2x)	Welke patientenpopulatie heeft het meest baat bij regioondersteuning?	Behoeft aan regioondersteuning wordt naar alle verwachting bepaald door enerzijds medische complexiteit (een hoger aantal chronische ziektes, discordante multimorbiditeit, hoge zorgconsumptie) en anderzijds patiënt gerelateerde complexiteit (lagere gezondheidsvaardigheden, hogere leeftijd, functionele /cognitieve beperkingen, kwetsbaarheid, afwezig steunsysteem). Aangezien deze aanname niet berust op evidence en anderzijds deze data niet rechtstreeks uit een EPD te halen zijn voor een selectie is het van belang om een goed predictiemodel te ontwikkelen om de hoogrisicogroep op een eenvoudige datagestuurde manier te ontwikkelen.
<b>OVERIG</b>				
1	291	NVOG	Is er op grond van meer harde gegevens een advies te geven wanneer we wel of niet de standaard behandeling kunnen geven en wanneer niet?	We merken in de praktijk dat we zelden te horen krijgen van de geriater dat een bepaalde ingreep/behandeling niet geadviseerd wordt omdat het niet haalbaar is. Hoe kun je het beste inschatten of een patiënte een grote operatie in combinatie met bijv chemotherapie (dus meerdere behandelmodaliteiten) aan kan? Vragen spelen als: hoe groot is de kans dat een >75 jarige of > 80 jarige de chemotherapie afmaakt?
2	293	Richtlijn Obstructief slaapapneu (OSA) bij volwassenen	Leidt de behandeling van OSA bij kwetsbare ouderen tot een verbetering van klachten en symptomen?	Het is niet onderzocht of behandeling van OSA bij kwetsbare ouderen tot een verbetering van klachten en symptomen leidt.
3	298	Richtlijn Vermoeden van ouderen mishandeling in het medisch-specialistische zorgdomein	Zijn er in het geval van ouderen mishandeling pathognomonische fracturen te identificeren?	
4	300	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	301	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Reduceert het verrichten van een huisbezoek (VS/PA ouderengn/geriatrie) kort na opname (7-10 dagen) het aantal heropnames bij kwetsbare ouderen?	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)?
6	302	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat zijn de gevolgen van verveling onder ouderen?	Op de poli merk ik dat veel mensen zich vervelen. Heeft dit invloed op stemming, cognitie of lichamelijk welbevinden?
7	304	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Hoe kunnen we werkwijzen op de geheugenpolikliniek harmoniseren door heel Nederland en welke rol kan moderne technologie, als AI, computertools en online testen, hierin spelen?	Dementie workup verschilt enorm per geheugenpolikliniek, niet alleen qua diagnostische tests maar ook qua interpretatie van die tests. Kunstmatige intelligentie en computertools kunnen bv helpen zorg te harmoniseren. Daarvoor moet de geriatrie (samen met andere disciplines, als de neurologie) meebewegen met de ontwikkelingen die gaande zijn en ons voorbereiden op de toekomst.
8	306	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Welke nazorg is nodig voor patiënten met VCI (vascular cogn impairment)?	Na een diagnose MCI/dementie vallen mensen vaak in een zwart gat, waarbij zorg weinig op maat is. Dit geldt helemaal voor mensen die een andere diagnose dan de ziekte van Alzheimer krijgen. Meer kennis over wensen/behoefte van specifieke patientengroepen is nodig om zo zorg op maat ook aan hen aan te bieden.
9	307	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Perioperatief transfusiebeleid? Is de nieuwe 4-5-6 regel wel goed bij kwetsbare ouderen?	
10	309	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat zijn goede voorspellers voor veerkracht of resiliënce 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?
11	310	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Effect interventie gericht aanwezigheid van sarcopenie en fysieke kwetsbaarheid bij in het ziekenhuis opgenomen geriatrisch patiënten en kwetsbare ouderen	Er is nog geen gericht onderzoek naar sarcopenie en laat staan naar effectieve interventies gericht op de preventie van functieverlies en complicaties bij kwetsbare patiënten met functiebeperkingen
12	313	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat is het effect van een eiwitverrijkt voedingspatroon gedurende 3 maanden op botgezondheid, spiermassa en fysiek functioneren bij ouderen die herstellen van een heupfractuur?	Een lage eiwitname is geassocieerd met een lage bot- en spiermassa. Het is nog onbekend of het verhogen van de eiwitname kan bijdragen aan het verbeteren van de bot- en spiermassa en fysiek functioneren van oudere heupfractuur patiënten. Een eiwitverrijkt voedingspatroon na de operatie kan mogelijk bijdragen aan het herstel van patiënten. Dit is zeer relevant, omdat slechts de helft van de patiënten hun functionaliteit herwint van voor de fractuur.

13	314	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat is het aandeel (stille) aspiratie bij kwetsbare oudere patiënten opgenomen met een community acquired pneumonie? Leidt standaard onderzoek naar de slikfunctie met aanpassing van de voedingsconsistentie bij een geconstateerde dysfagie tot minder hospital acquired pneumonie gedurende de opname bij kwetsbare oudere patiënten?	Toelichting: het risico op aspiratie en daarmee pneumonie neemt toe bij kwetsbare oudere mensen, door presbyfagie, maar vooral ook ten gevolge van veelvoorkomende comorbiditeit op hogere leeftijd, zoals CVA, cognitieve stoornissen, ziekte van Parkinson, hiatus hernia diafragmatica met reflux, alsmede risico van aspiratie van orale bacteriële flora. Bijdragende factor bij laatstgenoemde is ondermeer tekortschietende mondverzorging of niet met bijkomende tandheelkundige problemen. Dit betekent dat een community acquired pneumonie in veel gevallen een aspiratie pneumonie is. Aspiratie en vooral stille aspiratie is op te sporen door er actief naar te zoeken. De zorg richt zich dan niet enkel op behandeling met antibiotica, maar ook op het behandelen van de dysfagie en andere risicofactoren.
14	315	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.
15	316	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Welke screening op geriatrische syndromen is geschikt (inhoudelijk het beste en haalbaar) voor de oudere volwassene met psychiatrische aandoeningen? Zowel klinisch als ambulant.	Uit mijn promotie onderzoek bleek dat geriatrische syndromen en multimorbiditeit frequent voorkomen bij oudere patiënten met psychiatrische aandoeningen. Een van mijn aanbevelingen is te screenen, zodat interventies ingezet kunnen worden. De vraag is echter nog: welke instrumenten zouden daartoe het best ingezet kunnen worden. Is dit ook zinnig bij ambulante patiënten? Is bv de CFS voor deze patiënten in te zetten, die zouden we ten opzichte van een FI en fysieke kwetsbaarheidscriteria kunnen valideren. De MNA lijkt goed te werken voor ondervoeding in de klinische populatie, maar is dat ook ambulant het geval?
16	318	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat is de meerwaarde van controle in tweede lijn (ten opzichte van controle in 1e lijn) na 6 maanden en 1 jaar na start van cholinesteraseremmers?	Is het zinvol om patiënten die starten met een cholinesteraseremmer onder controle te houden in de tweede lijn? Of kan dit ook worden gedaan door de huisarts?
17	320	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat is waarde van in de ochtend of avond de CAD verwijderen?	per afdeling en per ziekenhuis is er verschillend beleid omtrent verwijderen van de CAD. Wat is de evidence voor ochtend of avond in de outcome in hercatheteriseren, residue of retentie
18	321	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Effect van geïntegreerde zorg geriatrie/psychiatrie op behandeluitkomsten bij de oudere volwassene met psychiatrische aandoeningen.	In algemene en academische ziekenhuizen wordt steeds mee ingezet op samenwerking en geïntegreerde zorg door meerdere disciplines. Omdat de GGZ een heel apart echelon is in de gezondheidszorg is dat daar volstrekt niet vanzelfsprekend. Ik vermoed dat geïntegreerde zorg daar ook een goed effect zou kunnen hebben, maar dat is nauwelijks onderzocht. Omgekeerd is de vraag of rekening houden met en inzetten op behandeling van psychiatrische problemen in de algemene ziekenhuizen leidt tot betere behandeluitkomsten.
19	322	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Wat zijn prognostische factoren op negatieve uitkomsten bij vaatchirurgie) van (kwetsbare) oudere patiënten met perifere 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	323	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 patiëntengroepen onderbehandeld. De vraag is hoe of we zit zouden kunnen verbeteren?
21	325	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.
22	327	NVKG lid/NIV ouderengeneeskunde lid	Perioperatief transfusiebeleid? Is de nieuwe 4-5-6 regel wel goed bij kwetsbare ouderen?	
23	328	Diabetes Vereniging Nederland (DVN)	Is diabetes de hoofdoorzaak van de opname van een oudere met diabetes of staat opname los van de diabetes?	Codeer bij opname of de persoon die wordt opgenomen toevallig ook diabetes heeft of dat de diabetes de oorzaak is van opname. Voor alle opnames is onduidelijk of mensen doordat ze diabetes hebben worden opgenomen worden of toevallig ook diabetes hebben. Hierdoor ontbreken cijfers over complicaties van diabetes en daaraan gerelateerde opnamen
24	331	ReumaNederland	Zijn de criteria voor ontslag uit het ziekenhuis voor ouderen afdoende om deze specifieke doelgroep niet te vroeg ontslag te verlenen?	Een betere inschatting van het juiste moment om fragiele ouderen uit het ziekenhuis te kunnen ontslaan.
25	332	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	335	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?	
27	340	Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde	Wat zijn bruikbare criteria voor het vaststellen van dehydratie bij ouderen boven de 70 jaar?	
28	345	Verenso	Welke niet-medicamenteuze interventies zijn effectief in de behandeling van chronische pijn bij kwetsbare ouderen?	
29	348	Kennisagenda NIV (2017)	Welke interventies beïnvloeden de biochemische en pathofysiologische veranderingen van veroudering ten goede en kunnen daardoor bijdragen aan betere uitkomsten voor de zieke, oudere patiënt?	

30	351	Kennisagenda NVKNO (2018)	Wat is de toegevoegde waarde van geriatrische screening en aangepaste behandeling van oude en kwetsbare hoofd-halskankerpatiënten ten opzichte van standaard diagnostiek en behandeling op oncologische uitkomst, functioneren en kwaliteit van leven?	
31	353	Kennisagenda NVKC (2018)	Voor welke klinisch chemische bepalingen dienen subgroep-afhankelijke referentie intervallen gebruikt te worden, in het bijzonder bij kinderen, ouderen, mensen met obesitas en mensen met een chronische ziekte?	
32	355	Kennisagenda NVRO (2017)	Hoe kan radiotherapie zo goed mogelijk worden aangepast aan de individuele oudere/kwetsbare patiënt (doelvolumen, dosis, fractionering, wel of niet behandelen)?	