

Nederlandse Vereniging  
voor **Klinische Geriatrie**



**niv** nederlandse  
internisten vereniging



# **Kennisagenda 2023-2026**

# Ouderen in het Ziekenhuis

**Initiatief** | Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

**In samenwerking met** | Nederlandse Internisten Vereniging

**Met ondersteuning van** | Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

**Financiering** | Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten

**Colofon** | Kennisagenda Ouderen in het Ziekenhuis

© 2023 Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

Postbus 2704

3500 GS Utrecht

088-2823930

**info@nvkg.nl**

**www.nvkg.nl**

**Vormgeving en opmaak** | Blauwzuur ([www.blauwzuur.nl](http://www.blauwzuur.nl))

**Alle rechten voorbehouden.** De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de NVKG. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de NVKG aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.



# Inhoudsopgave

	<b>Samenvatting</b>	5
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	7
<b>2</b>	<b>Methode</b>	9
2.1	Inventarisatie kennishiaten	10
2.1.1	Identificatie kennishiaten in richtlijnen	10
2.1.2	Identificatie van kennishiaten genoemd door leden van de NIV	10
2.1.3	Identificatie van kennishiaten door patiëntenverenigingen en overige belanghebbende	10
2.1.4	Totaal geïdentificeerde kennishiaten	11
2.2	Prioritering en opstellen kennisagenda	11
2.2.1	Prioriteringsbijeenkomst	11
2.2.2	Methodiek opstellen definitieve kennisagenda	13
2.3	Inzicht in wetenschappelijke activiteiten	13
<b>3</b>	<b>Resultaten</b>	14
3.1	Overzicht stand van zaken NVKG wetenschapsagenda 2015	15
3.2	Top 11 kennishiaten	15
3.2.1	Toelichting bij top 11 kennishiaten	16
3.2.2	Aansluiten bij richtlijnen	26
<b>4</b>	<b>Implementatie</b>	29
4.1	Organisatie en financiering	30
4.2	Netwerken	31
<b>5</b>	<b>Literatuur</b>	33

## Bijlagen

1	Afkortingenlijst	39
2	Richtlijnen	40
3	Patiëntenorganisaties en overige belanghebbenden	41
4	Geprioriteerde kennishiaten buiten de top-11	42
5	Stand van zaken NVKG wetenschapsagenda 2015	45
6	Brief Patiëntenfederatie	47

## Samenstelling werkgroep

- **Prof. dr. M.H. Emmelot-Vonk** | klinisch geriater  
Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht (NVKG)
- **Dr. H. Joosten** | internist ouderengeneeskunde  
Maastricht Universitair Medisch Centrum, Maastricht (NIV)
- **Dr. S.C. Boon-van Dijk** | klinisch geriater  
Franciscus Gasthuis & Vlietland, Rotterdam (NVKG)
- **Dr. F. van der Bos** | internist ouderengeneeskunde  
Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden (NIV)
- **Dr. S. Brouns** | internist ouderengeneeskunde  
Maastricht Universitair Medisch Centrum, Maastricht (NIV)
- **Dr. G.A.H. van den Elsen** | klinisch geriater  
Ziekenhuisgroep Twente, Almelo (NVKG)
- **Dr. P. de Graeff** | internist ouderengeneeskunde  
Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen (NIV)
- **Dr. A.P.M. Kerckhoffs** | internist ouderengeneeskunde  
Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch (NIV)
- **Dr. H.A. Polinder-Bos** | klinisch geriater  
Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam (NVKG)
- **Dr. H.C. Willems** | klinisch geriater  
Amsterdam Universitair Medisch Centrum, Heemstede (NVKG)

Met ondersteuning van:

- **Drs. B.L. Gal-de Geest** | adviseur  
Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- **Dr. M.A. Pols** | senior adviseur  
Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

## Samenvatting

### Top 11 kennishiaten

De top 11 kennishiaten die op basis van de prioriteringsbijeenkomst en discussie binnen de werkgroep is samengesteld ziet er als volgt uit (niet onderling geprioriteerd):

#### Cognitie

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?

#### Cardiologie

Is aanvullende geriatrische diagnostiek en behandeling van (kwetsbare) oudere patiënten met hartfalen van meerwaarde op klinische en patiënt gerelateerde uitkomstmaten in vergelijking met standaardzorg? En zo ja, welke patiënt heeft hier het meeste baat bij?

#### Geriatrische traumatologie

Geeft het uitstellen van een heupoperatie bij een heupfractuur in verband met het gebruik van een DOAC betere uitkomsten dan opereren onder een DOAC?

#### Farmacologie

Wat is de effectiviteit en veiligheid van SGLT2-remmers/GLP1 agonisten/DPP-4 remmers bij oudere patiënten met diabetes?

#### Acute/spoedeisende zorg

Wat is het effect van het verrichten van een CGA op de SEH bij oudere patiënten die na screening kwetsbaar zijn bevonden, op patiënt gerelateerde uitkomstmaten en behandelbesluiten?

#### Multimorbiditeit

Wat is het effect van regievoering bij/met patiënten met multimorbiditeit en meerdere behandelaren op ervaren coördinatie van zorg; regulier en acuut zorggebruik en voor ouderen relevante uitkomsten? Bij welke patiëntenpopulatie is regievoering doelmatig?

#### Oncologie

Wat zijn de doelmatigheid en (kosten-)effectiviteit van verschillende soorten oncogeriatrische zorgpaden bij verschillende oncologische aandoeningen?

#### Palliatieve zorg

Wat is het effect van proactieve zorgplanning op uitkomsten van zorg en patiëntgerelateerde uitkomstmaten bij (kwetsbare) ouderen met hartfalen?

#### **Valpreventie**

Wat is het effect van het gebruik van een deprescribing instrument binnen de gestructureerde medicatiereview op het valrisico bij ouderen?

#### **Geriatrische nefrologie**

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?

#### **Overig**

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?

### **Uitvoering**

Naar verwachting zal de kennisagenda eens per drie jaar worden herzien, dit is afhankelijk van de uitvoering van de onderbouwde onderzoeken en de actualiteiten uit het veld.

# Kennisag Ouderen Zieken

## Inleiding

De NVKG is in samenwerking met de Kerngroep Ouderengeneeskunde NIV gestart met het vernieuwen van de **Wetenschapsagenda NVKG (2015-2022)**. Er is door de overkoepelende wetenschapscommissie van beide verenigingen een plan gemaakt voor een nieuwe, gezamenlijke werkwijze ten aanzien van de opzet van een herziende kennisagenda, waarmee meer draagvlak gecreëerd wordt voor de uitvoer van de kennisagenda, de vorming van consortia gestimuleerd wordt en de resultaten ook makkelijker in de praktijk geïmplementeerd kunnen worden.

Met dit doel voor ogen is het project 'Kennisagenda Ouderen in het Ziekenhuis' (klinisch, poliklinisch en anderhalvelijns) gestart. Deze te ontwikkelen kennisagenda omvat een overzicht en prioritering van kennishiaten en een plan van aanpak hoe deze kennishiaten door middel van zorgevaluatieonderzoek kunnen worden ingevuld. Bij zorgevaluatieonderzoek gaat het om klinisch evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van bestaande, breed ingeburgerde zorg.

De uiteindelijke doelstelling is zinnige zorg en daarmee gezondheidswinst voor de patiënt. Geagendeerde onderwerpen hebben daarom speciale aandacht van subsidieverstrekkingen.

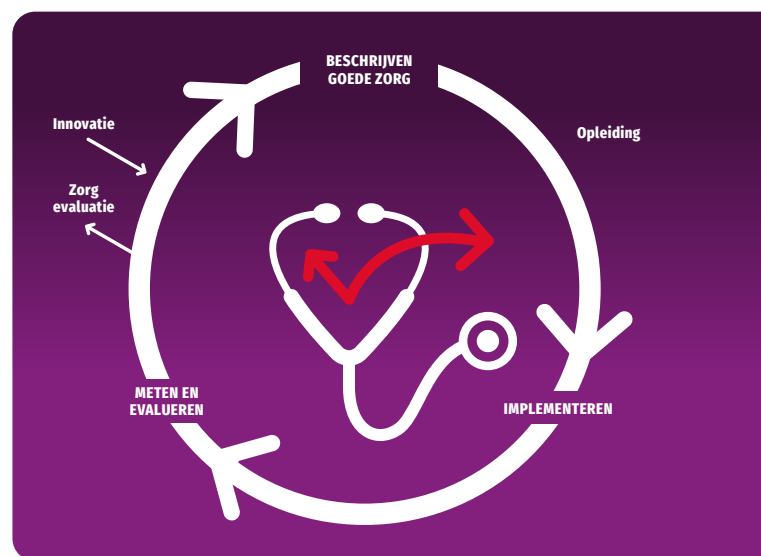
Het ideaal is een integraal kwaliteitsbeleid, waarbij de verschillende instrumenten in samenhang ontwikkeld, toegepast, geëvalueerd en verbeterd worden. Dit integraal kwaliteitsbeleid kan grafisch worden weergegeven in de zogenoemde 'kwaliteitscirkel' (figuur 1, Federatie Medisch Specialisten, 2016). Deze kwaliteitscirkel geeft een aantal stappen of stadia weer:

1. het beschrijven van goede zorg in richtlijnen voor het medisch handelen en deze op regelmatige basis bijstellen aan de hand van nieuwe inzichten en studies;
2. het implementeren van deze richtlijnen door aanpassingen en vernieuwingen door te voeren

in de dagelijkse zorg;

3. het evalueren van de implementatie. Met andere woorden: het meten of de aanpassingen en vernieuwingen ook daadwerkelijk worden uitgevoerd in de praktijk en of hierdoor de kwaliteit van zorg verbetert of dat er nog aanpassingen nodig zijn.

Op basis van deze evaluatie kan de implementatie verbeterd worden en/of kan geconstateerd worden dat er kennishiaten zijn en dat er nieuwe kennis nodig is om richtlijnen aan te passen, waarmee de cirkel weer opnieuw gestart kan worden.



Figuur 1: Kwaliteitscirkel (Federatie Medisch Specialisten, 2016).

De kennisagenda die voor u ligt bevat een beschrijving van de belangrijkste kennishiaten van de klinische geriatrie en internisten-ouderengeneeskunde in Nederland en advies hoe deze met wetenschappelijk onderzoek op te lossen.

### Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de toegepaste methode voor het opstellen van de kennisagenda Ouderen in het Ziekenhuis. De resultaten van het project worden beschreven in hoofdstuk 3. Hoofdstuk 4 gaat in op de stappen die nodig zijn voor de implementatie en praktische realisatie van de kennisagenda.



# Kennisag Ouderen Zieken

## Methode

De kennisagenda bestaat uit vier delen:

1. inventarisatie van kennishiaten binnen de klinische geriatrie en interne (ouderen)geneeskunde;
2. inventarisatie van de huidige wetenschappelijke activiteiten op het gebied van de klinische geriatrie en interne (ouderen)geneeskunde in Nederland;
3. overzicht van de stand van zaken van onderzoeken uit de NVKG wetenschapsagenda uit 2015;
4. opstellen van een lijst met geprioriteerde kennishiaten die de komende jaren de kennisagenda van de NVKG en Kerngroep Oudergeneeskunde NIV zullen bepalen.

## 2.1. Inventarisatie kennishiaten

De inventarisatie van kennishiaten van de klinische geriatrie en ouderengeneeskunde heeft plaatsgevonden middels een analyse van richtlijnen, alsmede door een enquête onder leden van de NVKG en de NIV en overige belanghebbenden, zoals patiëntenverenigingen en het Zorginstituut.

### 2.1.1 Identificatie kennishiaten in richtlijnen

Alle relevante richtlijnen die relevant waren voor zowel de NVKG als NIV zijn meegenomen in de inventarisatie van kennishiaten. Voorwaarde was dat de conclusies waren gegradeerd en het niveau van de bewijskracht duidelijk was. In totaal zijn er 39 richtlijnen geïdentificeerd. Hiervan vielen er 8 af doordat de werkgroep deze richtlijnen niet relevant achtte voor de klinische geriatrie en ouderengeneeskunde.

Uit de in totaal 31 richtlijnen werden de conclusies met een laag niveau van bewijskracht (niveau 3 en 4 of 'laag' en 'zeer laag') en aanbevelingen voor verder onderzoek geïnventariseerd (zie bijlage 2). In sommige richtlijnen werd, soms in een apart hoofdstuk, ingegaan op bestaande kennishiaten

en ook deze zijn meegenomen in het proces.

Er werden vanuit de richtlijnen 15 mogelijke kennishiaten meegenomen in de inventarisatie.

Daarnaast zijn er ook nog 43 kennishiaten geïdentificeerd in kennisagenda's van andere wetenschappelijke verenigingen.

### 2.1.2 Identificatie van kennishiaten genoemd door leden van de de NVKG en de NIV

Alle leden van de NVKG en de NIV zijn door middel van een online enquête gevraagd kennishiaten te benoemen met betrekking tot de uitoefening van het vak in de dagelijkse praktijk die van invloed zijn op een substantieel deel van de klinische geriatrie en interne (ouderen)geneeskunde. Het verzoek was om de kennishiaten in de vorm van een onderzoeksvraag te formuleren en hierbij een korte motivatie te geven. Op de uitvraag hebben in totaal 55 leden en 7 Special Interest Groups (SIG's) gereageerd. Dit heeft geresulteerd in een lijst met 135 aanvullende kennishiaten.

### 2.1.3 Identificatie van kennishiaten door patiëntenverenigingen en overige belanghebbende

De patiëntenverenigingen (bijlage 3) hebben via

e-mail een vragenlijst toegestuurd gekregen met het verzoek om kennishiaten aan te geven. In totaal hebben 7 van de 11 aangeschreven organisaties gereageerd en in totaal zijn er 22 kennishiaten of thema's ingebracht, waarvan het belang voor patiënten werd aangegeven.

Overige belanghebbenden, waaronder het Zorginstituut, IGJ en Verenso (bijlage 3) kregen eveneens via e-mail een vragenlijst toegestuurd met ook aan hen het verzoek om kennishiaten aan te geven. Aan hen werd eveneens verzocht om deze in de vorm van een onderzoeksvraag te formuleren, met een korte toelichting. In totaal hebben 10 van de 25 aangeschreven organisaties gereageerd, resulterend in 40 kennishiaten.

#### 2.1.4. Totaal geïdentificeerde kennishiaten

In totaal zijn er 355 kennishiaten geïdentificeerd en vervolgens onderverdeeld naar de volgende aandachtsgebieden:

- cognitie (dementie, M.Parkinson, etc);
- cardiologie;
- geriatrische traumatologie;
- farmacologie;
- oncologie;
- palliatieve zorg;
- valpreventie;
- geriatrische nefrologie;
- acute/spoedeisende zorg;
- multimorbiditeit en organisatie van zorg;
- overig.

Deze lijst is door de werkgroep gereduceerd tot 172 kennishiaten die voldeden aan de criteria voor de kennisagenda. Exclusiecriteria waren:

- kennishiaten die niet over de klinische geriatrie of interne ouderengeneeskunde gaan;
- kennishiaten die geen zorgevaluatie betreffen;
- kennishiaten waar al onderzoek naar loopt;
- kennishiaten waar al kennis voorhanden is,

maar nog geen standpunt over opgenomen is in een richtlijn;

- kennishiaten waarbij de kennis al wel aanwezig is en waarvoor een aanbeveling wordt gedaan in een richtlijn, maar die (nog) niet is geïmplementeerd;
- kennishiaten die zeer moeilijk te onderzoeken zijn of waar geen onderzoekbare onderzoeksvraag bij kan worden geformuleerd.

De lijst met 172 kennishiaten is beschikbaar als bijlage in de digitale versie van de kennisagenda op de website van de NVKG ([www.nvkg.nl/professionals/wetenschap/kennisagenda](http://www.nvkg.nl/professionals/wetenschap/kennisagenda)).

## 2.2. Prioritering en opstellen kennisagenda

### 2.2.1 Prioriteringsbijeenkomst

Op 13 juni 2022 is een prioriteringsbijeenkomst georganiseerd om de kennishiaten (zoals beschreven in paragraaf 2.1) te bespreken en te prioriteren. Aanwezig waren, naast de werkgroepleden, 27 klinisch geriaters of internisten-ouderengeneeskunde, 3 patiëntvertegenwoordigers en 7 vertegenwoordigers van een andere organisatie, zoals de NVvP, NVIC, NVZA, NVVC, NVKNO, Zorginstituut Nederland en FCIC/ IC Connect (bijlage 3).

De kennishiaten werden in zeven groepen besproken onder begeleiding van de werkgroepleden. Hiervoor werden de te bespreken kennishiaten zo gecombineerd dat in elke groep ongeveer evenveel kennishiaten werden besproken.

De kennishiaten werden in twee rondes besproken. In de eerste ronde werd de discussie gevoerd in subgroepen met een willekeurige samenstelling om te voorkomen dat de discussie te veel zou gaan over de persoonlijke aandachtsgebieden van de aanwezigen. In de tweede ronde werden de deelnemers zoveel mogelijk bij subgroepen ingedeeld waar de onderwerpen van hun expertise werden besproken. Een uitzondering werd gemaakt voor de patiëntvertegenwoordigers. Zij bleven gedurende beide rondes in dezelfde subgroep.



De prioritering vond in beide rondes plaats op basis van de volgende criteria:

- onderzoekbaarheid/haalbaarheid;
- relevantie (ernst, prevalentie, kosten);
- urgentie;
- impact op vakgebied;
- impact op maatschappij;
- implementeerbaarheid;
- aansluiting bij patiëntinbreng.

Aan het einde van de eerste ronde werden door elke subgroep maximaal 10 kennishiaten per deelgebied geselecteerd. Vervolgens werd in de tweede ronde door experts uit deze 10 overgebleven kennishiaten een maximum van 5 kennishiaten per deelgebied vastgesteld. Zo nodig werd de formulering aangepast. Het resultaat was een top 5 (of minder) per deelgebied. Alleen wanneer in

de tweede ronde alle leden van de subgroep het erover eens waren, kon een kennishiaat dat in de eerste ronde niet was geselecteerd, alsnog worden toegevoegd.

Op basis van de twee rondes werden 33 kennishiaten als meest belangrijk aangemerkt. Aan het einde van de prioriteringsbijeenkomst werden alle aanwezigen in de gelegenheid gesteld om in deze 33 kennishiaten een overkoepelende prioritering aan te brengen. Dit deden de aanwezigen door stickers (5 per persoon) te plakken bij de kennishiaten waaraan zij de meeste prioriteit toekennen. Klinisch geriateren en internisten (ouderengeneeskunde), patiëntvertegenwoordigers en overige deelnemers kregen daarbij ieder een eigen kleur, zodat duidelijk was welke kennishiaten door welke vertegenwoordigers belangrijk werden gevonden (bijlage 4).

## 2.2.2 Methodiek opstellen definitieve kennisagenda

Binnen alle aandachtsgebieden zijn er vele kennishiaten die kunnen worden onderzocht met behulp van wetenschappelijk onderzoek. Om ervoor te zorgen dat de kennishiaten die worden onderzocht ook opgelost kunnen worden, heeft de werkgroep een verdere selectie uitgevoerd op de geprioriteerde kennishiaten. De volgende weegfactoren zijn meegenomen:

- de frequentie van prioritering. Het kennishiaat heeft bij voorkeur minimaal 7 stemmen gekregen tijdens de prioriteringsbijeenkomst;
- de onderzoekbaarheid. Het opzetten van wetenschappelijk onderzoek is kostbaar en vergt veel tijd. Het benodigde onderzoek moet haalbaar zijn met een zo groot mogelijke kans op succes. Hierbij is er bij voorkeur aansluiting bij al bestaande onderzoekslijnen op het gebied van de specifieke onderzoeksvraag;
- de relevantie van het kennishiaat voor andere stakeholders, zoals patiëntenorganisaties en overheid. Dit niet alleen vanwege het draagvlak, maar ook door de hieraan gerelateerde financieringsmogelijkheden voor de uitvoering van het wetenschappelijk onderzoek;
- stand van wetenschap. Een oriënterende literatuursearch is verricht om te verifiëren of de geselecteerde kennishiaat niet al onderwerp zijn van lopend wetenschappelijk onderzoek.

Hieruit is een top-11 van kennishiaten opgesteld. De top-11 is geaccordeerd door de besturen van de NVKG en de NIV.

## 2.3 Inzicht in wetenschappelijke activiteiten

Eén van de onderdelen van deze kennisagenda is de inventarisatie van reeds lopende onderzoekslijnen en de lopende en afgeronde promoties in de afgelopen vijf jaar binnen de klinische geriatrie en interne (ouderen)geneeskunde. Deze inventarisatie heeft plaatsgevonden vanaf eind 2021 tot begin 2022.

Het doel van deze inventarisatie was inzicht te creëren in de reeds lopende onderzoekslijnen binnen Nederland en een overzicht te bieden waar dit onderzoek plaatsvindt. De respons op de naar de ziekenhuizen uitgezette vragenlijsten was niet representatief, daarom is dit overzicht niet opgenomen in de kennisagenda. Wel is er middels een brede vertegenwoordiging in de werkgroep van de kennisagenda (het uitgebreide netwerk, aansluiting met de gezamenlijke wetenschapscommissie NVKG/NIV ouderengeneeskunde en de SIG's) aangenomen dat er goed zicht was op de lopende onderzoekslijnen in Nederland.

Bij de ontwikkeling van deze kennisagenda is ervoor gekozen om niet zozeer naar de lopende onderzoekslijnen van de verschillende individuele centra te kijken, maar vooral te richten op bredere (onderzoeks)samenwerkingen die landelijk al gerealiseerd zijn. Hiermee wordt de kans vergroot dat de kennisvragen ook breed gedragen en gezamenlijk beantwoord worden. Hierbij hebben de SIG's een belangrijke rol gekregen. Zij konden aangeven waar voor hun thema's de belangrijkste kennishiaten lagen en welke kennishiaten zij gezamenlijk zouden willen oppakken. Naast de zeven bestaande SIG's zijn het nefrogeriatisch consortium en het consortium acute geneeskunde benaderd vanwege hun reeds bestaande samenwerkingsstructuur.

# Kennisag Ouderen Zieken Resultaten

### 3.1 Overzicht stand van zaken

#### NVKG wetenschapsagenda 2015

In 2015 is de wetenschapsagenda van de NVKG gepubliceerd. Van de geprioriteerde kennishiaten zijn er zeven onderzoeksaanvragen ingediend en zijn er drie onderzoeken gehonoreerd met financiering. Een overzicht van de stand van zaken is te vinden in bijlage 5.

### 3.2 Top 11 kennishiaten

De top 11 kennishiaten die op basis van de prioriteringsbijeenkomst en discussie binnen de werkgroep is samengesteld ziet er als volgt uit (niet onderling geprioriteerd):

#### Cognitie

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?

#### Cardiologie

Is aanvullende geriatrische diagnostiek en behandeling van (kwetsbare) oudere patiënten met hartfalen van meerwaarde op klinische en patiënt gerelateerde uitkomstmaten in vergelijking met standaardzorg? En zo ja, welke patiënt heeft hier het meeste baat bij?

#### Geriatrische traumatologie

Geeft het uitstellen van een heupoperatie bij een heupfractuur in verband met het gebruik van een DOAC betere uitkomsten dan opereren onder een DOAC?

#### Farmacologie

Wat is de effectiviteit en veiligheid van SGLT2-remmers/GLP1 agonisten/DPP-4 remmers bij oudere patiënten met diabetes?

#### Acute/spoedeisende zorg

Wat is het effect van het verrichten van een CGA op de SEH bij oudere patiënten die na screening kwetsbaar zijn bevonden, op patiënt gerelateerde uitkomstmaten en behandelbesluiten?

#### Multimorbiditeit

Wat is het effect van regievoering bij/met patiënten met multimorbiditeit en meerdere behandelaren op ervaren coördinatie van zorg; regulier en acuut zorggebruik en voor ouderen relevante uitkomsten? Bij welke patiëntenpopulatie is regievoering doelmatig?

#### Oncologie

Wat zijn de doelmatigheid en (kosten-)effectiviteit van verschillende soorten oncogeriatrische zorgpaden bij verschillende oncologische aandoeningen?

**Palliatieve zorg**

Wat is het effect van proactieve zorgplanning op uitkomsten van zorg en patiëntgerelateerde uitkomstmaten bij (kwetsbare) ouderen met hartfalen?

**Valpreventie**

Wat is het effect van het gebruik van een deprescribing instrument binnen de gestructureerde medicatiereview op het valrisico bij ouderen?

**Geriatrische nefrologie**

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?

**Overig**

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?



### 3.2.1. Toelichting bij top 11 kennishiaten

#### Cognitie (dementie, M. parkinson, etc.)

**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?**

*Samengevoegde vraag. Totaal aantal stemmen 8 (7 van klinisch gerieters of internisten ouderengeneeskunde, 1 van stakeholders)*

Mild cognitive impairment (MCI) is een zeer heterogene entiteit. MCI door cerebral small vessel disease (CSVD) wordt veroorzaakt door beschadiging van de kleine cerebrale vaten, zich uitend in onder andere witte stof laesies, microbloedingen en lacunaire infarcten. Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) is bij deze groep zeer relevant. Aangetoond is dat behandeling met antihypertensiva bij CSVD leidt tot minder progressie van wittestoflaesies (Middelaar, 2018). Het effect op lacunaire infarcten en microbloedingen is echter minder duidelijk en dat geldt ook voor het effect op klinische uitkomstmaten, zoals cognitief functioneren en progressie naar (vasculaire) dementie.

De meeste studies die de effectiviteit van CVRM op cognitie hebben onderzocht betreffen bloeddrukregulatie bij personen zonder cognitieve stoornissen. Het blijkt dat medicamenteuze behandeling van systolische hypertensie is geassocieerd met een verlaagd risico op het ontwikkelen van MCI (Hughes, 2020), waarbij het effect van een heel strikte bloeddrukregulatie (streefsystole <120mmHg) zelfs gunstiger is dan reguliere bloeddrukregulatie (streefsystole <140mmHg) (SPRINT MIND Investigators, 2019; Gaussoin, 2022).

Voor andere cardiovasculaire risicofactoren zijn aanbevelingen over de intensiteit van behandeling in het kader van cognitief functioneren veel minder duidelijk.

Het blijft echter de vraag hoe de optimale CVRM bij patiënten met MCI door CSVD eruit zou moeten zien. Is een behandeling als er reeds cognitieve stoornissen zijn wel effectief in het voorkomen (of uitstellen) van een dementie? En wat zijn optimale streefwaarden voor deze subgroep? Dit geldt voor CVRM in zijn geheel, en in het bijzonder bij behandeling van hypertensie.

#### Cardiologie

**Is aanvullende geriatrische diagnostiek en behandeling van (kwetsbare) oudere patiënten met hartfalen van meerwaarde op klinische en patiënt gerelateerde uitkomstmaten in vergelijking met standaardzorg? En zo ja, welke patiënt heeft hier het meeste baat bij?**

*Totaal aantal stemmen 13 (10 van klinisch gerieters of internisten ouderengeneeskunde, 2 van patiëntvertegenwoordigers, 1 van stakeholders)*

In Nederland zijn er bijna 240.000 mensen met hartfalen. Meer dan 85% hiervan is ouder dan 65 jaar. Dit aantal zal de komende jaren door de dubbele vergrijzing en de toenemende effectiviteit van de behandeling van cardiale aandoeningen verder toenemen. Hoewel de prognose van hartfalen de afgelopen jaren sterk verbeterd is, zien we nog steeds dat een op de drie patiënten met hartfalen na een eerste ziekenhuisopname voor hartfalen binnen het jaar overleden is (Rapport "Hart- en vaatziekten Nederland, 2021). Daarnaast heeft hartfalen een grote invloed op de morbiditeit en de kwaliteit van leven van patiënten.

Uit onderzoek blijkt dat deze groeiende groep oudere patiënten met hartfalen vaak kampt met een veelheid aan problemen: 80% van de oudere patiënten met chronisch hart- en vaatziekten hebben drie of meer andere chronische ziekten, 50% is kwetsbaar en 40% heeft cognitieve stoornissen. Dit gaat gepaard met een hogere mortaliteit, meer complicaties van de behandeling van hartfalen, een langere opname duur en veelvuldige heropnames en vaker functionele achteruitgang met daarbij ook verlies van zelfredzaamheid en een lagere kwaliteit van leven.

Door de inzet van aanvullende geriatrische diagnostiek en behandeling bij ouderen met hartfalen is er vroegtijdig aandacht voor het opsporen van ouderen die kwetsbaar zijn, multimorbiditeit en/of cognitieve stoornissen hebben en die daardoor een hoog risico lopen op negatieve uitkomsten. De hypothese is dat door een multidomein-benadering bij deze hoogrisicopopulatie, interventies kunnen worden ingezet om functionele achteruitgang en daarbij verlies van zelfredzaamheid en kwaliteit van leven te voorkomen en het aantal heropnames terug te dringen. Daarnaast zal er meer aandacht zijn voor het in kaart brengen van de behandeldoelen en -wensen van de patiënten en het samen beslissen over de optimale behandeling van deze patiënt, inclusief advance care planning.

*Dit kennishiaat is tevens opgenomen in de kennisagenda van de NVVC.*

## Geriatrische traumatologie

**Geeft het uitstellen van een heupoperatie bij een heupfractuur in verband met het gebruik van een DOAC betere uitkomsten dan opereren onder een DOAC?**

*Totaal aantal stemmen 9 (8 van klinisch geriaters of internisten ouderengeneeskunde, 1 van stakeholders)*

Jaarlijks worden ruim 17.000 patiënten met een heupfractuur geopereerd in de Nederlandse ziekenhuizen. De gemiddelde leeftijd is 82 jaar en deze patiënten hebben doorgaans een tot drie chronische aandoeningen en tweederde voldoet aan de criteria van polyfarmacie (DHFA data).

Omdat cardiovasculaire comorbiditeit veel voorkomt, gebruikt een deel van de heupfractuurpatiënten een Directe Orale Anticoagulantia (DOAC). DOAC's zijn niet te couperen en leiden daardoor, uit angst voor toegenomen bloedverlies tijdens de operatie en bloedingscomplicaties nadien, tot uitstellen van de operatie voor de heupfractuur. Anderzijds is bekend dat bij kwetsbare ouderen het uitstellen van de operatie ook leidt tot toegenomen mortaliteit en morbiditeit, waardoor al jaren indicatoren bestaan voor het opereren binnen 48 uur.

Een recente meta-analyse van 34 studies toonde aan dat patiënten met een heupfractuur die orale antistolling gebruiken (ongeacht of dit DOAC is of een vitamine-K-antagonist (VKA)) ten opzichte van patiënten zonder orale stolling, gemiddeld bijna 14 uur langer wachten op een operatie. Hierdoor was een 3 maal hogere kans om niet binnen 48 uur geopereerd te worden. De mortaliteit lag hoger met een OR van 1,4. Er was geen verschil in tijd tot operatie tussen de patiënten die DOAC

of vitamine-K-antagonist gebruikten (You, 2020). Een grote retrospectieve studie uit Australië met 1.240 heupfractuurpatiënten, van wie er 12% orale bloedverduunners gebruikten, toonde wel een verschil aan in tijd tot operatie tussen patiënten op DOAC versus VKA, maar dit leidde niet tot verschil in bloedingscomplicaties, transfusiebehoefte of 30-dagen-mortaliteit (Creeper, 2022).

Een aantal kleinere studies toonde tegenstrijdige resultaten voor bloedverlies en transfusiebehoefte tussen DOACs en VKA's (Aziz, 2020; Gosch, 2021; Schermann, 2018; Mullins, 2018).

Lopende studies:

Er zijn geen lopende studies bekend binnen clinicaltrials.gov over DOACs bij heupfractuur. In het LUMC wordt wel gekeken naar spiegels

van DOAC's voor chirurgische interventies. In clinicaltrials.gov staat een Franse studie genaamd 'Evaluation of perioperative management of curative Anticoagulants in the geriatric Perioperative Unit in patients Hospitalized for femoral neck fractures'. Dit betreft een pilotstudie met 30 patiënten. In Oostenrijk loopt een studie genaamd 'Early surgical fixation of Low velocity Hip fractures in Patients with DOAC'. Het betreft een prospectieve cohortstudie, gestart in oktober 2021 waarin 140 patiënten worden geïncludeerd. Vroege (<24 uur) en late (>48 uur) chirurgische interventie wordt vergeleken. Als uitkomstmaat is gekozen voor transfusiebehoefte.

Wellicht kan samenwerking worden gezocht met deze onderzoekers.



## Farmacologie

**Wat is de effectiviteit en veiligheid van SGLT2-remmers/GLP1 agonisten/DPP-4 remmers bij oudere patiënten met diabetes?**

*Totaal aantal stemmen 5 (5 van klinisch geriaters of internisten ouderengeneeskunde)*

Sinds circa 10 jaar zijn nieuwe bloedglucoseverlagende middelen in Nederland geregistreerd, namelijk dipeptidylpeptidase-4 (DPP-4)-remmers voor oraal gebruik, en de parenteraal toe te dienen glucagon-like-peptide-1 (GLP-1)-agonisten. Daarnaast vormen de sodium glucose co transporter inhibitors- ofwel natrium glucose cotransporter (SGLT-2-remmers) een nieuwe groep orale bloedsuikerverlagende middelen. De richtlijn 'Diabetes Mellitus bij ouderen' uit 2018 geeft echter als kennislacune aan dat studies naar DPP-4-remmers, GLP1-agonisten en SGLT2-remmers ontbreken bij patiënten ouder dan 75 jaar. Tevens ontbreekt informatie over de langetermijneffecten van gebruik van deze middelen. Vanaf 2018 zijn er wel meerdere publicaties verschenen over het gebruik van deze middelen, ook met inclusie van oudere patiënten. Tevens blijkt uit de trialregisters dat momenteel nog studies lopen die deze vraag wellicht deels kunnen beantwoorden. Mogelijk is deze vraag door middel van een systematisch review te beantwoorden.

## Acute/spoedeisende zorg

**Wat is het effect van het verrichten van een CGA op de SEH bij oudere patiënten die na screening kwetsbaar zijn bevonden, op patiënt gerelateerde uitkomstmaten en behandelbesluiten?**

*Totaal aantal stemmen 6 (5 van klinisch geriaters of internisten ouderengeneeskunde, 1 van stakeholders)*

Als gevolg van vergrijzing en toename van multimorbiditeit zal de komende jaren een grote stijging zijn van het aantal oudere patiënten dat de spoedeisende hulp bezoekt. Het is algemeen bekend dat SEH-bezoek en acute opname zijn geassocieerd met ongewenste uitkomsten bij ouderen patiënten. Zo presenteert 1 op de 5 ouderen zich opnieuw op de spoedeisende hulp, gaat 1 op de 3 blijvend achteruit in functioneren en overlijdt 1 op de 3 ouderen binnen een jaar na opname (Buurman, 2018). Het is daarom van belang om de kwetsbare oudere patiënt op een SEH zo snel mogelijk te identificeren en te behandelen om het risico op deze ongewenste uitkomsten te verkleinen.

Het verrichten van een comprehensive geriatric assessment (CGA), een multidisciplinair onderzoek om multiple problemen in meerdere domeinen in kaart te brengen met als doel een integraal en gecoördineerd zorgplan op te stellen, is eerder in meerdere settings effectief gebleken in het voorkomen van ongewenste uitkomsten (Ellis, 2017; Pilotto, 2017). Studies naar de effectiviteit van een CGA op de spoedeisende hulp tonen wisselende resultaten ten aanzien van het aantal ziekenhuisopnames, opnameduur en heropnames (Pilotto, 2017; Jay, 2017). Ook is het lastig de resultaten van eerdere studies te vertalen naar de Nederlandse situatie gezien de grote verschillen in de organi-

satie van de eerste lijn en acute zorg. Vandaar dat nader onderzoek geïndiceerd is of het effectief is om bij oudere patiënten, die kwetsbaar zijn bevonden na screening op de spoedeisende hulp, een CGA te doen versus geen CGA op de spoedeisende hulp, op patiëntgerelateerde uitkomstmaten en behandelbesluiten.

Momenteel loopt in Nederland onderzoek naar de effectiviteit van medebehandeling door een geriatric emergency medicine (GEM) team op de spoedeisende hulp.

*\* Het thema van dit kennishaat komt overheen met een vraag op de Kennisagenda NIV (2023)*

## Multimorbiditeit

**Wat is het effect van regievoering bij/met patiënten met multimorbiditeit en meerdere behandelaren op ervaren coördinatie van zorg; regulier en acuut zorggebruik en voor ouderen relevante uitkomsten? Bij welke patiëntenpopulatie is regievoering doelmatig?**

*Totaal aantal stemmen 15 (10 van klinisch geriaters of internisten ouderengeneeskunde, 3 van patiëntvertegenwoordigers, 2 van stakeholders)*

De huidige zorg in het ziekenhuis is georganiseerd rondom medische specialismen, is ziektegericht, en wordt meestal gestuurd door de acute problemen van een patiënt. Deze organisatievorm leidt ertoe dat patiënten met meerdere chronische ziektes die bij meerdere specialisten in het ziekenhuis komen én de betrokken zorgverleners gefragmenteerde zorg kunnen ervaren. Gefragmenteerde zorg kan leiden tot onnodig zorgverbruik, zoals over- of onderdiagnostiek en -behandeling, en potentieel vermijdbare uitkomsten, zoals spoedopnames in het

ziekenhuis of ongewenste medicatie-interacties. Om de kwaliteit van zorg te verbeteren, zal daarom ingezet moeten worden in het aanpassen van de zorg en de manier waarop deze geleverd wordt om tegemoet te komen aan de zorgbehoeftes van patiënten met multimorbiditeit. Dit kan door middel van regievoering.

Bij regieondersteuning in het ziekenhuis ligt de nadruk op drie elementen:

- een overkoepelende en afgestemde behandeling;
- een overkoepelend aanspreekpunt voor patiënt en andere betrokken zorgverleners;
- zelfmanagement en organisatie.

Gezien de toenemende stroom aan patiënten met complexe multimorbide bij gelijkblijvend zorgbudget is betere afstemming en samenwerking een gewenste oplossing.

Behoeftes aan regieondersteuning wordt naar verwachting bepaald door enerzijds medische complexiteit (een groter aantal chronische ziektes, discordante multimorbiditeit, hoge zorgconsumptie) en anderzijds patiëntgerelateerde complexiteit (lagere gezondheidsvaardigheden, hogere leeftijd, functionele /cognitieve beperkingen, kwetsbaarheid, afwezig steunsysteem). Aangezien deze aannames niet berust op evidence en dat deze data niet rechtstreeks uit een elektronisch patiëntendossier te halen zijn voor een selectie, is het van belang om beter grip te krijgen op de hoogrisicogroep die baat heeft bij deze interventie.

De toenemende regedruk en complexiteit van zorg vraagt veel van medisch specialisten en andere zorgverleners. Onder hen maar ook onder AIOS is veel uitval mede door de hoge werkdruk en soms ook frustratie door de spagaat tussen enerzijds de gewenste kwalitatief goede zorg en anderzijds de zorg die geleverd kan worden binnen de beschikbare tijd/het gestelde budget. Het is onbekend of

goede regie, waardoor het makkelijker wordt om die goede zorg te leveren, leidt tot minder werkbelasting en meer werkplezier.

*\* Dit kennishaat staat ook in de Kennisagenda NIV (2023)*

## Oncologie

**Wat zijn de doelmatigheid en (kosten-) effectiviteit van verschillende soorten oncogeriatrische zorgpaden bij verschillende oncologische aandoeningen?**

*Totaal aantal stemmen 13 (12 van klinisch geriaters of internisten ouderengeneeskunde, 1 van patiëntvertegenwoordigers)*

Oncogeriatrische zorgpaden zijn de afgelopen jaren in Nederland ontwikkeld om oudere patiënten met een oncologische diagnose goede zorg te bieden. De oudere patiënt met een maligniteit heeft doorgaans meer problemen dan alleen deze maligniteit. Door in gezamenlijkheid met de oncologie/oncologische chirurgie en geriatrie gerichte zorg te leveren kunnen uitkomsten verbeteren en kan meer zorg op maat geleverd worden. Uit een enquête uit 2019 blijkt dat in vrijwel elk ziekenhuis in Nederland de geriater/internist ouderengeneeskunde op één of andere manier betrokken is bij oncologische zorgpaden, waarbij met name het zorgpad colorectaal carcinoom eruit springt (betrokkenheid in 95% van de ziekenhuizen). Er is echter veel praktijkvariatie in de verschillende ziekenhuizen met betrekking tot de oncogeriatrische zorgpaden. Het is tot op heden niet duidelijk welke effecten de verschillende zorgpaden hebben op doelmatigheid en kosteneffectiviteit.

Er zijn recent twee grote RCTs verschenen in Amerika (Mohile, 2021; Li, 2022), waarbij is aangetoond dat een geriatrisch assessment toxiciteit van de behandeling kan verminderen. Hoewel er wel eerder

aanwijzingen waren voor de effectiviteit hiervan zijn dit de eerste RCTs. De generaliseerbaarheid van deze RCTs verdient wel enige aandacht. Verschillen in gezondheidszorgsystemen en -cultuur kunnen van invloed zijn op de uitkomsten en het huidige onderzoek was alleen gericht op systemische regimes. De vraag blijft of de op geriatrische beoordeling gebaseerde interventie een vergelijkbare impact heeft op oudere patiënten die andere behandelingen krijgen.

In een review van Hamaker wordt geconcludeerd dat in 21 studies die specifiek keken naar behandeluitkomsten (waaronder 14 RCTs), geriatrische beoordeling resulteert in minder toxiciteit, minder postoperatieve complicaties, verhoogde kans op het voltooien van de geplande behandeling, betere functionele uitkomsten en betere kwaliteit van leven (Hamaker, 2022). Daarbij is het van belang dat de uitkomst van de geriatrische beoordeling wordt meegewogen in de oncologische besluitvorming; als de geriatrische beoordeling alleen gebruikt werd voor het optimaliseren van de gezondheidstoestand van de patiënt, werden bovenstaande resultaten veelal niet behaald.

Tevens worden in deze review drie werkwijzen van geriatrische beoordeling met elkaar vergeleken. Ten eerste een geriatrische beoordeling middels een (poliklinisch) consult bij de geriater; ten tweede een geriatrische beoordeling op basis van gevalideerde vragenlijsten door een lid van het oncologisch behandelteam en als laatste een multidisciplinaire paramedische beoordeling. Deze vergelijking laat zien dat het van belang is dat ofwel voldoende geriatrische expertise aanwezig is in het zorgpad, of dat er een vooraf opgesteld interventieplan is waarmee gerichte interventie ingezet kan worden op gevonden kwetsbaarheden. Met name het optimaliseren van polyfarmacie, sociale of cognitieve interventies of zorg gericht op behoud van zelfredzaamheid en mobiliteit bleek tekort te schieten in geval van een geriatrische



beoordeling door het oncologisch behandelteam zelf, indien dit interventieplan ontbrak. Over het effect van de verschillende werkwijzen op de oncologische besluitvorming of de behandeluitkomsten was geen zekere uitspraak te doen wegens de heterogeniteit van de studies. In een aanvullende literatuur search wordt geen ondersteunende evidence voor dit kennishiaat gevonden.

In een recente review over kosteneffectiviteitsanalyses binnen de geriatrische oncologie is de conclusie dat er gebrek aan onderzoek is (Zuccarino, 2022). De onderzoeken die er zijn ondersteunen kostenbesparende effecten van het GA. Echter, meer onderzoek met een volledige economische evaluatie is nodig om dit bewijs te bevestigen.

### Palliatieve zorg

**Wat is het effect van proactieve zorgplanning op uitkomsten van zorg en patiëntgerelateerde uitkomstmaten bij kwetsbare ouderen met hartfalen?**

*Totaal aantal stemmen 10 (9 van klinisch geriaters of internisten ouderengeneeskunde, 1 van stakeholders)*

In 2019 waren meer dan 238.000 patiënten met hartfalen in Nederland, waarbij het merendeel van de patiënten 75 jaar of ouder was (Hartstichting, 2020). De verwachting is dat dit aantal patiënten de komende jaren verder toe zal nemen. Bij patiënten met hartfalen is vaak sprake van kwetsbaarheid, waarbij kwetsbaarheid geassocieerd is met een verminderde kwaliteit van leven, meer ziekenhuisopnames en een hogere mortaliteit (Dewan, 2020). Juist bij deze groep patiënten lijkt proactieve zorgplanning dan ook van groot belang. In recente richtlijnen wordt tijdige start van proactieve zorgplanning bij alle patiënten met gevorderd hartfalen aanbe-

volen (McDonagh, 2021; Integraal Kankercentrum Nederland, 2018), in de praktijk is dit vaak nog niet ingebed in de reguliere zorg. Het effect van proactieve zorgplanning bij volwassen patiënten met hartfalen werd onderzocht in een recente systematische review waarbij de resultaten van negen studies met in totaal 1242 patiënten werden meegenomen (Nishikawa, 2020). In deze studie werd geen effect van proactieve zorgplanning op kwaliteit van leven aangetoond, het betrof echter kleine studies met een lage bewijskracht. Data betreffende tevredenheid van patiënten en mantelzorgers met proactieve zorgplanning werden niet gevonden. Data specifiek voor (kwetsbare) ouderen werden niet gerapporteerd. Er is dan ook grote behoefte aan studies met voldoende bewijskracht die het effect van proactieve zorgplanning op uitkomsten van zorg en patiëntgerelateerde uitkomstmaten bij kwetsbare oudere patiënten met hartfalen en hun naasten onderzoeken.

### Valpreventie

**Wat is het effect van het gebruik van een deprescribing instrument binnen de gestructureerde medicatiereview op het valrisico bij ouderen?**

*Totaal aantal stemmen 7 (6 van klinisch geriaters of internisten ouderengeneeskunde, 1 van patiëntvertegenwoordigers)*

Vallen is de meest voorkomende oorzaak van letsel door een ongeval bij ouderen (Veiligheid.nl, 2022). De meeste valincidenten zijn geassocieerd met behandelbare risicofactoren en veelal is het valrisico multifactorieel van aard (Federatie Medisch Specialisten, 2017). Na een mobiliteitsstoornis is het gebruik van valrisico-verhogende medicatie de belangrijkste behandelbare risicofactor. Vallen moet dus gezien worden als een veelvoorkomende medicatiebijwerking. Daarom is de aanbeveling

van zowel de landelijke richtlijn Valpreventie als de internationale richtlijn Valpreventie om als onderdeel van de multifactoriële valanalyse en interventie een medicatiereview uit te voeren gericht op het zo mogelijk afbouwen van valrisicoverhogende medicatie (Montero-Odasso, 2022). Dit is onder andere gebaseerd op de uitkomsten van een recente systematische review met netwerk-meta-analyse waarin dit aangemerkt werd als een effectieve component van de multifactoriële aanpak (Dautzenberg, 2021).

Hoewel het minderen of stoppen van valrisicoverhogende medicatie effectief kan zijn in de preventie van valincidenten, wordt deze interventie in de praktijk onvoldoende ingezet. Onder andere omdat er onzekerheid is ten aanzien van de aanpak en de mogelijke negatieve effecten van het afbouwen van medicatie. Een gestructureerde medicatiebeoordeling met behulp van een deprescribing instrument zoals bijvoorbeeld STOPPFall, STOPP/START (sectie K) of de updated BEERS criteria zou hierbij kunnen ondersteunen (Seppala, 2020; O'Mahony, 2015; American Geriatric Society, 2019). Effect- en/of implementatiestudies naar het effect van een dergelijke gestructureerde aanpak ontbreken echter vooralsnog.

*\* Het thema van dit kennishiaat komt overeen met een vraag op de Kennisagenda van de NIV (2023)*

## Geriatrische nefrologie

**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?**

*Totaal aantal stemmen 8 (6 van klinisch geriaters of internisten ouderengeneeskunde, 2 van patiëntvertegenwoordigers)*

De populatie patiënten met nierfalen wordt steeds ouder (Pugh, 2016). Patiënten met ernstig nierfalen (eGFR<30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>) worden vaak verwezen voor voorlichting over wel of geen nierfunctievervangende therapie (hemodialyse, peritoneale dialyse, niertransplantatie of conservatieve behandeling) (Pugh, 2016; Pyart, 2020). Een nierfalen-traject is een intensief traject qua voorlichting, onderzoeken en belasting voor de patiënt en zijn of haar naasten. Ouderen met chronisch nierfalen hebben vaker multimorbiditeit en zijn kwetsbaarder. Dat beïnvloedt hun prognose (Ramspek, 2020; Wongrakpanich, 2017). Bij ouderen met ernstig nierfalen is daarom de vraag voor wie nierfalenvoorlichting zinvol en doelmatig is. Een deel van hen krijgt nu wel uitgebreide nierfalenvoorlichting, inclusief eventuele voorbereiding voor nierfunctievervangende therapie (zoals aanleg van een shunt) maar blijkt hier nooit aan toe te komen, of maakt alsnog de keuze voor een conservatieve behandeling (Pugh, 2016; Pyart, 2020; Voorend, 2022). Een ander deel van de oudere patiënten met nierfalen ontvangt geen specifieke nierfalenzorg en is onder behandeling van klinisch geriaters, internisten-ouderengeneeskunde en huisartsen gezien hun leeftijd, kwetsbaarheid en/of multimorbiditeit. Ook in deze groep kan aan bod komen of verwijzing naar de nierfalen-polikliniek zinvol is (Pugh, 2016; Pyart, 2020).



Het is onbekend welke patiënten van 65 jaar en ouder met nierfalen wél en welke niet toekomen aan nierfunctievervangende therapie, en of er groepen te identificeren zijn (bijvoorbeeld op basis van leeftijd of kwetsbaarheid) bij wie nierfalenvoorlichting niet van toegevoegde waarde is. Eén studie toonde aan dat patiënten van 75 jaar of ouder met een langzame achteruitgang van de nierfunctie een kleine kans hadden om binnen 5 jaar te moeten starten met een nierfunctievervangende behandeling (Lundström, 2017). Met betere voorspelling en identificatie van oudere patiënten bij wie het onwaarschijnlijk is dat het nierfalen hun prognose bepaalt of bij wie het nierfalen slechts langzaam progressief zal zijn, kan meer doelmatige (geen onnodige voorlichting of interventies) en zinnige (inzet voor de juiste populatie) zorg worden geleverd. Op individueel niveau kan prognosticering voor de patiënt in het kader van de juiste zorg op de juiste plek helpen de vraag te beantwoorden of verwijzing naar de nierfalen-polikliniek zinvol is (naast bijvoorbeeld al bestaande geriatrische of internistische zorg) (Ramspek, 2020; Wongrakpanich, 2017; Voorend, 2022; Brown, 2015)

*\* Het thema van dit kennishiaat komt overheen met een vraag op de Kennisagenda NIV (2023)*

## Overig

**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?**

*Totaal aantal stemmen 10 (7 van klinisch geriaters of internisten ouderengeneeskunde, 3 van stakeholders)*

Een systematisch review uit 2016 laat een prevalentie van dysfagie onder thuiswonende ouderen zien van rond de 15% (Madhavan, 2016). In het ziekenhuis ligt deze prevalentie hoger: een zeer recente meta-analyse toont een prevalentie van 36,5% (Rivelsrud, 2022). De associatie tussen dysfagie en kwetsbaarheid wordt aangetoond in een tweede meta-analyse (12 cohorten), met een OR van 3,24 (Yang, 2022). Ziekte en verzwakking kunnen ook bijdragen aan dysfagie, waardoor tijdens de ziekenhuisopname de dysfagie toegenomen kan zijn. Dysfagie zorgt voor een grotere kans op pneumonie met een OR van 8,6, in elk geval bij CVA-patiënten (Eltringham, 2018).

Herkenning van dysfagie kan op verschillende manieren, al blijft de gouden standaard het onderzoek van een logopediste of via video assisted evaluatie (FEES: Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing). Verschillende bedside tests zijn ontwikkeld als screening, naast het scoren van risicofactoren voor dysfagie. Al deze tests hebben beperkingen in hun voorspellende waarde, sensitiviteit of specificiteit.

De vraag is of screening (en vervolgens aanpassen van dieet) leidt tot minder pneumonieën. Hierover is weinig literatuur beschikbaar voor ouderen in

het algemeen. Wel is er veel onderzoek gedaan bij CVA-patiënten. Een meta-analyse in deze groep toont een onduidelijke relatie, al wordt wel een trend gezien dat screening voor dysfagie leidt tot minder pneumonieën (Eltringham, 2018). Er zijn momenteel geen studies die onderzoek doen naar de relatie tussen screenen op dysfagie en het ontstaan van pneumonie bij kwetsbare ouderen in het ziekenhuis.

Er zijn een aantal kennishiaten net buiten de top-11 gevallen waar de werkgroep en Patiëntenfederatie graag aandacht aan wil geven. Deze kennishiaten sluiten aan bij thema's en zorg die patiënten belangrijk vinden. Ondanks dat ze niet op de agenda terecht zijn gekomen hopen wij dat een antwoord op de vragen gevonden kan worden. Het gaat hierbij om de volgende kennishiaten:

**Wat is de beste behandeling van apathie bij thuiswonende patiënten met een neurodegeneratieve stoornis?**

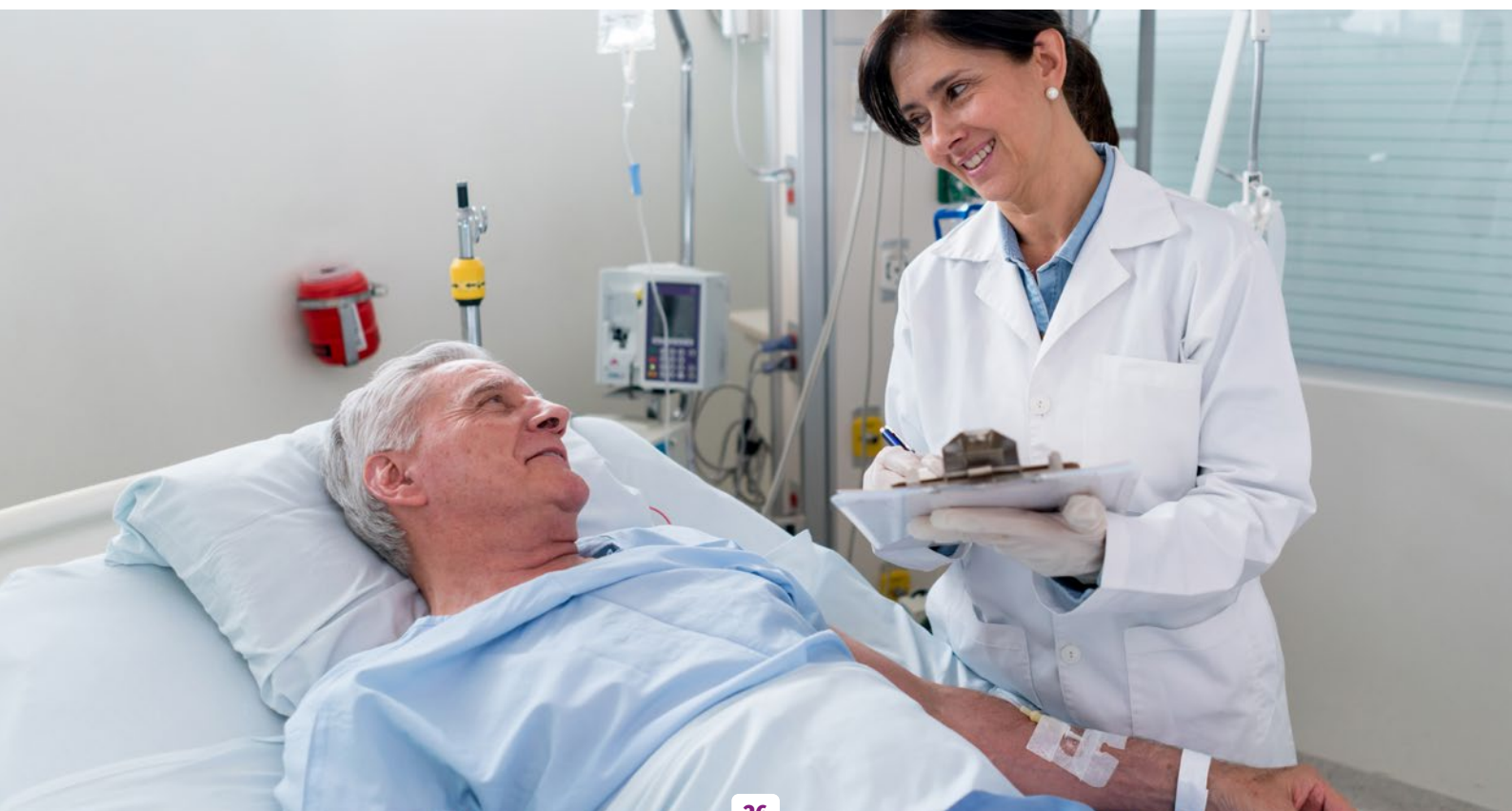
*Totaal aantal stemmen 4 (1 van klinisch geriater of internisten ouderengeneeskunde, 1 van patiëntvertegenwoordiger, 2 van stakeholders)*

**Kunnen bijvoeding en/of intensieve fysiotherapie het functioneel herstel bevorderen en mortaliteit voorkomen bij kwetsbare ouderen met heupfractuur?**

*Totaal aantal stemmen 9 (6 van klinisch geriater of internisten ouderengeneeskunde, 1 van patiëntvertegenwoordiger, 2 van stakeholders)*

**Welke interventies (oa. Home-monitoring upfront dosis reductie, prehabilitatie) kunnen uitkomsten van oncologische behandelingen verbeteren bij kwetsbare ouderen?**

*Totaal aantal stemmen 10 (8 van klinisch geriater of internisten ouderengeneeskunde, 2 van patiëntvertegenwoordigers)*



### 3.2.2. Aansluiten bij richtlijnen

Tabel 1. Koppeling met richtlijnen

Kennishiaat	Richtlijn
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?	Mild Cognitive Impairment (MCI)
Is aanvullende geriatrische diagnostiek en behandeling van (kwetsbare) oudere patiënten met hartfalen van meerwaarde op klinische en patiënt gerelateerde uitkomstmaten in vergelijking met standaardzorg? En zo ja, welke patiënt heeft hier het meeste baat bij?	Comprehensive geriatric assessment (CGA)
Geeft het uitstellen van een heupoperatie bij een heupfractuur in verband met het gebruik van een DOAC betere uitkomsten dan opereren onder een DOAC?	Beleid rondom spoedoperaties
Wat is de effectiviteit en veiligheid van SGLT2-remmers/GLP1 agonisten/DPP-4 remmers bij oudere patiënten met diabetes?	Diabetes mellitus type 2 bij ouderen
Wat is het effect van het verrichten van een CGA op de SEH bij oudere patiënten die na screening kwetsbaar zijn bevonden, op patiënt gerelateerde uitkomstmaten en behandelbesluiten?	Comprehensive geriatric assessment (CGA)
Wat is het effect van regievoering bij/met patiënten met multimorbiditeit en meerdere behandelaren op ervaren coördinatie van zorg; regulier en acuut zorggebruik en voor ouderen relevante uitkomsten? Bij welke patiëntenpopulatie is regievoering doelmatig?	Multimorbiditeit en regie in het ziekenhuis Comprehensive geriatric assessment (CGA)
Wat zijn de doelmatigheid en (kosten-)effectiviteit van verschillende soorten oncogeriatrische zorgpaden bij verschillende oncologische aandoeningen?	Meerdere oncologische richtlijnen
Wat is het effect van proactieve zorgplanning op uitkomsten van zorg en patiëntgerelateerde uitkomstmaten bij kwetsbare ouderen met hartfalen?	Palliatieve zorg bij hartfalen NYHA-klasse III en IV

## Kennishiaat

Wat is het effect van het gebruik van een deprescribing instrument binnen de gestructureerde medicatiereview op het valrisico bij ouderen?

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?

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?

## Richtlijn

Preventie van valincidenten bij ouderen

Nierfunctievervangende behandeling

Orofaryngeale dysfagie  
Herseneninfarct en hersenbloeding



# Kennisag Ouderen Zieken Implementatie



#### 4.1 Organisatie en financiering

De ontwikkeling van de Kennisagenda Ouderen in het Ziekenhuis is bedoeld als vervolg op de NVKG-wetenschapsagenda uit 2015, wat bijdraagt aan een continu proces van zorgevaluatie binnen de klinische geriatrie en interne (ouderen)geneeskunde.

Daarbij worden nieuw te vormen en bestaande onderzoeksnetwerken aangemoedigd het initiatief te nemen tot het uitwerken van de geprioriteerde kennishiaten tot een goed onderzoeksvoorstel. Kennishiaten kunnen onderzocht worden met verschillende evaluatievormen, zoals vergelijkend onderzoek in bestaande kwaliteitsregistraties of een RCT. De evaluatievorm is contextspecifiek en hangt onder meer af van het onderwerp van het onderzoek (bijvoorbeeld behandeling, diagnostiek, lange termijneffecten) en de benodigde bewijskracht. Klinisch toegepast onderzoek uitgevoerd door netwerken van ziekenhuizen heeft een versnelde implementatie van de gevonden resultaten tot gevolg en leidt dus het meest effectief tot kwaliteitsverbetering en vaak kostendaling. Bij het uitwerken van de studies zal rekening moeten worden gehouden met de programmakaders van de beoogde financierders, zoals ZonMw.

##### **Organisatie binnen de NVKG en NIV**

De uitvoering en voortgang van de kennisagenda Ouderen in het Ziekenhuis wordt bewaakt en ondersteund door de gezamenlijke wetenschapscommissie (GWO) van de NVKG en de NIV Kerngroep ouderengeneeskunde.

Bij voorkeur wordt de uitwerking van de kennishiaten in eerste instantie neergelegd bij de verschillende Special Interest Groups (SIG's) en bestaande onderzoeksnetwerken met ondersteuning vanuit het bestuur van de wetenschappelijke verenigingen, de gezamenlijk wetenschapscommissie en de beleidsmedewerkers wetenschap van de NVKG en de NIV.

De SIG's zijn multidisciplinaire groepen die bestaan uit zowel academisch als als perifeer werkende medisch specialisten en zijn geformeerd rondom een bepaald thema.

Indien geen SIG/onderzoeksnetwerk beschikbaar is voor een kennishiaat of indien de betreffende SIG/onderzoeksnetwerk niet in staat is om het kennishiaat op te pakken, dan zal het kennishiaat belegd worden bij de wetenschappelijke vereniging (bij voorkeur via de wetenschapscommissie) die actief op zoek zal gaan naar een trekker van het onderzoek.

Het monitoren van de voortgang van de lopende zorgevaluaties en de niet opgepakte kennisvragen zal tijdens de commissievergaderingen van de wetenschapscommissie een vast onderwerp zijn om te bespreken. Aan de SIG's/onderzoeksnetwerken zal daarvoor om een periodieke (korte) voortgangsrapportage gevraagd worden.

##### **Financiering**

De afgelopen jaren zijn vanuit het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) subsidierondes geweest specifiek voor zorgevaluatieonderzoek waarbij prioritering van het onderwerp op een kennisagenda randvoorwaardelijk was. In de komende jaren komen nieuwe subsidierondes waar onderzoeksvoorstellen voortvloeiend uit deze nieuwe kennisagenda ingediend kunnen gaan worden.

Daarnaast is het programma Doelmatigheids-Onderzoek (DO) en het programma Goed Gebruik Geneesmiddelen (GGG) van ZonMw een belangrijke bron van subsidie.

##### **Opname van onderzoeksresultaten in richtlijnen**

Om de resultaten van de uit te voeren onderzoeken snel te kunnen implementeren in de dagelijkse praktijk is het essentieel dat deze snel hun weg

vinden naar richtlijnen en andere kwaliteitsdocumenten. Door de komst van de richtlijnen-database ([www.richtlijnen-database.nl](http://www.richtlijnen-database.nl)) en de modulaire opbouw van de richtlijnen die in deze database zijn opgenomen, kunnen de resultaten van de onderzoeksvoorstellen gemakkelijker verwerkt worden door alleen de corresponderende modules aan te passen. Op de Richtlijnen-database staan alle medisch specialistische richtlijnen die zijn opgesteld conform de eisen van het rapport Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 van de Commissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit. De richtlijnen in de Richtlijnen-database worden ontwikkeld door medisch specialisten en geautoriseerd door wetenschappelijke verenigingen. De wetenschappelijke verenigingen zijn dan ook de eigenaar van de inhoud van de richtlijnen. De ontwikkeling wordt voor het grootste gedeelte ondersteund door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten. Nieuwe richtlijnen, modules of updates van modules zullen in de eerste plaats gefinancierd worden uit de gelden van de Stichting Kwaliteits-gelden Medisch Specialisten (SKMS) en worden aangevraagd door het bestuur van de wetenschappelijke vereniging. Een belangrijk knelpunt is het beperkt aantal modules wat jaarlijks herzien kan worden wat maakt dat nieuwe kennis met vertraging in de richtlijnen belandt en dus geïmplementeerd wordt in de dagelijkse praktijk.

#### **Evaluatie en update van de kennisagenda**

Om de implementatie van de onderzoeksresultaten in de klinische praktijk te evalueren kunnen de NVKG en NIV verschillende instrumenten gebruiken. Dit is afhankelijk van het type aanbevelingen dat wordt gedaan. Mogelijke instrumenten zijn de ontwikkeling van indicatoren en aandacht in de kwaliteitsvisies voor de betreffende richtlijn/indicator.

Het is van belang dat ook de uitwerking en de invulling van de Kennisagenda Ouderen in het Ziekenhuis worden geëvalueerd en dat er tijdig een update van de inhoud plaatsvindt. De intentie

is om de top-11 in deze kennisagenda als eerste onderwerpen uit te werken voor wetenschappelijk onderzoek. Indien een kennishiaat beantwoord is zal een nieuw kennishiaat m.b.t. hetzelfde thema hiervoor in de plaats komen dat gekozen zal worden uit de nog openstaande geprioriteerde kennishiaten. Voordat deze keuze gemaakt kan worden zal eerst beoordeeld moeten worden of de kennishiaten behorende bij dit thema nog actueel zijn. Hiervoor kan eventueel de betreffende SIG of het betreffende onderzoeksnetwerk geraadpleegd worden. De huidige werkgroep van de kennisagenda zal een keer per jaar (digitaal) samenkomen om te evalueren en mogelijk een nieuw kennishiaat te prioriteren. Het nieuwe kennishiaat zal worden gekozen op basis van de dan actuele prioriteit, in afstemming met betreffende SIG/onderzoeksnetwerk en een nieuwe literatuursearch. Dit nieuwe kennishiaat zal aan het bestuur van de wetenschappelijke verenigingen voorgelegd worden ter accordering. Na maximaal drie jaar wordt de actualiteit van de gehele kennisagenda getoetst en zo nodige geüpdatet. Dit is afhankelijk van de uitvoering van de onderzoeken en de ontwikkelingen in het vakgebied.

#### **4.2 Netwerken**

Voor een goed georganiseerde, breed gedragen uitwerking en uitvoering van de kennishiaten die in deze kennisagenda beschreven worden, is het belangrijk dat er netwerkvorming ontstaat, waardoor klinisch geriateren, internisten ouderengeneeskunde, andere specialisten en onderzoekers in het veld kunnen samenwerken. Onderlinge concurrentie bij het aanvragen van subsidies wordt hierdoor tegengegaan. Daarnaast kan beter overzicht worden gehouden over welke vragen worden uitgewerkt en welke onderzoeken er lopen, waardoor het risico op dubbel uitgevoerd onderzoek afneemt. Tot slot zal er door een breed netwerk van klinisch geriateren, internisten ouderengeneeskunde en onderzoekers uit de academische en algemene ziekenhuizen, meer draagvlak worden gecreëerd



voor het onderzoek dat wordt uitgevoerd. Dit zal de implementatie ten goede komen.

### Scenario's voor netwerkvorming

Er kunnen verschillende scenario's of fasen van netwerkvorming worden onderscheiden. In het Adviesrapport Zorgevaluatie (FMS, 2016) worden de volgende scenario's ten aanzien van netwerkvorming beschreven:

- 1 geen netwerk binnen de vereniging;
- 2 geen netwerk, enige coördinatie binnen de vereniging;
- 3 netwerk van onderzoekers binnen de vereniging;
- 4 een geïntegreerd netwerk.

De verschillende scenario's vormen een groeimodel van de situatie 'geen netwerk' naar 'een geïntegreerd netwerk'. Op dit moment is scenario 2 van toepassing op de klinische geriatrie en ouderengeneeskunde, maar met de publicatie van de Kennisagenda Ouderen in het Ziekenhuis kan er een start worden gemaakt met een zorgevaluatienetwerk waarbij de NVKG en NIV-ouderengeneeskunde een coördinerende rol hebben, richting scenario 3.

### Netwerkvorming binnen de NVKG en NIV

Momenteel is op het gebied van onderzoek nog relatief weinig netwerkvorming binnen de NVKG en de NIV, maar er zijn de laatste jaren wel stappen gezet om dit te bevorderen. Een aantal goede voorbeelden hiervan zijn het nefrogeriatrisch onderzoeksnetwerk en het netwerk rond het Covid-19 onderzoek bij ouderen. De gezamenlijke wetenschapscommissie probeert hierbij zo veel mogelijk

te stimuleren en overzicht te bewaken.

De SIG's richten zich nu voornamelijk op het uitwisselen van kennis en ervaring, maar zouden in potentie goede groepen kunnen zijn om onderzoeksnetwerken mee op te zetten. Vandaar dat in eerste instantie aan de SIG's gevraagd zal worden of zij een kennishiaat willen oplossen. Om dit succesvol te laten zijn is er waarschijnlijk wel inhoudelijke en/of logistieke ondersteuning nodig vanuit het bestuur van de wetenschappelijke vereniging, de beleidsmedewerker en/of de wetenschapscommissie, afhankelijk van de expertise die aanwezig is in de SIG. De SIG's kunnen niet verplicht worden om een kennishiaat op te lossen, maar kunnen op deze manier wel zo veel mogelijk gestimuleerd worden om dit te doen. Mocht een SIG niet in staat zijn om een kennishiaat op te pakken dan zal vanuit de wetenschappelijke vereniging (bij voorkeur via de wetenschapscommissie) actief naar een trekker voor het kennishiaat gezocht worden, waarbij de afspraak is dat er minimaal twee, maar bij voorkeur meerdere ziekenhuizen aan het onderzoek meedoen.

Behalve bij het uitvoeren van de zorgevaluatiestudies, kunnen de SIG's een belangrijke rol spelen bij de implementatie van de resultaten van het zorgevaluatie-onderzoek. Dus ook als een SIG geen trekker is van een bepaald kennishiaat, heeft het de voorkeur om een afgevaardigde van de SIG in het projectteam op te nemen, zodat de koppeling tussen het kennishiaat en de betreffende SIG zoveel mogelijk gewaarborgd blijft.



# Kennisag Ouderen Zieken

## Literatuur

American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2019;67(4):674-94.

Aziz S, Almeida K, Taylor G. How should we manage hip fracture patients on direct oral anticoagulants? *BMJ Evid Based Med*. 2021 Feb;26(1):22-23. doi: 10.1136/bmjebm-2019-111317. Epub 2020 Apr 24. PMID: 32332050.

Brown MA, Collett GK, Josland EA, Foote C, Li Q, Brennan FP. CKD in elderly patients managed without dialysis: survival, symptoms, and quality of life. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2015 Feb 6;10(2):260-8. doi: 10.2215/CJN.03330414. Epub 2015 Jan 22. PMID: 25614492; PMCID: PMC4317735.

Buurman BM. Van symptoombestrijding naar duurzame acute ouderenzorg Amsterdam, Universiteit van Amsterdam; 2018.

Creeper K, Stafford A, Reynolds S, Samida S, P'Ng S, Glennon D, Seymour H, Grove C. Outcomes and anticoagulation use for elderly patients that present with an acute hip fracture: multi-centre, retrospective analysis. *Intern Med J*. 2022 Mar;52(3):418-425. doi: 10.1111/imj.15007. Epub 2022 Jan 12. PMID: 32786021.

Dautzenberg L, Beglinger S, Tsokani S, Zevgiti S, Raijmann R, Rodondi N, et al. Interventions for preventing falls and fall-related fractures in community-dwelling older adults: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2021.

Dewan P, Jackson A, Jhund PS, Shen L, Ferreira JP, Petrie MC, et al. The prevalence and importance of frailty in heart failure with reduced ejection fraction – an analysis of PARADIGM-HF and ATMOSPHERE. *Eur J Heart Failure* 2020; 22: 2123-2133.

Ellis G, Gardner M, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 9. DOI: 10.1002/14651858.CD006211.pub3.

Eltringham SA, Kilner K, Gee M, Sage K, Bray BD, Pownall S, Smith CJ. Impact of Dysphagia Assessment and Management on Risk of Stroke-Associated Pneumonia: A Systematic Review. *Cerebrovasc Dis*. 2018;46(3-4):99-107. doi: 10.1159/000492730. Epub 2018 Sep 10. PMID: 30199856.

Federatie Medisch Specialisten. Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen. (Dutch guideline prevention of falls in older people). 2017.

Gaussoin et al. Effects of intensive blood pressure control on subtypes of mild cognitive impairment and risk of progression from SPRINT study. *J Am Geriatr Soc*, 2022 May;70(5):1384-1393.

Gosch M, Jacobs M, Bail H, Grueninger S, Wicklein S. Outcome of older hip fracture patients on anticoagulation: a comparison of vitamin K-antagonists and Factor Xa inhibitors. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2021 Apr;141(4):637-643. doi: 10.1007/s00402-020-03547-8. Epub 2020 Jul 24. PMID: 32710342.

Hamaker ME, van Walree IC, Seghers PALN, van den Bos F, Soubeyran P, O'Hanlon S, Rostoft S. Information needs of older patients newly diagnosed with cancer. *J Geriatr Oncol.* 2022 Apr;13(3):265-272. doi: 10.1016/j.jgo.2021.09.011. Epub 2021 Sep 24. PMID: 34565693.

Hartstichting. Hart- en vaatziekten in Nederland 2020. Cijfers over incidentie, prevalentie, ziekte en sterfte.

Hughes et al. Association of blood pressure lowering with incident dementia or cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2020;323(19):1934-1944.

Integraal kankercentrum Nederland. Richtlijn palliatieve zorg bij hartfalen NYHA klasse III/IV [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.pallialine.nl/hartfalen>.

Jay S, Whittaker P, et al. Can consultant geriatrician led comprehensive geriatric assessment in the emergency department reduce hospital admission rates? A systematic review. *Age and Ageing* 2017; 46: 366-372 doi: 10.1093/ageing/afw231.

Li D, Sun CL, Kim H, Soto-Perez-de-Celis E, Chung V, Koczywas M, Fakih M, Chao J, Cabrera Chien L, Charles K, Hughes SFDS, Katheria V, Trent M, Roberts E, Jayani R, Moreno J, Kelly C, Sedrak MS, Dale W. Geriatric Assessment-Driven Intervention (GAIN) on Chemotherapy-Related Toxic Effects in Older Adults With Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol.* 2021 Nov 1;7(11):e214158. doi: 10.1001/jamaoncol.2021.4158. Epub 2021 Nov 18. PMID: 34591080; PMCID: PMC8485211.

Lundström UH, Gasparini A, Bellocco R, Qureshi AR, Carrero JJ, Evans M. Low renal replacement therapy incidence among slowly progressing elderly chronic kidney disease patients referred to nephrology care: an observational study. *BMC Nephrol.* 2017 Feb 10;18(1):59. doi: 10.1186/s12882-017-0473-1. PMID: 28187786; PMCID: PMC5303237.

Madhavan A, LaGorio LA, Crary MA, Dahl WJ, Carnaby GD. Prevalence of and Risk Factors for Dysphagia in the Community Dwelling Elderly: A Systematic Review. *J Nutr Health Aging.* 2016;20(8):806-815. doi: 10.1007/s12603-016-0712-3. PMID: 27709229

McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardber RS, Baumbach A, Bohm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J.* 2021 Sept; 42(36): 3599-3726.

Middelaar et al. Effect of antihypertensive medication on cerebral small vessel disease: a systematic review and meta-analysis. *Stroke* 2018;49(6):1531-1533.

Mohile SG, Mohamed MR, Xu H, Culakova E, Loh KP, Magnuson A, Flannery MA, Obrecht S, Gilmore N, Ramsdale E, Dunne RF, Wildes T, Plumb S, Patil A, Wells M, Lowenstein L, Janelins M, Mustian K, Hopkins JO, Berenberg J, Anthony N, Dale W. Evaluation of geriatric assessment and management on the toxic effects of cancer treatment (GAP70+): a cluster-randomised study. *Lancet*. 2021 Nov 20;398(10314):1894-1904. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01789-X. Epub 2021 Nov 3. PMID: 34741815; PMCID: PMC8647163.

Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and ageing*. 2022;51(9).

Mullins B, Akehurst H, Slattery D, Chesser T. Should surgery be delayed in patients taking direct oral anticoagulants who suffer a hip fracture? A retrospective, case-controlled observational study at a UK major trauma centre. *BMJ Open*. 2018 Apr 28;8(4):e020625. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020625. PMID: 29705761; PMCID: PMC5931299.

Nishikawa Y, Hiroyama N, Fukahori H, Ota E, Mizuno A, Miyashita M, et al. Advance care planning for adults with heart failure. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020; 2.

O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age and ageing*. 2015;44(2):213-8.

Pilotto A, Cella A, et al. Three decades of comprehensive geriatric assessment: evidence coming from different healthcare settings and specific clinical conditions. *JAMDA* 2017;192e1-192e11.

Pugh J, Aggett J, Goodland A, Prichard A, Thomas N, Donovan K, Roberts G. Frailty and comorbidity are independent predictors of outcome in patients referred for pre-dialysis education. *Clin Kidney J*. 2016 Apr;9(2):324-9. doi: 10.1093/ckj/sfv150. Epub 2016 Jan 29. PMID: 26985387; PMCID: PMC4792625.

Pyart R, Aggett J, Goodland A, Jones H, Prichard A, Pugh J, Thomas N, Roberts G. Exploring the choices and outcomes of older patients with advanced kidney disease. *PLoS One*. 2020 Jun 10;15(6):e0234309. doi: 10.1371/journal.pone.0234309. PMID: 32520955; PMCID: PMC7286495.

Rapport "Hart- en vaatziekten in Nederland 2021" (Hartstichting)

Ramspek CL, Verberne WR, van Buren M, Dekker FW, Bos WJW, van Diepen M. Predicting mortality risk on dialysis and conservative care: development and internal validation of a prediction tool for older patients with advanced chronic kidney disease. *Clin Kidney J*. 2020 Mar 17;14(1):189-196. doi: 10.1093/ckj/sfaa021. PMID: 33564418; PMCID: PMC7857791.

Rivelsrud MC, Hartelius L, Bergström L, Løvstad M, Speyer R. Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Adults in Different Healthcare Settings: A Systematic Review and Meta-analyses. *Dysphagia*. 2022 May 31. doi: 10.1007/s00455-022-10465-x. Epub ahead of print. PMID: 35639156.

Schermann H, Gurel R, Gold A, Maman E, Dolkart O, Steinberg EL, Chechik O. Safety of urgent hip fracture surgery protocol under influence of direct oral anticoagulation medications. *Injury*. 2019 Feb;50(2):398-402. doi: 10.1016/j.injury.2018.10.033. Epub 2018 Oct 29. PMID: 30391072.

Seppala LJ, Petrovic M, Ryg J, Bahat G, Topinkova E, Szczerbńska K, et al. STOPPFall (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in older adults with high fall risk): a Delphi study by the EuGMS Task and Finish Group on Fall-Risk-Increasing Drugs. *Age and ageing*. 2020.

SPRINT MIND Investigators for the SPRINT Research Group. Effect of intensive vs standard blood pressure control on probable dementia: a randomized clinical trial. *JAMA* 2019 feb;321(6):553-561.

Veiligheid.nl. Valpreventie. Feiten & cijfers. Infographic cijfers valongevallen 2021. <https://www.veiligheid.nl/valpreventie/feiten-cijfers>. Accessed 21 November 2022

Voorend CGN, van Oevelen M, Verberne WR, van den Wittenboer ID, Dekkers OM, Dekker F, Abrahams AC, van Buren M, Mooijaart SP, Bos WJW. Survival of patients who opt for dialysis versus conservative care: a systematic review and meta-analysis. *Nephrol Dial Transplant*. 2022 Jul 26;37(8):1529-1544. doi: 10.1093/ndt/gfac010. PMID: 35195249; PMCID: PMC9317173.

Wongrakpanich S, Susantitaphong P, Isaranuwachai S, Chenbhanich J, Eiam-Ong S, Jaber BL. Dialysis Therapy and Conservative Management of Advanced Chronic Kidney Disease in the Elderly: A Systematic Review. *Nephron*. 2017;137(3):178-189. doi: 10.1159/000477361. Epub 2017 May 25. PMID: 28538218.

Yang RY, Yang AY, Chen YC, Lee SD, Lee SH, Chen JW. Association between Dysphagia and Frailty in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2022 Apr 27;14(9):1812. doi: 10.3390/nu14091812. PMID: 35565784; PMCID: PMC9105461.

You D, Xu Y, Ponich B, Ronksley P, Skeith L, Korley R, Carrier M, Schneider PS. Effect of oral anticoagulant use on surgical delay and mortality in hip fracture. *Bone Joint J*. 2021 Feb;103-B(2):222-233. doi: 10.1302/0301-620X.103B2.BJJ-2020-0583.R2. PMID: 33517730.

Zuccarino S, Monacelli F, Antognoli R, Nencioni A, Monzani F, Ferrè F, Seghieri C, Antonelli Incalzi R. Exploring Cost-Effectiveness of the Comprehensive Geriatric Assessment in Geriatric Oncology: A Narrative Review. *Cancers (Basel)*. 2022 Jun 30;14(13):3235. doi: 10.3390/cancers14133235. PMID: 35805005; PMCID: PMC9265029.

# Kennisag Ouderen Zieken

## Bijlagen

## Bijlage 1

### Afkortingenlijst

AIOS	Arts In Opleiding tot Specialist
CGA	comprehensive geriatric assessment
CSVD	Cerebral Small Vessel Disease
CVA	Cerebro Vasculair Accident
CVRM	Cardiovasculair risicomangementment
DO	DoelmatigheidsOnderzoek
DOAC	Directe Orale Anticoagulantia
DPP-4	dipeptidylpeptidase-4
eGFR	estimated Glomerular Filtration Rate
FCIC/IC Connect	Family and Patient Centered Intensive Care
FEES	Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing
FMS	Federatie van Medisch Specialisten
GEM	Geriatric Emergency Medicine
GGG	Goed Gebruik Geneesmiddelen
GLP1	Glucagon-Like Peptide 1
GWO	Gezamenlijke Wetenschapscommissie
IGJ	Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
MCI	Mild Cognitive Impairment
NIV	Nederlandse Internisten Vereniging
NVVC	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
NVIC	Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
NVKG	Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
NVKNO	Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
NVZA	Nederlandse Vereniging van ZiekenhuisApothekers
OR	Odds Ratio
RCT	Randomized Controlled Trial
SHE	Spoedeisende Hulp
SGLT	natrium-glucose-cotransporter twee
SIG's	Special Interest Groups
SKMS	Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten
VKA	Vitamine-K-Antagonist
ZE&GG	Zorgevaluatie & Gepast Gebruik

## Bijlage 2

### Richtlijnen

De onderstaande richtlijnen zijn gebruikt voor de inventarisatie van potentiële kennishiaten. Alleen de hoofdstukken die relevant zijn voor de klinische geriatrie en ouderengeneeskunde zijn meegenomen in de inventarisatie.

- Acute Traumatische Wervelletsels, 2019
- Antitrombotisch beleid, 2020
- Behandeling kwetsbare ouderen bij chirurgie, 2016
- Beleid rondom spoedoperaties, 2018
- Cardiovasculair risicomangement (CVRM), 2019
- Colorectaal carcinoom (CRC), 2020
- Conservatieve behandeling van artrose in heup of knie, 2018
- Delier bij volwassenen en ouderen, 2020
- Dementie, 2021
- Diabetes mellitus type 2 bij ouderen, 2018
- Herseninfarct en hersenbloeding, 2019
- Kortdurend antipsychoticagebruik, 2019
- Kwaliteitsstandaard Intramurale Spoedzorg, 2019
- Mild Cognitive Impairment (MCI), 2018
- Nierfunctievervangende behandeling, 2016
- Obstructief slaapapneu (OSA) bij volwassenen, 2018
- Orofaryngeale dysfagie, 2017
- Palliatieve zorg bij eindstadium nierfalen, 2017
- Palliatieve zorg bij hartfalen NYHA-klasse III en IV, 2017
- Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV), 2016
- Perioperatief traject, 2020
- Pijn bij COPD of Hartfalen, 2019
- Pijn bij patiënten met kanker, 2019
- Polyfarmacie bij ouderen, 2020
- Preventie van valincidenten bij ouderen, 2017
- Proximale femurfracturen, 2016
- Sepsis fase 1, 2020
- Totale heupprothese (THP), 2019
- Urineweginfecties (UWI) bij volwassenen, 2020
- Vermoeden van ouderenmishandeling in het medisch-specialistische zorgdomein, 2018
- Ziekte van Parkinson, 2020



## Bijlage 3

# Patiëntenorganisaties en overige belanghebbenden

De onderstaande patiëntenorganisaties en overige belanghebbenden zijn benaderd om kennishiaten aan te leveren en aanwezig te zijn bij de prioriteringsbijeenkomst:

### Patiëntenorganisaties:

- Patiëntenfederatie Nederland
- Alzheimer Vereniging Nederland
- Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)
- Osteoporose Vereniging
- Hersenletsel.nl
- Parkinson Vereniging
- Harteraad
- Nierpatiënten Vereniging Nederland (NVN)
- Diabetesvereniging Nederland
- ReumaNederland
- Palliatieve Zorg Nederland (PZNL)
- FCIC/ IC Connect \*
- Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (NVKNO) ° \*
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) °
- Verenso
- Katholieke Bond van Ouderen- Protestants Christelijke Ouderenbond (KBO-PCOB)
- Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen (ANBO)
- Veiligheid.nl °
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) °
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)

### Overige belanghebbenden:

- Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) °
- Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (Igj) °
- Zorginstituut Nederland (ZiNL) ° \*
- Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) °
- Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) ° \*
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) \*
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis-Apothekers (NVZA) \*
- Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) ° \*
- Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO)
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
- Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)
- Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA)

° Deze organisaties hebben input gegeven.

\* Deze organisaties waren aanwezig tijdens de prioriteringsbijeenkomst.

## Bijlage 4

# Geprioriteerde kennishiaten buiten de top-11

### Cognitie (dementie, M.parkinson, etc.)

**Wat is de beste behandeling van apathie bij thuiswonende patiënten met een neurodegeneratieve stoornis?**

Totaal aantal stemmen 4 (1 van klinisch gerieters of internisten ouderengeneeskunde, 1 van patiënt-vertegenwoordigers, 2 van stakeholders)

De doelpopulatie van de kennisagenda zijn ouderen in het ziekenhuis. De vraag over de beste behandeling bij apathie gaat over thuiswonende patiënten en valt dus buiten de doelpopulatie.

**Wat is het effect van cognitieve stimulatie/training op (cognitief) functioneren, gedrag en stemming bij thuiswonende patiënten met dementie?**

Totaal aantal stemmen 3 (3 van stakeholders)

Te laag geprioriteerd voor opname in de top-11

**Wat is het effect van lichaamsbeweging op (cognitief) functioneren, gedrag en stemming bij thuiswonende patiënten met dementie?**

Totaal aantal stemmen 1 (1 van stakeholders)

Te laag geprioriteerd voor opname in de top-11

### Cardiologie

**Wat zijn de benefits en harms (op klinische en patiënt relevante uitkomstmaten) van het toepassen van de 4-pijlers van de nieuwe hartfalen richtlijn bij ouderen?**

Totaal aantal stemmen 13 (11 van klinisch gerieters of internisten ouderengeneeskunde, 2 van patiënt-vertegenwoordigers, 1 van stakeholders)

Te laag geprioriteerd voor opname in de top-11

**Wat is het effect van CVRM op het cognitieve functionele beloop en andere voor patiënten belangrijke uitkomsten bij patiënten met cerebral small vessel disease (VCI: vascular cognitive impairment)?**

Totaal aantal stemmen 5 (5 van klinisch gerieters of internisten ouderengeneeskunde)

Samengenomen met de geprioriteerde cognitieve vraag

**Wat is de optimale behandeling van coronairlijden bij (kwetsbare) ouderen op klinische en patiënt gerelateerde uitkomstmaten?**

Totaal aantal stemmen 0

Te laag geprioriteerd voor opname in de top-11

**Wat is de toegevoegde waarde van ablatie bij AF bij oudere patiënten op klinische en patiënt gerelateerde uitkomstmaten?**

Totaal aantal stemmen 0

Te laag geprioriteerd voor opname in de top-11

### Geriatrische traumatologie

**Kunnen bijvoeding en/of intensieve fysiotherapie het functioneel herstel bevorderen en mortaliteit voorkomen bij kwetsbare ouderen met heupfractuur?**

Totaal aantal stemmen 9 (6 van klinisch gerieters of internisten ouderengeneeskunde, 1 van patiënt-vertegenwoordigers, 2 van stakeholders)

Onderzoek naar de vraag over bijvoeding en/of

intensieve fysiotherapie ligt voornamelijk bij de paramedici, aangezien het revalidatietraject in het ziekenhuis hiervoor te kort is.

**Wat is de meerwaarde van structurele slik-screening direct postoperatief en dieetaanpassing op postoperatieve pneumonie en mortaliteit te voorkomen bij heupfractuurpatiënten?**

Totaal aantal stemmen 3 (2 van klinisch gerieters of internisten ouderengeneeskunde, 1 van stakeholders)

Te laag geprioriteerd voor opname in de top-11

**Farmacologie**

**Is haldol een effectievere behandeling van delier tov placebo bij ouderen in het ziekenhuis?**

Totaal aantal stemmen 9 (5 van klinisch gerieters of internisten ouderengeneeskunde, 4 van stakeholders)

\* Het thema van dit kennishiaat komt overheen met een vraag op de Kennisagenda NIV (2023)

Er is gekozen om de vraag over haldol niet op te nemen in de top-11, aangezien deze vraag al eerder op de kennisagenda heeft gestaan en het bleek dat deze vraag erg moeilijk onderzoekbaar was.

**Wat is de effectiviteit, veiligheid van metamizol (iv en oraal) bij ouderen met pijn na heupfractuur?**

Totaal aantal stemmen 5 (4 van klinisch gerieters of internisten ouderengeneeskunde, 1 van stakeholders)

Er is gekozen om de vragen over metamizol niet op te nemen in de top-11, aangezien er al een vraag over de heup is opgenomen in 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 stopen van niet chronisch voorgeschreven medicatie, c. het herkennen van bijwerkingen.**

Totaal aantal stemmen 4 (1 van klinisch gerieters of internisten ouderengeneeskunde, 2 van patiënt-vertegenwoordigers, 1 van stakeholders)

Te laag geprioriteerd voor opname in de top-11

**Oncologie**

**Welke interventies (oa. Home-monitoring upfront dosis reductie, prehabilitatie) kunnen uitkomsten van oncologische behandelingen verbeteren bij kwetsbare ouderen?**

Totaal aantal stemmen 10 (8 van klinisch gerieters of internisten ouderengeneeskunde, 2 van patiënt-vertegenwoordigers)

De interventies die worden beschreven in de vraag hebben een meer innovatief karakter. Aangezien het doel van de kennisagenda is om te komen tot een top zorgevaluatie kennishiaten, valt dit kennishiaat buiten de top-11.

**Wat zijn de lange termijn uitkomsten (functioneren, QoL, cognitie etc) bij oncologische behandelingen bij kwetsbare ouderen?**

Totaal aantal stemmen 7 (6 van klinisch gerieters of internisten ouderengeneeskunde, 1 van patiënt-vertegenwoordigers)

Te laag geprioriteerd voor opname in de top-11

**Wat is de effectiviteit, toxiciteit, kosten/baten van nieuwe oncolytica zoals immuno/targeted bij kwetsbare ouderen?**

Totaal aantal stemmen 6 (5 van klinisch gerieters of internisten ouderengeneeskunde, 1 van patiënt-vertegenwoordigers)

Te laag geprioriteerd voor opname in de top-11

### Valpreventie

**Wat is de effectiviteit van verschillende interventies en mogelijkheden tot netwerkgeneskunde, 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?**

*Totaal aantal stemmen 6 (3 van klinisch gerieters of internisten ouderengeneeskunde, 3 van stakeholders)*

Te laag geprioriteerd voor opname in 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?**

*Totaal aantal stemmen 3 (3 van klinisch gerieters of internisten ouderengeneeskunde)*

Te laag geprioriteerd voor opname in de top-11

**Welk diagnostisch instrument (en welke afkappwaarden) 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?**

*Totaal aantal stemmen 1 (1 van stakeholders)*

Te laag geprioriteerd voor opname in de top-11

### Overig

**Wat is het effect van een multidisciplinaire benadering (geriater/psychiater/internist) van een oudere patiënt met een psychiatrische aandoening op somatische morbiditeit en polyfarmacie?**

*Totaal aantal stemmen 5 (2 van klinisch gerieters of internisten ouderengeneeskunde, 1 van patiënt-vertegenwoordigers, 2 van stakeholders)*

Te laag geprioriteerd voor opname in de top-11. Daarnaast loopt er een SKMS aanvraag voor het Verbetertraject integratie tussen de geriatrie en psychiatrie.

**Reduceert het verrichten van een huisbezoek kort na opname het aantal heropnames bij kwetsbare ouder en/of is dit vervangbaar door een e-health toepassing?**

*Totaal aantal stemmen 3 (1 van klinisch gerieters of internisten ouderengeneeskunde, 1 van patiënt-vertegenwoordigers, 1 van stakeholders)*

Te laag geprioriteerd voor opname in 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?**

*Totaal aantal stemmen 2 (2 van stakeholders)*

Te laag geprioriteerd voor opname in de top-11

**Wat is het effect van een eiwitverrijkt voedingspatroon gedurende 3 maanden op botgezondheid, spiermassa en fysiek functioneren bij ouderen die herstellen van een heupfractuur?**

*Totaal aantal stemmen 0*

Te laag geprioriteerd voor opname in de top-11

## Bijlage 5

### Stand van zaken NVKG wetenschapsagenda 2015

Kennishiaat	Uitgewerkt in onderzoek?	Subsidie bron
Wat is het effect (benefit en harm) van stoppen met cardiovasculaire medicatie (statines en antihypertensiva) bij (kwetsbare) oudere (80+) patiënten?	JA, er loopt een studie in combinatie met de vraag over het effect van starten met medicatie voor CVRM bij (kwetsbare) ouderen  Daarnaast loopt er een studie naar deprescribing van antihypertensiva en DM medicatie	ZonMw - ZE&GG  KNMP
Wat is het effect (benefit en harm) van starten met medicatie voor cardiovasculair risicomanagement bij (kwetsbare) oudere (80+) patiënten?	JA, er loopt een studie in combinatie met de vraag over het effect van stoppen met CVRM medicatie bij (kwetsbare) ouderen	ZonMw - ZE&GG
Wat zijn prognostische factoren op negatieve uitkomsten bij de oncologische behandeling van (kwetsbare) oudere patiënten met kanker en welke interventies kunnen de uitkomst verbeteren?	JA	Leading the Change
Wat zijn prognostische factoren op negatieve uitkomsten bij hart- en vaatchirurgie van (kwetsbare) oudere patiënten met hart- en vaatziekten en welke interventies kunnen de uitkomst verbeteren?	JA, er zijn enkele centra die hier onderzoek naar doen. Dit is echter niet gecoördineerd vanuit de NVKG.	
Wat zijn de effecten van advanced life care planning (en shared decision making) bij patiënten met dementie?	JA	ZonMw - ZE&GG

Kennishiaat	Uitgewerkt in onderzoek?	Subsidie bron
Wat is de doelmatigheid van medicatiebeoordeling bij (kwetsbare) oudere patiënten?	JA	HORIZON-2020
Welke poliklinische behandeling van ondervoeding is effectief bij (kwetsbare) oudere patiënten?	NEE, er is niemand die dit onderwerp op wil pakken	
Wat is de effectiviteit van cardio-vasculaire valinterventie inclusief orthostase behandeling bij (kwetsbare) oudere patiënten?	NEE, aanvraag is meerdere keren afgewezen	
Welke opioïden geven een hoger risico op delier bij (kwetsbare) oudere patiënten?	Systematic Review gepubliceerd	
Wat is de effectiviteit van haloperidol versus placebo in de behandeling van het delier bij (kwetsbare) oudere patiënten?	JA	ZonMw

## Bijlage 6

# Brief Patiëntenfederatie



Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie en  
de Nederlandse Internisten Vereniging  
t.a.v. Prof. dr. M.H. Emmelot-Vonk en Dr. H. Joosten  
Postbus 2704  
3500 GS Utrecht

datum 12/04/2023  
ons kenmerk 2023-26  
voor informatie kennisagendas@patiëntenfederatie.nl  
uw kenmerk -  
onderwerp **Kennisagenda Ouderen in het Ziekenhuis**

Geachte besturen van de NVKG en de NIV,

Middels deze brief geven wij aan dat de kennisagenda *Ouderen in het Ziekenhuis* met inbreng van patiënten(organisaties) tot stand is gekomen.

De geprioriteerde thema's worden zowel door de specialisten als patiënten onderkend als belangrijke kennishiaten.

Namens Patiëntenfederatie Nederland,



Mr. Linda Daniels  
Manager Medisch Specialistische Zorg



[www.nvkg.nl](http://www.nvkg.nl)