

## Groep 1 - Vallen/mobiliteit en Ondervoeding

#	Bron	Kennishiaten	Toelichting
<b>Vallen/mobiliteit</b>			
1	achterban	Wat is de prognose van een conservatieve behandeling van collumfracturen (op het gebied van pijn, decubitus, infecties, etc)?	
2	achterban	<p>Wat is de time until benefit voor het starten van een bisfosfonaat bij een 80+ er met osteoporose?</p> <p>Is bij ouderen &gt;80 jaar osteoporosebehandeling conform de huidige richtlijn optimaal?</p>	<p>Op onze orthopedische geriatrie afdeling zijn wij sinds kort hoofdbehandelaar bij kwetsbare ouderen met een collumfractuur. Moet je die mensen allemaal een DEXA aandoen? Of toch pragmatisch starten met een bisfosfonaat aangezien een collumfractuur bij een laag energetisch trauma toch vaak osteoporose betekent?</p> <p>Hierbij geldt dat bewijsvoering van osteoporosemedicatie voor oudste ouderen beperkt is en voornamelijk berust op extrapolatie van gegevens bij jongere groepen en mogelijke effecten van multimorbiditeit en polyfarmacie niet worden meegenomen en een 2e subvraag betreft de screening voor osteoporose, is DEXA-scan ook voor deze groep de meest (kosten)effectieve aanpak? Hiervoor geldt dat opkomst voor vervolgonderzoek erg laat is en er internationaal stemmen opgaan om bij bv heupfractuur blind te gaan behandelen zonder verder onderzoek</p>
3	achterban	Effectiviteit van calcitonine iv als behandeling van pijnstilling bij acute wervelinzakkingsfracturen tov placebo	In ons ziekenhuis adviseren de internisten behandeling van calcitonine iv voor 7 dagen als de behandeling mn voor pijnreductie voor patiënten met een acute wervelinzakkingsfractuur. Tijdens mijn opleiding heb dit echter nog nooit in een andere kliniek gegeven, en ik kon dit advies niet in de richtlijn osteoporose vinden. Ik vroeg mij daarom af of hier evidence voor was.
4	achterban	Wat is de meerwaarde van een DEXA scan bij 80 plussers met een collumfractuur?	Op onze orthopedische geriatrie afdeling zijn wij sinds kort hoofdbehandelaar bij kwetsbare ouderen met een collumfractuur. Moet je die mensen allemaal een DEXA aandoen? Of toch pragmatisch starten met een bisfosfonaat aangezien een collumfractuur bij een laag energetisch trauma toch vaak osteoporose betekent?
5	achterban	Evidence voor denosumab bij oudere mannen met osteoporose	
6	achterban	Wat is de effectiviteit van een verlengde behandeling met bisfosfonaten vergeleken met placebo bij ouderen met osteoporose die reeds 2 jaar met bisfosfonaten zijn behandeld bij het voorkomen van osteoporotische fracturen?	Bisfosfonaten binden aan het bot en zouden ook na staken van medicatie nog werkzaam moeten zijn. In studieverband wordt naar effect op de korte of middellange termijn gekeken; onduidelijk is of medicatie na jaren gebruik nog steeds winst sorteert.
7	achterban	Wat is de effectiviteit van behandeling van orthostatische hypotensie met steunkousen tov leefregels en saneren medicatie?	Ik heb veel patiënten duizeligheid tgv orthostatische hypotensie. Ik twijfel altijd of ik alleen leefregels, saneren medicatie voldoende is of dat ik steunkousen moet aanmeten. Zeker omdat ik weet dat de therapietrouwheid niet erg hoog is, zeker niet voor hoge steunkousen. Ik vraag me dan ook af of het zoveel beter is dan leefregels en medicatie

			saneren alleen. Leefstijladviezen --> minder klachten--> verbetering van de meting--> minder vallen Anti-hypertensiva aanpassen (vermeerderen/ verminderen)--> "" "" Steunkousen--> "" "" Medicatie--> "" "
8	achterban	1. Orthostase en hypertensie: to treat or not to treat? + meting hersendoorbloeding. Idem voor postprandiale hypertensie. klinisch relevant? 2. Wat is het effect van bloeddrukverlagende behandeling bij ouderen met hypertensie op orthostatische hypotensie 3. Orthostatische hypotensie en antihypertensiva: een middel voor de kwaal of een kwaal door het middel?	2. Het bestaande idee is dat antihypertensiva orthostatische hypotensie veroorzaken, maar het schaarse beschikbare bewijs spreekt dit tegen.
9	achterban	Welke aanpak/interventies zijn nodig om betere compliance en dus effectiviteit te bereiken binnen valpreventie?	Een groot probleem bij de huidige valpreventieve programma's is de beperkte casefinding/opbrengst enerzijds, waarbij patiënten vooral aangeven niet denken tot de doelgroep te behoren; anderzijds blijkt er sprake van een beperkte compliance van de gegeven valpreventieve adviezen, ten dele in verband met vergeten van diezelfde adviezen, maar onder andere ook weer in verband met het eerst genoemde.
10	achterban	Prevalentie van (obese) sarcopenia	Volgens sommigen de nieuwe epidemie van mobiliteitsverlies. Onderzoek naar impact op functionaliteit, klinische detectie (algoritmes) en indien gevalideerd en gestandaardiseerd op zoek naar interventies.
11	achterban	Verlaagt toevoegen van een cardiovasculaire risicoinventarisatie en behandeling aan een multifactoriële valinterventie het valrisico?	Alhoewel op grond van Cochrane review duidelijk is dat ondanks tegenvallende resultaten bij NLse studies de valrate inderdaad verlaagd wordt door een multifactoriële valpreventieve interventie, is het nog onduidelijk welke onderdelen hierbij leiden tot effectiviteit. Daarnaast is er weinig tot geen bewijsvoering ten aanzien van cardiovasculaire interventies, gericht op onder andere optimaliseren van hartritme en geleidingsstoornissen, kleplijden, hartfalen, orthostase e.a.; hierbij moeten vooral gegevens van de internationale syncope richtlijnen geëxtrapoleerd worden.
<b>Ondervoeding</b>			
1	achterban	Algemeen: hoe meet ik het, hoe behandel ik het, welke behandeling is effectief? 1. wat is het effect van behandeling van ondervoeding bij geriatrische patiënten? 2. In kaart brengen van ondervoeding is een IGZ indicator geworden. In de richtlijn ondervoeding wordt interventie voor ondervoeding een kwaliteitsindicator. Er is echter geen bewijs voor interventie voor ondervoeding en zeker niet welke interventie nuttig is.	Hoe stellen we dit nu vast. Kunnen we het behandelen, hoe dan; is drinkvoeding voldoende? Wij hebben de MNA op de poli ingevoerd, maar ik kom zelf niet veel verder dan verwijzen naar een diëtiste bij ondervoeding. Moeten we nog andere maatregelen nemen? 1. zie richtlijn ondervoeding en rapport gezondheidsraad. moeten we wel of niet behandelen? met name uitkomsten als functie en kwaliteit van leven zouden in een groot onderzoek onderzocht moeten worden
2	achterban	Leidt suppletie van een milde B12 deficiëntie ook tot	Bestaat er ook zoiets als een subklinische B12 deficiëntie, waarbij je

		vermindering van klachten?	helemaal niet moet suppleren? Wat is de rol van MMA, kun je op grond van MMA beter behandeldoelen formuleren, of is ook een MMA tussen de 340 en +/-1000 een soort subklinische B12 deficiëntie?
3	Richtlijn ondervoeding	Wat is de effectiviteit van extra energie en eiwit bij ondervoeding op functioneren of kwaliteit van leven?	Effectiviteit extra energie en eiwit bij ondervoeding. De aanbeveling van de werkgroep is gebaseerd op de effecten van extra energie en eiwit op sterfte en complicaties. Er zijn nog onvoldoende aanwijzingen voor effecten op functioneren (mobiliteit, vallen, activiteiten in dagelijks functioneren) of kwaliteit van leven. De werkgroep meent, net als de Gezondheidsraad, dat goed onderzoek naar deze uitkomstmaten dringend gewenst is. Echter, in tegenstelling tot de Gezondheidsraad meent de werkgroep dat dergelijk onderzoek juist in de heterogene groep geriatrische patiënten zou moeten gebeuren (en niet in homogene groepen) waarbij de voedingsinterventie deel uit maakt van een multifactoriële interventie gericht op de multiple determinanten van ondervoeding bij geriatrische patiënten (van Asselt, 2012). Ondervoede geriatrische patiënten in onderzoek zouden ook een voedingsinterventie op maat, dat wil zeggen afgestemd op hun behoefte in plaats van standaard voedingsinterventie, moeten krijgen.
4	Richtlijn ondervoeding	Wat is de effectiviteit en veiligheid van sondevoeding bij acuut zieke geriatrische patiënten in het ziekenhuis?	Voedingsinterventies: praktische invulling. Er is geen kennis over de effectiviteit en veiligheid van sondevoeding bij acuut zieke geriatrische patiënten in het ziekenhuis. Ook zijn de effecten van een hoge eiwitname op functioneren (mobiliteit, vallen, activiteiten in dagelijks functioneren) of kwaliteit van leven door geriatrische patiënten met nierfalen onbekend.



## Groep 2 – Farmacotherapie en Cardiopulmonaal

#	Bron	Kennishiaten	Toelichting
<b>Farmacotherapie</b>			
1	achterban	<p><b>Stoppen met medicatie:</b></p> <p>1. Wat is de consequentie van het stoppen van medicatie bij patiënten met een geschatte levensverwachting korter dan de time-until-benefit?</p> <p>2. Effect staken preventieve medicatie bij (kwetsbare) ouderen.</p> <p>3. In het algemeen: stop trials van medicatie bijvoorbeeld antihypertensiva, cholesterolverlagers, anti reuma middelen bij reuma</p> <p>4. Wat is het effect van staken van preventieve cardiovasculaire geneesmiddelen (bv statines) bij 80 plussers (met multimorbiditeit)</p>	<p>1. Dat een medicijn starten niet meer zinvol is bij een kortere levensverwachting dan de TUB is logisch en is ook onderdeel van de START-criteria. In het werkveld is dit echter verbasterd tot "we stoppen de statine als een pt een korte levensverwachting heeft". Dit lijkt niet rationeel aangezien de time-until-benefit dan al is verstreken en een effectief medicijn wordt gestopt. Maar is het ook echt schadelijk? Dat zou helpen om de medicatiereview naar een hoger niveau te tillen.</p> <p>2. Wat is effect van staken van statine, bisfosfonaat, asa etc (ivm balans baten vs bijwerkingen)</p>
2	achterban	<p><b>CVRM:</b></p> <p>1. In hoeverre is cardiovasculaire risicopreventie te extrapoleren naar patiënten &gt;80 jaar en welke aanpassingen zijn nodig?</p> <p>2. wat is effect van behandeling cardiovasculaire risicofactoren (hypertensie, hypercholesterolaemie, diabetes) bij ouderen</p> <p>3. Wat is de mate van (onder)behandeling van cardiovasculaire risicofactoren bij ouderen in het algemeen en in specifieke groepen (dementie, HVZ, 80 plussers, 75 plussers met comorbiditeit)</p> <p>4. Wat is het effect van toepassing van medicamenteuze behandeling volgens richtlijn CVRM bij ouderen ( en in verschillende groepen als MCI en dementie en 75 plussers met multimorbiditeit)</p> <p>5. Is cardiovasculaire preventieve behandeling zinvol bij een vasculaire dementie en/of uitgebreide witte stofafwijkingen?</p> <p>6. dementie en hypertensie</p> <p>7. Wat is het effect van staken van preventieve cardiovasculaire geneesmiddelen (bv statines) bij patiënten met dementie (bv op QoL, welbevinden, vallen, mortaliteit)</p> <p>8. Cardiovasculair risicomanagement bij ouderen: aanvullingen op NHG</p>	<p>1. Dit geldt zowel voor hypertensiebehandeling, cholesterolverlaging als voor diabetesbehandeling</p> <p>2. er zijn geen interventiestudies hiernaar bij ouderen; moeten we wel streven naar 'normaal' lipidspectrum bij ouderen? Wat is goede streefbloeddruk met oog op kwaliteit van leven en risico op CVA, myocardinfarct?</p> <p>6. behandelen? voorkomt het progressie? welk medicament?</p> <p>8. Zijn de NHG richtlijnen toepasbaar op hoge leeftijd? Aanvullingen obv literatuurstudies</p> <p>9. We weten eigenlijk niet wat een goede bloeddruk is bij ouderen in relatie tot uitkomsten als vallen, cognitief functioneren en mortaliteit.</p> <p>10. Het is onduidelijk of ouderen hogere bloeddruk nodig hebben om voldoende hersenperfusie te handhaven</p>

		<p>9. wat is de optimale streefbloeddruk bij ouderen? Is dit afhankelijk van subgroepen, bijv. ouderen die wel/ niet op middelbare leeftijd hypertensie al hadden?</p> <p>10. Wat is het effect van bloeddrukverlagende behandeling (antihypertensieve therapie) op de hersendoorbloeding bij ouderen?</p> <p>11. evidence hoge bloeddruk behandeling bij ouderen</p>	
3	achterban	<p>Wat is de frequentie van bijwerkingen in een kwetsbare oude populatie van de 20 meest gebruikte medicijnen bij ouderen.</p>	<p>De bijwerkingen frequentie ligt bij ouderen hoger, maar het zijn ook andere bijwerkingen zoals bijvoorbeeld anticholinerge bijwerkingen die relatief vaak optreden bij ouderen, maar zelden in het kompas zijn vermeld of hooguit als zeldzaam &lt; 1;1000. De kliniek toont mijn inziens anders, we zien deze bijwerkingen vrij frequent bijv verwardheid bij morfine. Het zou helpen om frequentietabellen te hebben in de kwetsbare populatie.</p>
4	achterban	<p>Wat is de effectiviteit en veiligheid van NOAC's bij kwetsbare ouderen?</p>	<p>Nieuwe antistollingsmiddelen lijken veilig en effectief bij ouderen, helaas is onderzoek weliswaar bij 30% vd ouderen gedaan, maar dit lijken mij mn gezonde ouderen. Is het bloedingsrisico inderdaad ook lager bij kwetsbare ouderen, of juist toch voordeel voor de klassieke behandeling dmv VKA's?</p>
5	achterban	<p><b>QTc verlenging:</b> Wat is een alternatief middel voor haldol bij QTc tijd verlenging op het ECG? Wat en hoe groot is het effect op het hartritme van haldol toediening bij patiënten met een verlengde QTc tijd? Moet je een ECG maken als je haldol wilt toepassen en iemand gebruikt reeds andere QTc tijd verlengende medicatie zoals macroliden of quinolonen? Wat is het effect van een lage dosis haloperidol op de QTc tijd bij de geriatrische patiënt met polyfarmacie? Wat is de frequentie van optreden van QTc verlenging bij het starten van 2mg haloperidol per dag?</p>	<p>1. qt tijd verlenging en psychofarmaca: in hoeverre hier rekening mee te houden. 3. Haldol heeft QTc tijd verlenging maar andere antipsychotica, ook de atypische, ook. Wat dan te doen? Alleen benzo's geven? 4. Ik heb altijd begrepen dat het tot 2 mg oraal geen kwaad kon om haldol te geven bij QTc tijd verlenging. Maar soms is dit toch nog onvoldoende en verwacht je dat een alternatief middel minder effectief zal zijn. Kun je dan toch hoger doseren? Of is de kans op ritmestoornissen dan zo groot dat dit onverantwoordelijk is en je moet kiezen voor bv benzodiazepines. 7. Bij start haldol vaak een waarschuwing van de apotheek. En er zijn mensen die niet starten met haldol als er een lange QT tijd is. Volgens mij kwam bij onderzoek AMC als nevenbevinding naar voren dat de QT tijd soms zelfs korter werd.... Dus wat is de zin / onzin hiervan 8. Hoe groot is risico op QT verlenging? Moet elke patiënt standaard ECG? Moet elke patiënt standaard ECG herhaling bij haldol gebruik of alleen de subgroep doe al preexistent verlengd QT heeft? 9. Daaruit voortkomend: moeten we een ECG maken bij starten haloperidol? Nu doen wij dit in praktijk alleen als er andere QTc verlengende medicatie wordt gegeven of bij hoge intraveneuze toediening van haloperidol. 10. Cardiologen hebben de voorkeur voor olanzapine boven haloperidol ivm minder qt tijd verlenging, is dit klinisch relevant bij onze patiëntenpopulatie?</p>
6	achterban	<p>Moet je bij ouderen die &lt;50 kg wegen besluiten om kinderdoseringen te gaan toepassen bij je medicatie?</p>	<p>Hoe om te gaan met de cachectische oudere met dus ondergewicht. Moeten we net als de kinderartsen misschien in mg per kg gaan rekenen?</p>
7	achterban	<p>Wat is de plaats van Dipiperon in behandeling probleemgedrag?</p>	

8	achterban	behandeling diabetes mellitus type 2	Plaats nieuwe antidiabetica
9	achterban	Welke ECG-afwijkingen/ritmestoornis vormen een contra-indicatie voor een cholinesteraseremmer. Wel/ niet geven van rivastigmine bij (cardiale) geleidingsstoornissen	Verskil tussen relatieve en absolute contra-indicaties? doel is verkrijgen van een duidelijk beleid.
10	achterban	Stoppen met antihypertensiva/ cholesterolverlagers?	Is er in de laatste levensfase een periode aan te wijzen aan de hand van de geschatte leeftijd en time untill benefit, dat anithypertensiva en cholesterolverlagers meer kwaad dan goed doen, en dus gestaakt kunnen worden.
11	achterban	Er is een gedachte dat laag gedoseerd morfine voor ouderen een betere pijnstilling is dan NSAIDs. is dat zo?	
12	achterban	Vitamine D suppletie	Hoewel steeds meer onderzoek en adviezen; het is mij nog steeds niet duidelijk; wel of niet opladen, hoeveel geven, wel of niet bepalen of gewoon aan alle 80 + geven?
13	achterban	Wat zijn effectieve manieren om medicatieveiligheid te vergroten?	voorkomen van bijwerkingen, interacties bevorderen beschikbaarheid actueel medicatie-overzicht
14	Richtlijn polyfarmacie	Er ontbreekt een aan de Nederlandse situatie en richtlijnen aangepast, uniform, gevalideerd instrument met de meest relevante stop- en startcriteria voor geneesmiddelgebruik bij ouderen	P: patiënten ouder dan 65 jaar met polyfarmacie I: gebruik van instrument om de meest geschikte farmacotherapeutische behandeling te kiezen voor ouderen vanaf 65 jaar met polyfarmacie O: aantal uniforme geneesmiddel wijzigingen ter vermindering van farmacotherapiegerelateerde problemen Gewenst onderzoekontwerp: Delphi consensus Verwacht effect: Verlaging van het aantal FTPs bij ouderen
15	Richtlijn polyfarmacie	Er is zeer beperkt onderzoek naar de effectiviteit, doelmatigheid en haalbaarheid van interventies gericht op verbeteren van de therapietrouw bij ouderen met polyfarmacie	P: patiënten ouder dan 65 jaar met polyfarmacie I: gericht op verbeteren van de therapietrouw bij ouderen vanaf 65 jaar met polyfarmacie O: toename in therapietrouw Gewenst onderzoekontwerp: RCT of observationeel, in combi met kosten- eff analyse Verwacht effect: Verhoging van therapietrouw bij ouderen vanaf 65 jaar met polyfarmacie en daardoor doelmatiger farmacotherapiebeleid
16	Richtlijn polyfarmacie	Direct vergelijkend onderzoek tussen verschillende methoden van medicatiebeoordeling (met en zonder patiëntgesprek) ontbreekt	P: patiënten ouder dan 65 jaar met polyfarmacie I: verschillende methoden van medicatiebeoordeling bij ouderen vanaf 65 jaar met polyfarmacie O: afname van FTPs en toename in therapietrouw en kwaliteit van leven Gewenst onderzoekontwerp: RCT, CT, observationeel en kosten- effanalyse Verwacht effect: Variatie in verlaging FTPs en variatie in verhoging van kwaliteit van leven en therapietrouw bij ouderen vanaf 65 jaar met polyfarmacie door de verschillende methoden van medicatiebeoordeling
17	richtlijn polyfarmacie	Er is zeer beperkt onderzoek naar de kosten, doelmatigheid en haalbaarheid van medicatiebeoordeling in Nederland. De bestaande evidentie is tegenstrijdig.	P: patiënten ouder dan 65 jaar met polyfarmacie en minimaal 1 risicofactor of patiënten ouder dan 65 jaar met polyfarmacie en minimaal 1 risicofactor bij een ongeplande ziekenhuisopname I: verschillende niveaus en settings van medicatiebeoordeling bij ouderen vanaf



			65 jaar met polyfarmacie O: interventiekosten medicatiebeoordeling in relatie tot effecten op medicatiekosten en ziekenhuisopnames Gewenst onderzoekontwerp: RCT of observationeel met kosten- effanalyse Verwacht effect: Reële inschatting van doelmatigheid, haalbaarheid en mogelijkheden van medicatiebeoordeling in verschillende settings
<b>Cardiopulmonaal</b>			
1	achterban	Behandeling hartfalen: Medicatie bij syst./ diastolisch hartfalen. Is er n plaats voor digoxine?	
2	achterban	1. prognostische factoren bij het preoperatief inschatten van grotere vaat OK's bij frail patiënten 2. Wat zijn voorspellende factoren voor de uitkomsten bij klepvervangende OK's bij de geriatrische patiënt en wat is de effectiviteit van een CGA in deze populatie?	1. Door onze vaatchirurgen, cardiologen is deze vraag een regelmatige verwijzreden. Obv CGA kunnen prognostische factoren gesignaleerd worden afhankelijk van de kwetsbaarheid. Echter onze werkwijze is niet gestandariseerd. Er is weinig onderzoek hierna, onderwerp is wel actueel.
3	achterban	EBM diagnostiek hartfalen bij kwetsbare patiënt	lastig ondervulling overvulling aan te tonen cq uit te sluiten, niet altijd toegankelijk voor echo cor, is echo vena cava voldoende?
4	achterban	Wat is het effect van coumarinetherapie op de kwaliteit van leven bij ouderen met atriumfibrilleren die zowel een hoog stroke- al bloedingsrisico hebben?	er wordt vaak unidimensioneel naar de antistollingsindicatie gekeken; bij een hoge chads(vasc) score wordt antistollingstherapie gestart. Veel ouderen met een hoge chads score hebben echter ook een hoog bloedingsrisico. Hoe kan de afweging tussen baten en risico's van de therapie bij ouderen worden gemaakt?
5	achterban	Indicaties bridgen fraxiparine bij instellen op acenocoumarol bij kwetsbare geriatrische populatie met valproblematiek	
6	achterban	Moet je betablokkers bij ouderen juist hoger of lager doseren?	Dosering gebeurt vaak op klachten en hartfrequentie. Regelmatig hebben we de discussie dat bij een pt met hooggedoseerd betablokkade je de dosering moet verlagen omdat je bang bent voor bijwerkingen, maar ik hoor ook vaak dat betablokkers vaak minder werkzaam zijn bij ouderen, en dat je dan juist meer moet geven
7	achterban	Negatief effect van een bradycardie op de cognitie.	De cardiologen lijken dit niet relevant te vinden, en soms ook in het licht hiervan weinig haast te maken met het plaatsen van een pacemaker.
8	achterban	Longfunctie testen bij copd	
9	achterban	Wat is een optimale cholesterol spiegel bij ouderen?	
10	NPCF	Zijn alle medicijnen die ouderen nog krijgen voor bijvoorbeeld hoge bloeddruk nog zinvol?	

### Groep 3 – Dementie en delier

#	Bron	Kennishiaten	Toelichting
<b>Dementie</b>			
1	achterban	Shared decision making bij cognitieve stoornissen	
2	achterban	Monitoren progressie cognitieve stoornissen	Onderzoek gestart in het MCA door neuropsycholoog.
3	achterban	wat is de huidige incidentie, prevalentie en prognose (morbiditeit en mortaliteit) van dementie totaal en in strata van type dementie, leeftijd, geslacht, etniciteit en andere risicofactoren?	huidig beschikbare gegevens zijn gebaseerd op oudere onderzoeken die vaak specifieke, kleinere onderzoekspopulaties betreft. Er is behoefte aan nieuwe gegevens om de omvang en gevolgen van de probleem goed in kaart te brengen. Deze informatie is van belang voor patiënten/mantelzorgers, klinici en beleidsmakers.
4	achterban	Wat zijn goede voorspellers van de prognose van dementie?	de prognose van dementie is erg wisselend (geschatte mediane overleving 3-8 jaar). Er is behoefte aan meer duidelijkheid over de verwachte prognose. Indien bekend is wat voorspellers zijn van een gunstig (of juist ongunstig) beloop, kan meer duidelijkheid gegeven worden aan de patiënt en mantelzorger over de verwachting voor de toekomst.
5	achterban	<b>Gedragsproblematiek en dementie:</b> Wat zijn predictors (risicofactoren) voor ernstige gedragsproblematiek bij dementie Wat is het effect van de verschillende antipsychotica in de behandeling van gedragsstoornissen bij dementie? Wat is de meerwaarde van moderne anti-epileptica (bijv levetiracetam) in de behandeling van impulsdoorbraken bij dementie?	1. Doelmatige zorg voor dementerenden met gedragsproblematiek is op grond van epidemiologie wenselijk. In dat licht is kennis over de voorspellers van belastend BPSD alsook voorspellers van overbelasting van mantelzorgers (en kennis mbt effectiviteit van mn niet medicamenteuze interventies) essentieel. Vraag zou kunnen luiden: wat is voorspellende waarde van NPI-Q domeinscores op kans op institutionalisering. (impliceert bijvoorbeeld opzetten landelijke database) 2. zijn er voorspellers van mogelijk toekomstige gedragsproblemen bij dementie en kan je hierop anticiperen dmv gerichte interventies; mn relevant in kader van consultatie/medebehandeling buiten de ziekenhuissetting. 3. De evidentie voor veel niet-medicamenteuze interventies bij dementie is eveneens slecht van kwaliteit; trials hier zijn zeker wenselijk, mar hopelijk wordt dit opgepakt in Memorabel 4. Gedragsstoornissen bij dementie zijn heteroog en moeilijk behandelbaar. Behandelaren lijken te grijpen naar waar ze het meest bekend mee zijn. Bv dipiperon, risperdal, seroquel, haldol. En in de Ggz heb ik meegemaakt dat mensen zelfs op carbamazepine werden ingesteld. Is een eenduidiger beleid mogelijk? 5. tevens klinische implicaties QT verlenging en noodzaak psychofarmaca
6	achterban+richtlijn dementie	<b>Effectiviteit cholinesteraseremmers:</b> 1. Uitstel opname verpleeghuis door gebruik anti-dementie middelen. 2. Wat is de kosteneffectiviteit van cholinesteraseremmers?	2. Hier zijn studies naar, maar gebaseerd op cijfers van kosten in andere niet vergelijkbare landen, tevens zou tijd tot institutionalisering en kwaliteit van leven meegenomen moeten worden. 4. We zien allen zowel responders , die tot wel 7 jaar redelijk ad-zelfredzaam het thuis blijven volhouden, terwijl er evenzovele non-responders zijn ( binnen 1 jaar VPH opname) Richtlijn: Ten aanzien van de behandeling met cholinesteraseremmers zijn er nog een aantal belangrijke uitkomstmaten niet goed onderzocht. Zo ontbreken valide gegevens over het effect van behandeling op kwaliteit en institutionalisering en of de effecten op langere termijn aanhouden. Ook werden in de trials



		3. Is het kosteneffectief in Nederland tov supportieve care om bij een pt thuiszorg te moeten inschakelen om een pleister te komen plakken die 80-90% kans heeft om geen effect te hebben? 4. Determinanten van ACHE-I respons bij ziekte van Alzheimer.	patiënten met dementie op basis van gemengde pathologie uitgesloten waardoor het onduidelijk blijft of deze patiënten baat hebben bij behandeling met cholinesteraseremmers. Ook zijn de cholinesteraseremmers nooit goed systematisch met elkaar vergeleken waardoor een eventuele voorkeur voor een middel niet kan worden uitgesproken.
7	achterban	Meest effectieve interventie bij dementie als bijkomende aandoening bij ziekenhuisopname?	Dementie als bijkomende aandoening van somatische en psychiatrische ziekten is volstrekt niet onderzocht en toch zeer belangrijk voor onze praktijk. Het addendum van de richtlijn dementie zal hierover gaan, maar gezien een recente search is de evidence vrijwel nihil. Dit is dus een zeer belangrijke en klinisch relevante kennishiaat.
8	achterban	behandeling MCI	Op welke wijze kunnen mensen met een diagnose mild cognitive impairment behandeld worden, om de klachten te verbeteren en mogelijk progressie naar een dementie te voorkomen.
9	achterban	Wat is het effect van (geriatrische) differentiaal-diagnostiek van dementie op de geheugenpoli op het post-diagnose beloop voor de patiënt.	Toelichting: differentiatie van oorzaak dementie (bv Alzheimer, vaculair , lwey body, FtD) Beloop: invloed op kwaliteit van leven, duur tot verpleeghuisopname, mantelzorgbelasting, etc.
10	achterban	Welke rol kunnen biomarkers spelen bij de (differentiaal) diagnostiek en prognose van dementie?	Er zijn verschillende biomarkers voor dementie beschikbaar (liquor: Abeta, totaal tau, ptau, beeldvorming: cerebral small vessel disease waaronder microbloedingen/infarcten). De meerwaarde van het bepalen van deze biomarkers bij de (differentiaal) diagnostiek en prognose-inschatting van verschillende vormen van dementie wanneer ze toegevoegd worden aan standaard beschikbare onderzoeken (zoals NPO) moet nog nader bepaald worden.
11	achterban	1. Wat is de 6-maands overleving van patiënten met een dementie CDR 3? 2. Wat is de prognose (levensduur en duur tot institutionalisering) van een patiënt met klinische diagnose Alzheimer dementie CDR1	1. kunnen daarmee adviezen worden gedaan mbt behandelintentie?
12	achterban	Onduidelijk is welke behandeling voor een depressieve stoornis meest effectief is bij ouderen met een cognitieve stoornis of multimorbiditeit	
13	achterban	Onderzoek naar de relatie tussen mobiliteit en cognitie	in samenwerking met prof Scherder?
14	Alzheimer Vereniging	De acht onderzoeksvragen gericht op de patiënt van nu uit 'Memorabel', het onderzoeksprogramma van het	De onderzoeksdoelen uit memorabel zijn opgesteld naar aanleiding van de onderzoeksagenda van Alzheimer Nederland en de onderzoeksdoelen van het Europese JPND programma. De onderzoeksagenda van Alzheimer Nederland is opgesteld m.b.v. focusgroepen waar vier groepen aan deelnamen: mensen met dementie, mantelzorgers, algemeen publiek en wetenschappers. De

	<p>Deltaplan Dementie:</p> <p>2.1 Versnellen van de diagnostisch proces op het moment dat de eerste symptomen zich voordoen en verbeteren van de communicatie over de diagnose.</p> <p>2.2 Diagnostische testen (klinisch, biomedisch en neuropsychologisch) voor de verschillende settings (verschillende diagnostische aanpak op populatieniveau, eerstelijns, tweede/derdelijnsniveau) en bepalen van de netto-opbrengst van vroegdiagnostiek in de praktijk met aandacht voor de psychische en sociale factoren en de imperfectie van de diagnostische methoden (incl. fout-positieven en fout-negatieven).</p> <p>3.1 Combinatie van psychosociale interventies bij mensen met dementie en hun mantelzorgers met aandacht voor sociale inclusie, versterking van informele zorg, omgaan met gedragsveranderingen, het voorkomen van neuropsychiatrische problemen en betrokkenheid van mantelzorgers.</p> <p>3.2 Zelfmanagement van mensen met dementie en mantelzorgers door het ontwikkelen van e-health applicaties, technologische toepassingen (waaronder domotica) en strategieën voor shared decision making op de belangrijke beslismomenten tijdens het ziektebeloop.</p> <p>4.1 Bepalen van de (kosten)effectiviteit van beschikbare methoden,</p>	<p>uiteindelijke prioriteiten van het onderzoeksprogramma memorabel zijn bepaald door een enquête onder mantelzorgers. De urgentie van de onderzoeksonderwerpen van 'Memorabel' zijn daarmee breed gedragen onder wetenschappers en doelgroepen. Zie ook <a href="http://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/programmatekst_memorabel_def_met_omslagen.pdf">http://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/programmatekst_memorabel_def_met_omslagen.pdf</a></p>
--	---	--

		<p>interventies en instrumenten op het gebied van diagnostiek, behandeling, zorg, wonen en welzijn.</p> <p>4.2 Bepalen van de (kosten)effectiviteit van de organisatie van integrale dementiezorg, de toegang hiertoe en de effecten ervan (o.m. kleinschalige zorg, (dag)behandeling en begeleiding/ondersteuning in de buurt, intramuraal wonen), met het oog op de implementatie van de zorgstandaard dementie.</p> <p>4.3 Ontwikkeling van interventies die niet alleen trachten te compenseren voor verminderd functioneren, maar vooral aandacht schenken aan bestaande capaciteiten van mensen met dementie, hun behoefte aan autonomie, het zelf kunnen blijven bijdragen (reciprociteit) en het handhaven van hun waardigheid.</p> <p>4.4 Ontwikkelen van palliatieve zorg met aandacht voor zorgmodellen, ethische thema's en kernelementen van (kosten)effectieve zorg.</p>	
15	Alzheimer Vereniging	Hoe kunnen veelvoorkomende 'symptomen' van dementie zoals pijn, depressie, apathie en agitatie beter worden vastgesteld en behandeld?	Pijn, depressie, apathie en agitatie komen veel voor bij dementie. Er is echter weinig bekend over de opsporing, behandeling en periodieke evaluatie van deze factoren die een negatief effect hebben op het verloop van dementie en/of de kwaliteit van leven.
16	Alzheimer Vereniging	Wat is het effect van de behandeling van (calorische) ondervoeding op de progressie van dementie?	Ondervoeding bij dementie komt veel voor. Naar schatting bij tienduizenden mensen met dementie. Wanneer iemand met dementie ondervoed raakt, verloopt de progressie van dementie gemiddeld genomen sneller. Inmiddels zijn er strategieën ontwikkeld die met succes ondervoeding kunnen bestrijden. Er is echter nauwelijks onderzoek gedaan naar het effect van de bestrijding van ondervoeding op de progressie van dementie. Zie ook <a href="http://www.alzheimer-nederland.nl/actueel/pers/2014/februari/tienduizenden-mensen-in-nederland-met-dementie-ondervoed.aspx">http://www.alzheimer-nederland.nl/actueel/pers/2014/februari/tienduizenden-mensen-in-nederland-met-dementie-ondervoed.aspx</a>

17	Richtlijn dementie	Wat is de effectiviteit van de behandeling met memantine?	Ten aanzien van de behandeling met memantine zijn er nog een aantal belangrijke uitkomstmaten niet goed onderzocht. Zo ontbreken valide gegevens over het effect van behandeling op kwaliteit en institutionalisering en of de effecten op langere termijn aanhouden. Ook werden in de trials patiënten met dementie op basis van gemengde pathologie uitgesloten waardoor het onduidelijk blijft of deze patiënten baat hebben bij behandeling met memantine. Er is nog weinig onderzoek verricht naar het effect van memantine bij DLB/ PDD.
18	Richtlijn dementie	Wat is de effectiviteit van Souvenaid® als symptomatische interventie voor patiënten met de ziekte van Alzheimer?	De klinische relevantie en de effecten op de kwaliteit van leven zouden getoetst dienen te worden in een gerandomiseerde klinische trial, die ook de kosteneffectiviteit zou moeten onderzoeken.
<b>Delier</b>			
1	achterban	Wat is de huidige incidentie, prevalentie en prognose (morbiditeit en mortaliteit) van delier totaal en in strata van type, leeftijd, geslacht, ethniciteit en andere risicofactoren? EN Wat zijn goede voorspellers van de prognose van delier?	Er is behoefte aan meer duidelijkheid over de verwachte prognose. Indien bekend is wat voorspellers zijn van een gunstig (of juist ongunstig) beloop, kan meer duidelijkheid gegeven worden aan de patiënt en mantelzorgers over de verwachting voor de toekomst.
2	achterban	Is bij patiënten ouder dan 70 jaar die opgenomen zijn en acute pijn hebben en pijnbestrijding middels morfine-achtigen krijgen, een voorkeursmedicament te bepalen dat zo min mogelijk kans geeft op verwardheid en hallucinaties. Vergelijkende opzet: induceert piritramide vaker een delier dan andere opiaten?	Met name op niet-medische afdelingen wordt pre- en postoperatief acute pijnstilling geboden, dat is belangrijk omdat pijn ongewenst is maar ook omdat pijn een delier kan induceren. Er zijn aanwijzingen dat Dipidolor (een afgeleide van piritramide) vaker verwardheid/hallucinaties geeft dan bijvoorbeeld morfine. Welk pioid kan het beste worden aabevoelen voor acute kortdurende (48 hr) pijnbestrijding bij klinische ouderen? Grote prevalentie, grote implementatiegevolgen.
3	achterban	Hernieuwd, nu methodologisch goed, onderzoek naar de effecten van ACHE-I's op het delier	Gezien de pathofysiologie van het delier, m.a.g. een cholinerg deficit syndroom lijkt mij hernieuwd onderzoek hiernaar, bijvoorbeeld multi-center op onze afdelingen zeer de moeite waard
4	achterban	Wat is de effectiviteit van behandeling met antipsychotica (haloperidol, risperidon) in vergelijking met placebo ter preventie van een delier bij ouderen?	Een delier is een veel voorkomend probleem bij ouderen met ernstige gevolgen. Voor effectiviteit van een preventieve medicamenteuze behandeling is weinig bewijs. Tevens is onduidelijk welke patiënt at risk is en mogelijk voordeel kan hebben van een preventieve medicamenteuze behandeling
5	achterban+richtlijn delier	<b>Wat is de effectiviteit van haldol in vergelijking met placebo bij de behandeling van</b>	4. Wat is optimale dosering en frequentie? 3x1 mg? 2x1mg? 3x0,5mg + 1x1mg? Wat is optimale afbouwschema?

		<b>delier?</b>	5. wat is het effect van antipsychotica en andere psychofarmaca op de behandeling van een delier
6	achterban +richtlijn delier	<b>Wat is de effectiviteit van preventief haldol om delier te voorkomen?</b>	<p>1. Is medicamenteuze profylaxe (bv haldol) zinvol bij verhoogd delierrisico, en zo ja, welke dosering en hoe lang van te voren (voor opname/ingreep etc) starten</p> <p>2. Vraagstellingen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- preventief haldol bij patiënten met cognitieve stoornissen/dementie of delier in VG bij andere operatieve ingrepen dan heupoperaties? Welke dosering, welke duur?</li> <li>- preventief haldol bij patiënten met cognitieve stoornissen/dementie of delier in VG bij ernstige ziekte (bij sepsis?)</li> </ul> <p>4. Delierpreventie wordt veel toegepast in het MCA. Als de geriater geen haldol voorschrijft, doet de anesthesioloog. Wat is de meerwaarde van haldol ter preventie van delier tov placebo.</p> <p>5. En ook, hoeveel zou je dan moeten geven. Gevoelsmatig zou je effect verwachten, maar het zou prettig zijn als dit ook evidence based is.</p> <p>richtlijn: Momenteel is het echter onbekend welke lange termijn effecten behandeling met antipsychotica en benzodiazepines hebben op de fase tijdens en na het doormaken van een delier. Wanneer en welke profylactische middelen dus het best gegeven kunnen worden is niet bekend. Ook is de vraag naar hoelang en in welke dosering een profylaxe eventueel moet worden gebruikt nog niet beantwoord.</p>
7	achterban	Wat zijn effectieve behandelmethoden voor een chronisch delier? Wat zijn risicogroepen voor een chronisch delier en wat kan er preventief nog (extra) gedaan worden?	
8	achterban	Wat is de invloed van niet-medicamenteuze interventies, ten opzichte van medicamenteuze interventies in de behandeling van delier?	Niet-medicamenteuze behandeling van delier (zoals rooming-in, oriëntatiepunten) zijn erg belangrijk naast medicamenteuze behandeling. Om dit ook meer en beter op andere afdelingen te kunnen instellen (bijvoorbeeld in een consulten setting), zou het handig zijn om ook een uitspraak te kunnen doen over het belang en uitkomst van de niet medicamenteuze adviezen.
9	achterban	Is de PACSLAC-D een valide screeninginstrument voor het meten van pijn bij patiënten met een delier, dementie, afasie in het ziekenhuis?	Ivm VMS thema pijn worden alle patiënten in het ziekenhuis gescreend op pijn. Het probleem is dat de VAS/NRS ook gebruikt wordt voor patiënten met communicatieve beperkingen zodat er geen betrouwbaar beeld ontstaat. Er bestaat geen gevalideerd screeninginstrument voor deze groep patiënten die zijn opgenomen in het ziekenhuis. De pacslac-d is gevalideerd binnen de V & Vn sector, maar lijkt ook een bruikbaar instrument voor het ziekenhuis.
10	achterban	<p>1. Wat is de invloed van het corrigeren van een anemie op het beloop van een delier.</p> <p>2. helpt bloedtransfusie bij anaemie bij patiënten met een delier?</p>	<p>1. Anemie wordt genoemd als risicofactor van delier. In hoeverre geeft correctie hiervan een positief effect op het delier?</p> <p>2. maw; moet je bij delirante patiënten met een delier en anaemie transfunderen? (vanuit de gedachte dat de anaemie een delier kan onderhouden) En bij welk Hb dan? (snijdende specialisten vinden een Hb van 5 acceptabel, wellicht zou de grens bij ouderen hoger moeten zijn.</p>
11	achterban	Bij chronische alcoholici: na hoeveel tijd van alcoholabstinentie is maximaal neurocognitief herstel	Van belang bij de diagnostiek van hersenschade na alcoholabusis: we hanteren daarvoor nu drie maanden geen alcoholgebruik; daarna wordt een NPO verricht. Desalniettemin zie ik vaak dat patiënten zelfs nog na die tijd behoorlijk kunnen verbeteren. Is er evidence hierover?

		opgetreden? Idem na een delier.	
12	achterban	Is er plaats voor delierprofylaxe bij Parkinsonpatiënten?	Met de HARPOONstudie van de VU (waar wij als JBZ nu ook als centrum zijn toegevoegd) gaan we kijken naar de effectiviteit van haloperidol profylaxe bij oudere SEH patiënten. Is er ook een plaats voor delierprofylaxe bij Parkinsonpatiënten? En zo ja met wat dan? Clozapine, Quetiapine of Rivastigmine?
13	CSO	Welke screeningsinstrumenten (VMS, Kalisvaart) zijn effectief om risico op delier in te schatten? Is een ranking aan te brengen?	Nav uitzending Zembla over onveilige ziekenhuizen. Noodzaak dat deze problematiek onder de aandacht is van elk ziekenhuis. Gestructureerde aanpak en samenwerking en good practise aan te bevelen.
14	richtlijn delier	Evaluatie van de post-delier zorg, met de nadruk op lange termijn uitkomsten	
15	Richtlijn delier	Delier in het verpleeghuis met nadruk op prevalentie en incidentie, en het effect van gestructureerde psychiatrische en somatische diagnostiek en daaruit voortvloeiende behandeling op het beloop en de uitkomsten van delier.	
16	Richtlijn delier	Wat zijn behandelbare risicofactoren?	In deze richtlijn wordt gepleit voor meer onderzoek naar behandelbare risicofactoren.
17	Richtlijn delier	Wat is de effectiviteit van routinematig screenen op delier?	Meer onderzoek naar de voor- en nadelen van dit routinematig screenen op een delier is wenselijk.
18	Richtlijn delier	Wat is de effectiviteit van nascholing?	Het is nog niet onderzocht hoe deze nascholing het beste verzorgd kan worden, bijvoorbeeld door middel van e-learning of hoorcolleges, etc..
19	Richtlijn delier	uitkomst functieverlies na doorgemaakt delier	Multicomponent interventies: Er is weinig onderzoek naar de uitkomst functieverlies van de patiënt na een doorgemaakt delier.
20	Richtlijn delier	beschrijving goede nazorg t.b.v. risico's nieuw delier en prognose doorgemaakt delier	Evenals studies naar een goede nazorg voor en analyse van patiënten met een doorgemaakt delier om zo de risico's op een nieuw delier en de prognose van een doorgemaakt delier nauwkeurig in kaart te kunnen brengen.
21	Richtlijn delier	Wat is de effectiviteit van medicamenteuze behandeling bij patiënten met pre-existente cognitieve stoornissen en veel comorbiditeit?	De doelgroep die de medicatie gebruikt, vaak patiënten met pre-existente cognitieve stoornissen en veel comorbiditeit, niet geïncludeerd in de meeste studies en weten we nauwelijks iets over het effect van de behandeling in deze groep.
22	Richtlijn delier	Wat is de effectiviteit van medicamenteuze behandeling op lange termijn van delier?	Tot nog toe is vooral gekeken naar het effect van de behandeling van delier op de ernst en duur van delier. Echter van belang is ook of de uiteindelijke prognose op lange termijn verbetert door goede behandeling. Haloperidol wordt regelmatig subcutaan toegediend zonder dat hierover in de literatuur



			informatie over terug te vinden is.
23	Richtlijn delier	Patiëntenperspectief: wat is de effectiviteit van een behandelcoördinator en evaluatiegesprek voor en na ontslag ziekenhuis?	Tevens wordt het aanwijzen van een behandelcoördinator geadviseerd, evenals een evaluatiegesprek voor en na ontslag uit het ziekenhuis. Onduidelijk is of de kwaliteit van zorg hierdoor verbetert.
24	Richtlijn delier	lange termijn uitkomsten	Echter er zijn onvoldoende argumenten voorhanden om aan te nemen dat resultaten gevonden in het algemeen ziekenhuis en psychiatrisch ziekenhuis in grote lijnen niet zouden gelden in de lange termijn zorg. Meer onderzoek in de lange termijn zorg is dringend nodig om dit te toetsen.



## Groep 4 – Kwetsbaarheid en Organisatie van zorg

#	Bron	Kennishiaten	Toelichting
<b>Kwetsbare ouderen</b>			
1	achterban	1. welke screeningstool is nu eigenlijk het beste om kwetsbare ouderen te identificeren? 2. screening "kwetsbare ouderen" / VMS bundel	Validatie van een screeningsinstrument voor opsporen van de risico ptn mbt functieverlies. VMS bundel is natuurlijk heel veel ingevuld, dus er moet een schat aan info zijn
2	achterban	Getrapt model medebehandeling: 1. welk triage-instrument heeft de voorkeur om kwetsbare ouderen (VMS+) te identificeren waarbij een klinisch geriatrisch consult een meerwaarde heeft? 2. meerwaarde geriater hoofdbehandelaar alle 85plussers in een algemeen ziekenhuis 3. Wat is de meerwaarde van structurele geriatrische medebehandeling ten opzichte van gebruikelijke zorg met consultatie op afroep door de klinisch geriater voor andere pt groepen dan orthogeriatricie?	4. Welke in het ziekenhuis opgenomen ouderen op een niet geriatrische afdeling hebben baat bij een aanvullend op voorkomen van fucntieverlies gerichte interventie door de afdeling zelf, en bij welke patiënten moet de geriater in consult komen
3	achterban	Effecten advanced care planning bij kwetsbare ouderen	er moet denk ik veel meer en in een veel vroeger stadium worden gepraat met kwetsbare ouderen over wat ze wel/niet willen in de toekomst, wat hun levensvisie is. Bv is het gewenst om een demente patiënt met pneumonie te curatief te behandelen en/of naar het zkh te sturen. Argument om deze gesprekken nu niet (of onvoldoende) te voeren is tijd/kosten. Ik denk dat het behalve kwaliteit van zorg ook tijd en geld scheelt.
4	achterban	Welke criteria vormen een harde medische reden voor een niet-reanimeren afspraak gedurende ziekenhuisopname?	Recente richtlijn van Verenso richt zich op reanimatie buiten het ziekenhuis, hetgeen toch wezenlijk anders is dan een in-hospital hart- of ademstilstand. Omdat hulp daar sneller geleverd kan worden, kunnen uitkomsten van reanimatie binnen het ziekenhuis beter zijn. Tav veelgenoemde redenen van niet-reanimeren: zijn er harde criteria aan te geven mbt ernst van bv degeneratieve hersenziekten en kanker, waarbij reanimeren "medisch niet zinvol" is?
5	achterban	Welke criteria vormen een harde medische reden om niet tot opname op de intensive care over te gaan?	Behandeling van geriatrische patiënten op de intensive care vormt vaak een discussiepunt tussen de verschillende medische specialismen: in welke situaties is dit nog medisch zinvol?
6	achterban	Wat is de waarde van de richtlijn palliatieve sedatie bij ernstige psychiatrische problematiek in kader van neurodegeneratieve of neuro-oncologische ziekten	Wat is de waarde van de richtlijn palliatieve sedatie bij ernstige psychiatrische problematiek in kader van neurodegeneratieve ziekten of oncologische hersenaandoeningen indien fysiek nog in relatief goede conditie? In dit geval is vaak sprake van een levensverwachting van 2 weken maar wel van een refractair symptoom. In dat geval kan niet worden overgegaan tot palliatieve sedatie.
7	achterban	Effect van standaard cognitieve screening op polikliniek geriatricie in kader van CGA	uitkomst: kwaliteit van zorg, kwaliteit van leven

8	achterban +richtlijn CGA add	Wat is de meest optimale "vorm en maat" van het CGA bij medebehandeling? (uitgebreid vs beperkt en verpleegkundige vs geriater)	bv uitgevoerd door vpk specialist of klinisch geriater uitgebreidheid kosteneffectiviteit?
9	richtlijn CGA add	Wat is de voorspellende waarde van klinische meetinstrumenten binnen Nederlandse situatie?	
10	richtlijn CGA add	Wat is de meerwaarde van een klinisch geriatrisch consult of medebehandeling bij subgroepen (bv cognitieve stoornissen)?	Ook is er een kennislacune met betrekking tot de vraag of subgroepen (bijvoorbeeld mensen met cognitieve stoornissen) verschillen met betrekking tot risico's op negatieve uitkomsten en daarom meer dan andere groepen baat hebben bij geriatrische consultatie of medebehandeling. Ook kan de effectiviteit van geriatrische consultatie of medebehandeling afhangen van meer organisatorische aspecten, zoals het feit of er al dan niet een geriatrische afdeling in het ziekenhuis aanwezig is. Middels onderzoek of betreffende factoren de meerwaarde van het klinisch geriatrisch consult beïnvloeden, kan er bepaald worden in welke specifieke situaties de inzet van een geriater in consult of medebehandeling gewenst is.
11	richtlijn CGA add	Wat is de meerwaarde van structurele geriatrische medebehandeling tov gebruikelijke zorg met consultatie op afroep door de klinisch geriater voor deelpopulaties binnen de verschillende ziekenhuisafdelingen?	
12	richtlijn CGA add	Op welke wijze moet het nazorgtraject tot stand komen, en wat is de gewenste invulling hiervan (zoals transitionele zorg)?	
13	achterban	Wat zijn voorspellende factoren voor de uitkomsten bij colonchirurgie bij de geriatrische patiënt en wat is de effectiviteit van een CGA in deze populatie?	
14	achterban	Frailty: effectieve en doelmatige triage voor integrale zorg/CGA?	Er is geen richtlijn op het gebied van 'frailty' en er is nog geen enkele trial die heeft onderzocht of en zo ja welk frailty instrument gebruikt kan worden bij triage voor integrale geriatrische zorg. Wederom een kernpunt van ons handelen.
15	richtlijn CGA	Heteroanamnese: welke informantvragenlijst heeft de voorkeur?	
16	richtlijn CGA	Wat is de validiteit van de Katz ADL-schaal?	Ondanks algemene acceptatie van de Katz ADL-schaal is de validiteit in slechts weinig studies onderzocht en matig in vergelijking met andere vragenlijsten.
17	richtlijn CGA	Wat is de validiteit van de IADL-schaal van Lawton & Brody?	De validiteit van de IADL-schaal van Lawton & Brody is slechts beperkt beschreven.
18	richtlijn CGA	Wat is de effectiviteit van een ECG bij geriatrische patiënten?	Er zijn aanwijzingen dat het zinvol is om bij geriatrische patiënten een ECG af te nemen, omdat frequent afwijkingen ontdekt worden die nog niet eerder bekend waren.

19	achterban +richtlijn CGA	Wat is de optimale screeningsstrategie om te beoordelen welke patiënten in aanmerking komen voor het CGA?	
20	achterban	Wat is de waarde van functionele testen bij de oudste oudere patiënt in relevante klinische settings?	Het in kaart brengen van het functioneren van geriatrische patiënten is een belangrijk onderdeel van de geriatrische werkwijze. Het uitvoeren van functionele testen (knijpkracht, looptest, TGUG) is in epidemiologische studies uitgebreid onderzocht en een slechte prestatie is geassocieerd met een slechtere uitkomst. Klinische studies tonen dezelfde associatie. Een functionele biomarker is mogelijk een tool waarmee biologische leeftijd meetbaar en dus objectiveerbaar wordt. Dit kan een hulpmiddel zijn bij prognosticeren van patiënten met complexe gezondheidsproblemen, zoals kanker op oudere leeftijd, dialyseren op hoge leeftijd etc.
21	achterban	QOL: wat is een goed bruikbaar en valide instrument bij kwetsbare ouderen/ in de kl geriatrie?	Zowel richtlijnen als verzekeraars willen van kwaliteit van leven-maten een uitkomstmaat maken (of een kwaliteitsindicator) en daar ook financiering op richten (zie mail Robbert Huismans, onderstaand, waar ik nog op zal reageren). Er is echter geen bewijs van een causale relatie tussen interventies en QOL met gangbare instrumenten gemeten en ook de responsiviteit hiervan is niet bekend. Dit zijn elementaire stappen voor verdere invoering van QoL als uitkomstmaten in onze praktijkvoering.
22	achterban	Meer fundamenteel: geriatrische syndromen als "final common pathway" van verstoorde humorale feedback systemen	Interessant dat interleukines, zoals TNF alfa, cytokines, maar bijv ook Vit D niet allen betrokken zijn bij delier en cognitie, maar ook bij hartfalen, sarcopenie etc.
23	achterban	Wat is de interactie tussen verschillende geriatrische syndromen, zoals bv. dementie en frailty?	Bij geriatrische patiënten komen syndromen zoals dementie en frailty vaak gelijktijdig voor. Het is onbekend wat de samenhang tussen deze syndromen is (hebben ze bijv. een overeenkomstige onderliggende oorzaak, bv cerebral small vessel disease?) en wat de effecten van het gelijktijdige voorkomen is op de prognose (prognose dementie bijv. slechter indien tevens frail?).
24	achterban	Wat zijn determinanten van de prognose na ziekenhuisopname?	Zeker bij ernstige aandoeningen is het van belang om die uitkomsten te kennen om patiënten en naasten gedegen voor te lichten over toekomst en zo behandeling daarop af te stemmen. voorbeeld is de studie: overleving en functionaliteit na sepsis bij 80 plussers, waarbij we alle patiënten met infectie en tekenen van sepsis includeren. Op den duur kunnen we dan beter voorspellen wat de outcome is.
25	achterban	Screeningstool voor preoperatieve beoordeling door de geriater	Bij welke ouderen moet de klinisch geriater preoperatief in consult komen in verband met een hoog risico op functieverlies.
26	NPCF	Kan een geriatrisch assessment helpen bij beslissingen of een behandeling nog zinvol is bij een oude en fragiele patiënt?	

Organisatie van zorg			
1	achterban	Wat is de meerwaarde van een geriatrische trauma unit?	
2	achterban	1. meerwaarde participatie geriater in 1e lijns MDO kwetsbare ouderen 2. geriater in 1e lijn 3. herkenning van rode vlaggen in de eerste lijn zodat opnames kunnen worden voorkomen	2. Hoe geef je consultatie door de klinisch geriater in de eerste lijn vorm en welke ouderen komen daarvoor in aanmerking
3	achterban	1. Voor oudere patiënten opgenomen binnen de GGZ: Is de inzet van de klinische geriatrie binnen de GGZ patiëntvriendelijk, kosteneffectief en vooral kwaliteitsverbeterend? 2. kwetsbaarheid in de ouderenpsychiatrie 3. frailty in de GGZ; Wat is prevalentie en incidentie en beloop van (fysieke) frailty in de groep ouderen "ernstige psychiatrische aandoeningen"	1. somatische zorg binnen de GGZ kan op verschillende manieren worden vormgegeven; te denken valt aan de inzet van een huisarts, inzet van een consulent interne geneeskunde; geen aanvullende somatische zorg met goede afspraken met een nabijgelegen SEH 2. Er zijn steeds meer aanwijzingen dat kwetsbaarheid, comorbiditeit en functionele achteruitgang een relatie hebben tot het krijgen van, maar ook de uitkomst van behandeling met depressie. Studies gaan allen over depressie uitkomst en beperken zich tot medicatie of psychotherapie. Geïntegreerde behandeling van zowel de geriatrische als psychiatrische problematiek samen zou onderzocht moeten worden op zowel depressie, kwaliteit van leven, mantelzorgbelasting, als functionele uitkomstmaten. 3. Patiënten met een chronische psychiatrische aandoening hebben een kortere levensverwachting vermoedelijk op grond van verschillende factoren. We weten weinig over welke interventies (vb leefstijlverandering, regelmatige somatische screening, scholing van somatici, etc) deze oversterfte uiteindelijk kunnen reduceren.
4	achterban	Geriatrische revalidatie	Echte klinisch geriatrische revalidatie internationaal is revalidatie snel na een acuut event, gekoppeld aan een algemene ziekenhuis, waar de nog niet stabiele geriatrische problematiek adequaat gediagnosticeerd en behandeld kan worden. duur is enkele weken. Daarna gaat meerderheid van patiënten naar huis en enkeling naar langer durende revalidatie in verpleeghuis. Wat we nu in Nederland gedaan hebben is de naam geriatrische revalidatie koppelen aan wat eigenlijk verpleeghuisrevalidatie is, maar zonder de know how en faciliteiten die geriatrische revalidatie zou moeten hebben. We hebben geen idee over uitkomsten. ik zou graag onderzoek doen naar effectiviteit en doelmatigheid van wat ik de echte geriatrische revalidatie noem versus wat nu in Nederland geriatrische revalidatie is. Daarbij moeten we verschillende doelgroepen voor ogen houden en in ketenzorg denken. Maar zoals we het nu organiseren kost het vele geld, houden we onvoldoende rekening met de individuele patiënt. In de Maartenskliniek gaan we in ieder geval met de grote zorgaanbieder hier op gebied van geriatrische revalidatie kijken of we meer in de keten kunnen doen: De echt kwetsbaren oudere stabiliseren en de oudere die eigenlijk veel intensievere revalidatie aan kan naar ons revalidatie centrum. Beide dan in de Maartenskliniek.

5	achterban	Pay for performance: een doelmatige route van kwaliteitsverbetering? Ook in de geriatrie?	Overkoepelend: we missen bewijs dat een systeem van pay-for-performance, waar de richtlijnen en overheid naar toe wil (en die nu ook het kennisinstituut lijkt te omarmen) ook echt verbetering van kwaliteit van zorg en doelmatigheid oplevert, zeker voor kwetsbare ouderen. Dat is noodzakelijk voordat we op die manier kwaliteitsindicatoren voor passende zorg gaan gebruiken. Zie ook: BMJ 7 mrt Setting performance targets in pay for performance programmes: what can we learn from QOF? Tim Doran, Evangelos Kontopantelis, David Reeves, Matthew Sutton, and Andrew M Ryan. Aanvullende trials en pilots zouden voor de klinische geriatrie, gelet op de lijn die de verzekeraars willen lopen (zie Huismans) zeker wenselijk zijn.
6	NPCF	Wat is de bijdrage van gedeelde besluitvorming/samen beslissen aan kwaliteit van leven?	
7	NPCF	Op welke wijze kan de afstemming verbeterd worden tussen klinische geriatrie en de 1ste lijn (huisarts/wijkverpleegkundige)?	
8	IgZ	Welke aanpassingen moeten er worden gedaan aan normen en richtlijnen op het moment dat deze toegepast moeten worden op kwetsbare ouderen?	veel literatuur en onderzoek zijn beperkt toepasbaar op kwetsbare ouderen omdat onderzoek ontbreekt. Zijn er generieke aanpassingen mogelijk op het moment dat een richtlijn voor algemeen gebruik ook op hogere leeftijd wordt gebruikt. (bijvoorbeeld op het gebied van indicatiestelling, informed consent, risk benefit etc.)
9	IgZ	Welke vorm van coördinatie is wenselijk en haalbaar bij de zorg voor kwetsbare ouderen op het moment dat zij een complexe behandeling ondergaan?	Veel ingrijpende behandelingen worden in toenemende mate uitgevoerd bij kwetsbare ouderen. Dit stelt extra eisen aan bijvoorbeeld coördinatie van zorg op het gebied van o.a. indicatiestelling, optimale voorbereiding etc. Er is meer aandacht voor dit probleem, maar dit heeft nog niet geleid tot een helder model. Er is onvoldoende kennis over de wijze waarop dit moet worden ingevuld. Aanvulling: Betrekken van geriater voorafgaand aan de start van de behandeling (bijv. operatieve ingreep) draagt bij een betere afweging en besluitvorming over aard, wijze, tijdstip en doorloop van een behandeling.
10	IgZ	Welke eisen moet worden gesteld aan verpleegkundige deskundigheid bij de zorg van kwetsbare ouderen?	Uit onderzoek IGZ blijkt dat kennis en kunde mbt tot verpleegkundige handelen bij kwetsbare ouderen onvoldoende aanwezig is. Vaak is kennis gericht op een specialisme en niet op de specifieke behoefte van de kwetsbare oudere met bijv. comorbiditeit
11	IgZ	Welke eisen moeten worden gesteld aan de klinische behandeling van kwetsbare ouderen?	In praktijk is de wijze van organisatie van poliklinische en klinische capaciteit meestal specialisme georiënteerd en niet georganiseerd vanuit de behoefte van de kwetsbare oudere. In sommige ziekenhuizen is een afdeling geriatrie gecreëerd waar alle specialismen bij betrokken zijn en de zorg vanuit de behoefte van de specifieke patiënt wordt georganiseerd.
12	CSO	Moet alles wat kan binnen de SEH?	Steeds meer SEH's worden gesloten, oudere patiënten op de SEH krijgen vaker behandelingen waar ze wellicht op de langere duur niet bij gebaat of geholpen zijn. Triage op de SEH en wanneer en met wie neem je besluiten over hetgeen moet en kan. Wat is de rol daarin voor de klinisch geriater. Is op



			elke SEH de beschikking over een klinisch geriater en wat is de toegevoegde waarde daarvan voor de kwaliteit van de geleverde zorg.
13	CSO	Ketenzorg rondom multimorbiditeit: welke samenwerking is het meest effectief in het licht van de op handen zijnde wets hervormingen en decentralisatie?	Ouderen zullen in hun eigen thuisomgeving zorg gaan ontvangen, wie coördineert, wie werkt met wie samen om de zorg rond de oudere patiënt zo effectief mogelijk in te zetten.
14	CSO	Shared Decision Making: hoe in de praktijk te brengen bij geriatrische patiënten?	Kaderhuisarts ouderengeneeskunde Marjolein van de Pol heeft een mooi model ontwikkeld. Wordt dit gemeengoed en hoe lukt het om dit model op te schalen?
15	CSO	Inzet van e-health door klinisch geriaters bij geriatrische patiënten? Wat is de toegevoegde waarde, wat is haalbaar en vergroot het de kwaliteit van leven?	Ouderenorganisaties zijn met departement in gesprek om E-health doelstellingen te realiseren die bijdragen aan verhoging van de kwaliteit van leven. Wat doen klinisch geriaters op dit terrein? En is dit noodzaak of nutteloos in de geriatrie?



## Groep 5 – Oncologie, Urologie, Infectie en Overig

#	Bron	Kennishiaten	Toelichting
<b>Oncologie</b>			
1	achterban	Wat is de kans op overlijden aan palliatieve chemotherapie bij een kwetsbare ouderen tov de bestudeerde populatie? Suggestie van grootste patiëntengroepen: colon/rectum, long, mamma tumoren. Wat is het natuurlijk beloop bij kwetsbare ouderen met kanker (colon, mamma, long)?	Is er een soort rekenmodel te maken waarin je een aantal kwetsbaarheidsfactoren kan toevoegen om de kans op overlijden aan chemo (of andere palliatieve therapie) in te schatten. Anders gezegd hoe verhoudt de number needed to treat zich tov de number needed to harm. Gevoelsmatig zou dit wel eens ongunstig kunnen uitpakken bij de aller-kwetsbaarste. met een NNH> NNT. Dit beantwoorden zou enorm helpen in Shared Decision making rondom palliatieve vraagstukken.
2	achterban	<b>PROGNOSE:</b> Wat is de prognostische betekenis van geriatrische problemen voor een oncologische behandeling? Wat zijn de functionele uitkomsten van oncologische behandelingen bij ouderen en kan een geriater de uitkomsten van oncologische behandelingen veranderen?	1. Wij zetten oncologische poli's op zonder dat er valide screeningsinstrumenten zijn en er veel onduidelijkheid is over de interventies en consequenties. 5. Het begint mi bij correcte "normaal"-waarden, of "optimaal"-waarden van laboratorium-parameters, maar ook van biometrische parameters. Deze zijn soms niet alle voor alle leeftijds-cohorten gelijk. Ik denk dan aan het opstellen van referentiewaarden per decade. Voorbeelden zijn: TSH en cholesterol op hoge leeftijd. De actuele wetenschap geeft ons overlevingstabellen( waarvan wij nu weten dat ze bijna altijd achterlopen op de ontwikkeling), maar deze gelden voor de bevolking als geheel, en niet voor degene in je spreekkamer of kliniek. Wat we nodig hebben is de verwachte overlevingsduur resp de ziekte-impact van bijv. een 90 jarige man die nooit wat heeft gemankeerd, een 90-jarige met sinds 15 jaar diabetes type 2, met hartfalen, met Alzheimer, of combinaties daarvan. Zoiets als de Frax: een : " Qualy-predictor"
3	achterban	Dosering oncologische medicatie/behandeling i.h.a. bij ouderen e/o geriatrische patiënten? Toespitsen op colon, long, mamma tumoren.	
<b>Urologie</b>			
1	achterban	1. Wat is het effect van catheteriseren versus niet catheteriseren bij een blaasresidu op eindpunten urineweginfecties, nierfunctiestoornissen, delieren? +Vanaf welke hoeveelheid blaasresidu worden voordelen gezien? 2. Uitnemen van een CAD na langdurige blaasretentie: antibioticum paraplu? / na hoeveel tijd een 1e poging? Hoe verder als na 1 poging recidief optreedt?	Bij veel kwetsbare ouderen is sprake van een blaasresidu. Er is weinig/ geen onderzoek naar het effect van wel of niet catheteriseren en vanaf welke hoeveelheid. Er worden veel catheters geplaatst in ziekenhuizen. De vraag is of dit voordelen heeft of juist schade oplevert. Meer of juist minder uwi's, delieren, nierfunctiestoornissen.
2	achterban	Hoe lang moet UWI behandeld bij oudere mannen (niet-prostatitis en zonder CAD)	
3	achterban	Behandeling blaaskrampen bij kwetsbare oudere waar anticholinergica gecontraïndiceerd zijn	

4	achterban	1. Het is niet bekend of ouderen met een CNS VI gebaat zijn bij een stringente naleving van de richtlijn nierfalen 2. Wat zijn voorspellende factoren voor de uitkomst van dialyse bij de geriatrische patiënt en wat is de effectiviteit van een CGA in deze populatie?	1. Denk bijvoorbeeld aan het advies om het fosfaat te verlagen bij deze aandoening. Bij jongere patiënten is dat met het oog op de atherosclerose een zinvolle behandeling, echter onduidelijk is of ouderen ook gebaat zijn bij deze therapie, ten eerste is de levensduur beperkter en zal behandeling leiden tot polyfarmacie.
<b>Infectie</b>			
1	achterban	1. Antibiotica op geriatrische afdelingen en in verpleeghuizen, resistentie etc 2. EBM behandeling pneumonie bij oudere.	
<b>Overig</b>			
1	achterban	Aids en onze doelgroep	nu aids een chron ziekte is, zullen wij dit ook gaan tegenkomen zowel somatische, cognitieve en mogelijk psychiatrische beelden
2	achterban	Presentatie van klachten bij allochotone ouderen	komen we ook meer en meer tegen: verschil met westerse presentatie Afhankelijk waar het ziekenhuis gevestigd is, zal dit voor sommige vakgroepen geriatrie meer of minder van toepassing zijn, maar de 1e generatie gastarbeiders uit de jaren '60 wordt nu ook ouder met navenante problematiek.
3	achterban	Wat zijn referentiewaarden voor Hb bij ouderen?	Referentiewaarden zijn bepaald in grote groepen uit populatie (met weinig ouderen). Er is eigenlijk geen rationaliteit voor verschillende referentiewaarden voor mannen en vrouwen bij ouderen (aangezien oudere vrouwen niet meer menstrueren) Welke waarden zijn gerelateerd aan hoger risico op sterfte?

