



Verenso Wetenschapsagenda

Colofon

Dit is een uitgave van Verenso, vereniging van specialisten ouderengeneeskunde

Disclaimer

Alles uit deze uitgave mag gebruikt worden met bronvermelding voor publicatie. Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die desondanks onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden de auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Aan deze publicatie kunnen geen rechten worden ontleend.

Uitgave

© Verenso, 2018

Ontwerp

Het Lab ontwerp + advies, Arnhem

Samenstelling van de werkgroep

Werkgroep:

- drs. K.M (Karin) Barmentlo-Andringa, aios ouderengeneeskunde, VOSON Nijmegen
- drs. I.J. (Isette) du Burck, specialist ouderengeneeskunde, Careyn Vinkeveen
- drs. A.H. (Annelore) van Dalen-Kok, specialist ouderengeneeskunde, Florence Den Haag, promovendus Public Health en Eerstelijngeneeskunde, LUMC Leiden
- dr. R.H.P.D. (Rogier) van Deijck, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts palliatieve zorg, Stichting Zorggroep Noord- en Midden-Limburg Venlo
- drs. W.S. (Willemijn) van Erp, specialist ouderengeneeskunde en promovendus Radboudumc Nijmegen
- drs. L.E.J.M. (Laura) Joosen, specialist ouderengeneeskunde, Rivas Gorinchem
- dr. S.J. (Susanne) de Kort, specialist ouderengeneeskunde, Topaz Leiden
- drs. M.H.A. (Martine) van der Pas, specialist ouderengeneeskunde, Neboplus Barneveld
- drs. C.A.M. (Karin) Pouw, aioto-ouderengeneeskunde, Amsterdam UMC, locatie VUmc, Amsterdam
- dr. A.A.L.M. (Armand) Rondas, specialist ouderengeneeskunde, MSc in Wound Healing and Tissue Repair (Cardiff, UK), Kenniscentrum Wondbehandeling Stichting Zorggroep Noord- en Midden-Limburg Venlo, senior onderzoeker, vakgroep Health Services Research, Caphri-Care and Public Health Research Institute, Universiteit Maastricht
- drs. Z.H (Zeina) Samardzic-Hamed, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts geriatrische revalidatie, Stichting Zorggroep Noordwest-Veluwe Harderwijk
- dr. A.M.J. (Mariëlle) van der Velden, specialist ouderengeneeskunde, Cicero Zorggroep Brunssum
- drs. A.E. (Annelies) Veldwijk-Rouwenhorst, aioto-ouderengeneeskunde, Radboudumc Nijmegen
- drs. D. (Dennis) Visser, aioto-ouderengeneeskunde, Amsterdam UMC, locatie VUmc, Amsterdam

Met dank aan:

- prof. dr. R.T.C.M. (Raymond) Koopmans, specialist ouderengeneeskunde, Stichting de Waalboog, Nijmegen en hoogleraar ouderengeneeskunde in het bijzonder de langdurige zorg, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Radboudumc Nijmegen
- prof. dr. J.M.G.A. (Jos) Schols, Hoogleraar Ouderengeneeskunde, vakgroep Health Services Research en vakgroep Huisartsgeneeskunde, Caphri-Care and Public Health Research Institute, Universiteit Maastricht
- prof. dr. S.U. (Sytse) Zuidema, hoogleraar ouderengeneeskunde en dementie, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, UMCG Groningen

Redactie:

- drs. M.H.A. (Martine) van der Pas (auteur)
- drs. I.J. (Isette) du Burck (auteur)
- dr. M.G.T. (Maria) Dolders (auteur, projectleider)

aios: arts in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde

aioto: arts in opleiding tot onderzoeker en specialist ouderengeneeskunde

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 Versterken wetenschappelijke basis; infrastructuur	7
1.2 Versterken wetenschappelijke basis; inhoud	7
1.3 Wetenschapsagenda	8
2 Aanpak	9
2.1 Voorbereidende activiteiten	9
2.2 Samenstelling werkgroep	9
2.3 Proces in beeld	9
2.4 Totstandkoming top 10	10
3 Resultaten	12
3.1 Top 10	12
3.2 Toelichting	12
4 Beschouwing	16
4.1 Voorbereidende activiteiten	16
4.2 Raadplegingen	16
4.3 Prioritering	16
4.4 Ontbrekende onderzoeksvragen en thema's	17
5 Aanbevelingen	18
5.1 Onderhoud Wetenschapsagenda	18
5.2 Inzicht in wetenschappelijke prestaties	18
5.3 Ontbrekende onderwerpen en vagen in wetenschapsagenda	18
5.4 Toepassing van voorhanden zijnde kennis in de praktijk	19
5.5 Infrastructuur	19
5.6 Financiering	19
Literatuurlijst	20
Bijlagen	21
Bijlage 1 Beschrijving proces	21
Bijlage 2 Online enquête	25
Bijlage 3 Lijst van 128 onderzoeksvragen	27
Bijlage 4 Reden voor verwijdering vragen	33

Samenvatting

De vergrijzing in Nederland neemt toe. Dat betekent dat de groep kwetsbare ouderen en patiënten met een complexe zorgvraag groeit, evenals het aantal van hen dat thuis blijft wonen. In dit veld is de expertise van de specialist ouderengeneeskunde onmisbaar. Om de kwaliteit van deze deskundigheid verder te ontwikkelen is meer wetenschappelijk onderzoek in en naar de ouderengeneeskunde nodig. Daarvoor is allereerst geïnvesteerd in het opbouwen van een infrastructuur om wetenschappelijk onderzoek te verrichten. De aandacht verschuift nu naar de inhoudelijke onderbouwing van het specialisme ouderengeneeskunde. Het is daarbij van belang om meer inzicht te krijgen in de kennishiaten waar specialisten ouderengeneeskunde in hun dagelijkse praktijk tegenaan lopen. Daarom heeft Verenso een wetenschapsagenda opgesteld, die bestaat uit een top 10 aan onderzoeksvragen. Doel hiervan is om specialisten ouderengeneeskunde te ondersteunen in hun beroepsuitoefening en de kwaliteit van zorg verder te verbeteren.

Methode

Ter inventarisatie van de kennishiaten vond een ledenraadpleging plaats middels een online enquête en brainstormsessies met leden in groepsbijeenkomsten. Tevens werd een analyse verricht van alle richtlijnen die door Verenso zijn gepubliceerd. De verzamelde kennishiaten werden vervolgens thematisch ingedeeld, ontdebeld en geprioriteerd. Prioritering vond plaats door de werkgroep op basis van relevantie, urgentie en haalbaarheid. Naar de geprioriteerde vragen werd een oriënterend literatuuronderzoek gedaan ter bevestiging van de actualiteit van het kennishiaat. Tevens werden als voorbereidende activiteiten een lijst van gepromoveerde specialisten ouderengeneeskunde gemaakt en lopende onderzoekslijnen geïnventariseerd.

Resultaten

De werkgroep beveelt de volgende onderzoeksvragen aan om in de huidige top 10 prioriteit te geven:

- Wat is het effect van medicamenteuze interventies (waaronder methylfenidaat) op apathie bij patiënten met dementie (met name de ziekte van Alzheimer)?
- Wat zijn de kosten en baten (kwantitatief en kwalitatief) van de producten die de specialist ouderengeneeskunde levert bij kwetsbare ouderen in de eerste lijn?
- Wat is het effect van geriatrische revalidatiezorg (klinisch, ambulante) bij patiënten met een cognitieve stoornis, en welke factoren zijn hierin van prognostisch belang?
- Welke effectieve therapeutische opties zijn er bij incontinentie die optreedt in het kader van dementie?
- Welke niet-medicamenteuze interventies zijn effectief in de behandeling van chronische pijn bij kwetsbare ouderen?
- Welke interventies zijn effectief in de preventie en behandeling van paratonie bij mensen met dementie?
- Wat is het effect van screening op diabetes mellitus bij verpleeghuisbewoners?
- Welke methoden zijn in het verpleeghuis effectief bij (vroeg)diagnostiek en behandeling van spasmen na CVA?
- Welke patiëntgebonden factoren zijn geassocieerd met een gunstige uitkomst op morbiditeit, mortaliteit en kwaliteit van leven na operatieve behandeling van een heupfractuur bij verpleeghuisbewoners?
- Wat is de optimale behandelduur en dosering van antibiotische behandeling voor urineweginfecties bij kwetsbare ouderen, op klinische uitkomstmaten, kwaliteit van leven, resolutie van klachten/klinische verschijnselen, recidiefkans en bijwerkingen?

Beschouwing

De lijst met tien onderzoeksvragen is met de grootst mogelijke zorgvuldigheid tot stand gekomen en bestaat uit de meest urgente en relevante vragen voor de beroepspraktijk van de specialist ouderengeneeskunde. Hierin ligt de toegevoegde waarde van de wetenschapsagenda. De ontbrekende thema's en vragen kunnen nog steeds in aanmerking komen. Het is dan ook belangrijk om van de wetenschapsagenda een levend document te maken.

Aanbevelingen

De wetenschapsagenda geeft meer inzicht in de door de praktijk ervaren kennis-hiaten en dient als leidraad om de verbinding te leggen tussen wetenschap en praktijk om het handelen van de specialist ouderengeneeskunde in de beroepspraktijk te versterken. De aanbevelingen richten zich op het onderhoud van de wetenschapsagenda, de samenwerking binnen de bestaande netwerkstructuren en de financiering van het wetenschappelijk onderzoek. Door in te zetten op deze aanbevelingen kan de specialist ouderengeneeskunde de best passende medische zorg blijven verlenen aan kwetsbare ouderen en patiënten met een complexe zorgvraag.

Inleiding

De vergrijzing in Nederland neemt toe. Dat betekent dat de groep kwetsbare ouderen en patiënten met een complexe zorgvraag groeit,^{1,2} evenals het aantal van hen dat thuis blijft wonen. In dit veld is de expertise van de specialist ouderengeneeskunde onmisbaar. Om de kwaliteit van deze deskundigheid verder te ontwikkelen is meer wetenschappelijk onderzoek naar de ouderengeneeskunde nodig.

1.1 Versterken wetenschappelijke basis; infrastructuur

Sinds het begin van deze eeuw promoveren jaarlijks gemiddeld twee specialisten ouderengeneeskunde. Er zijn twee initiatieven ondernomen om dit aantal te laten toenemen. Het eerste initiatief richtte zich op de versterking van de wetenschappelijke infrastructuur. Er werden samenwerkingsverbanden opgezet tussen universiteiten/universitaire medische centra en zorgorganisaties in de regio. Dit resulteerde in academische netwerken ouderenzorg. Het tweede initiatief was een regeling om de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde te combineren met het verrichten van wetenschappelijk onderzoek. De arts in opleiding tot onderzoeker en specialist ouderengeneeskunde (aioto) was hiermee een feit. Beide initiatieven zijn erop gericht de wetenschappelijke ontwikkeling in de ouderenzorg te bevorderen en te faciliteren. Met beide initiatieven is de infrastructuur om wetenschappelijk onderzoek te verrichten in beginsel aangelegd en verschuift de aandacht naar de inhoudelijke onderbouwing van het specialisme ouderengeneeskunde.

1.2 Versterken wetenschappelijke basis; inhoud

Het handelen van de specialist ouderengeneeskunde in de dagelijkse beroepspraktijk vindt voor een deel plaats op basis van aanbevelingen in richtlijnen. Deze aanbevelingen komen tot stand door weging van alle beschikbare kennis die bestaat uit praktijkervaring, meningen van experts, maar bij voorkeur uit wetenschappelijke onderbouwing. Werkgroepen lopen bij de wetenschappelijke onderbouwing van richtlijnen vaak aan tegen een schaarste aan bewijs, specifiek van toepassing op kwetsbare ouderen en patiënten met een complexe zorgvraag. Veel wetenschappelijk onderzoek wordt gedaan onder een homogene en relatief jonge patiëntenpopulatie. De uitkomsten hiervan zijn echter niet één op één te vertalen naar kwetsbare ouderen, die regelmatig worden uitgesloten als deelnemer van genoemde onderzoeken. Daarnaast zijn er situaties die met name kenmerkend zijn voor de ouderengeneeskunde en die niet of in mindere mate tot het domein van andere specialismen behoren. Het gevolg is dat wetenschappelijk onderbouwde antwoorden op vragen die specifiek op de ouderengeneeskunde betrekking hebben, vaak ontbreken. Daarom investeert Verenso in het versterken van wetenschappelijk onderzoek in de ouderengeneeskunde.

1.3 Wetenschapsagenda

Om de wetenschappelijke basis voor het dagelijks handelen te versterken en toekomstig onderzoek zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij vragen uit de beroepspraktijk, heeft Verenso de wetenschapsagenda opgesteld. Deze bestaat uit een top 10 van onderzoeksvragen die belangrijk zijn om in de komende jaren te beantwoorden. Doel hiervan is om specialisten ouderengeneeskunde te ondersteunen in hun beroepsuitoefening en de kwaliteit van zorg verder te verbeteren. Verenso ambieert een landelijk onderzoeksprogramma waarin de geprioriteerde onderzoeksvragen worden opgenomen zodat een zinvolle bijdrage kan worden geleverd aan de zorg voor de groeiende groep (kwetsbare) ouderen en patiënten met een complexe zorgvraag in de samenleving. Door de voortschrijding van de wetenschap en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg is het van belang om de wetenschapsagenda te blijven actualiseren. De wetenschapsagenda is niet alleen een leidraad voor de verbinding tussen wetenschap en praktijk, maar ook een continue bron van relevante onderzoeksvragen. Het uitgangspunt hierbij is dat de wetenschapsagenda een levend document is en blijft.

Aanpak

Dit hoofdstuk beschrijft de voorbereidende activiteiten en de verschillende stappen die zijn gezet om te komen tot een representatieve Verenso wetenschapsagenda.

2.1 Voorbereidende activiteiten

Om inzicht te krijgen in de huidige wetenschappelijke prestaties van het specialisme ouderengeneeskunde is een overzicht gemaakt van gepromoveerde specialisten ouderengeneeskunde en werden de lopende onderzoekslijnen in kaart gebracht (bijlage 1). Verzamelde kennishiaten werden hieraan gespiegeld.

2.2 Samenstelling werkgroep

Via de wekelijkse Verenso nieuwsbrief, het voorjaarscongres, de regionale bijeenkomst in Eindhoven en de workshops van aios zijn leden van Verenso uitgenodigd te participeren in de werkgroep om deze wetenschapsagenda te ontwikkelen.

De werkgroep bestond uit zowel praktiserende specialisten ouderengeneeskunde als uit artsen in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde en artsen in opleiding tot onderzoeker en specialist ouderengeneeskunde. De hoogleraren werden uitgenodigd te participeren. Hiermee is de samenstelling van de werkgroep representatief voor de leden van Verenso.

De werkgroep herschreef kennishiaten in onderzoeksvragen. Daarna selecteerde en prioriteerde de werkgroep de onderzoeksvragen.

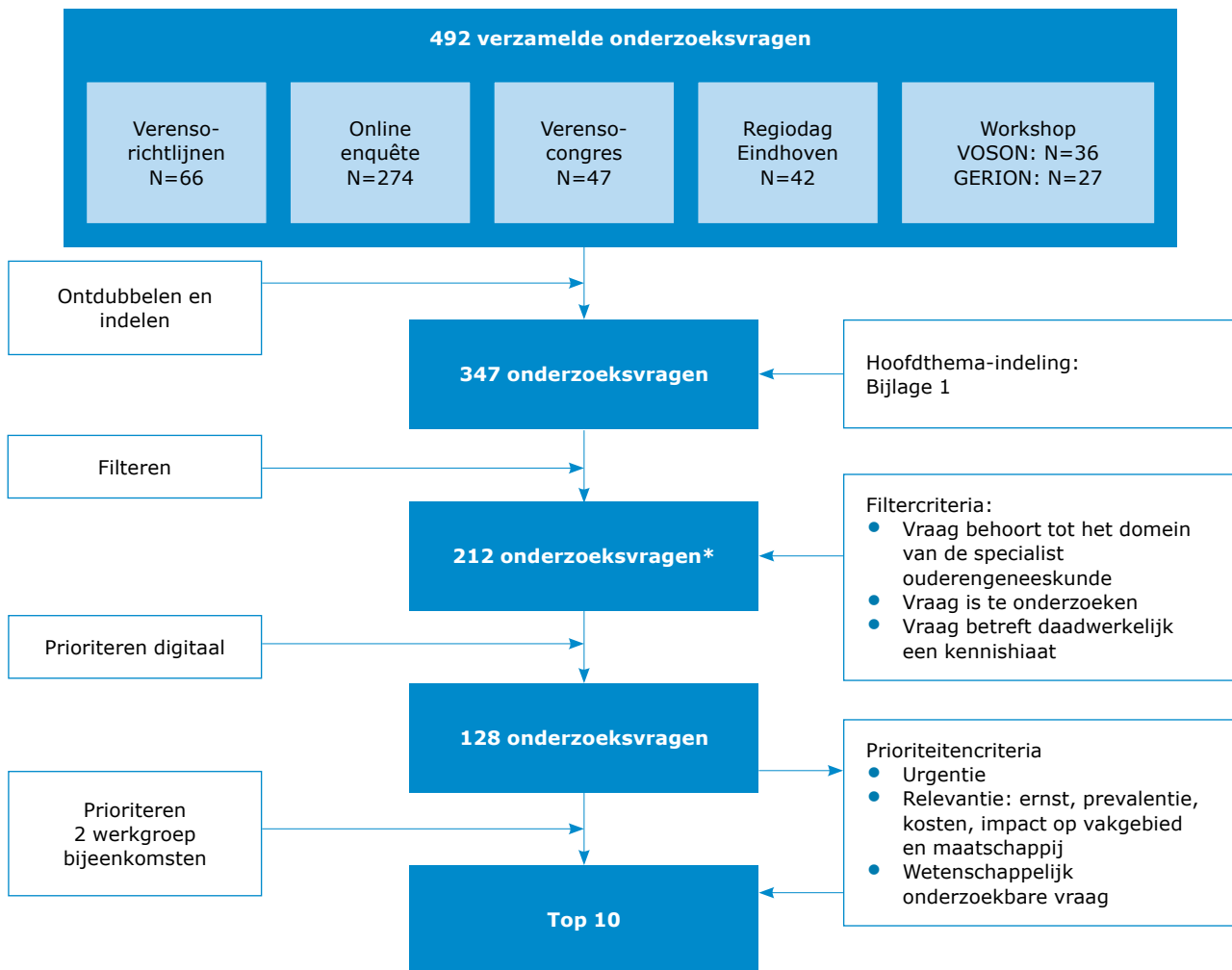
2.3 Proces in beeld

Om tot een goede waardering en prioritering van de aangedragen kennishiaten te komen, is via richtlijnen en ledenraadplegingen een inventarisatie verricht naar de voor de praktijk relevante kennishiaten. De ledenraadplegingen bestonden uit een online-enquête (bijlage 2) en diverse workshops (congres, regiodag en aios-bijeenkomsten). De 492 verzamelde kennishiaten werden ontdebeld en ingedeeld in thema's. Bij het indelen in thema's bleek dat veel vragen bij meerdere thema's pasten. Met consensus van de werkgroep is gekozen bij welk thema de vraag werd ingedeeld. Vanaf hier wordt de term hoofdthema gebruikt. Vervolgens verrichtte de werkgroep middels een filteringsprocedure een eerste selectie. Vragen die niet tot het domein van de specialist ouderengeneeskunde behoren, onvoldoende te onderzoeken zijn of niet daadwerkelijk een kennishiaat vertegenwoordigen of waarop een antwoord te verwachten is vanuit een reeds lopend onderzoek, zijn uit de lijst verwijderd. Het resultaat was een lijst van in totaal 212 onderzoeksvragen.

Vervolgens werd door de werkgroep geprioriteerd. Dit proces resulteerde in een top 10 aan onderzoeksvragen. Het proces van inventariseren, selecteren en prioriteren staat in figuur 1 schematisch weergegeven.

Voor de uitwerking van de verschillende processtappen wordt verwezen naar bijlage 1.

Figuur 1: Verzamelen en selectie van onderzoeksvragen

**Legenda**

Verklaring afkortingen:

VOSON: Vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde Nijmegen

GERION: Universitair en HBO opgeleide professionals in de ouderenzorg te Amsterdam

* lijst is opvraagbaar bij Verenso

2.4 Totstandkoming top 10

Op basis van de lijst met 128 onderzoeksvragen (bijlage 3) stelden de werkgroep-leden een top 10 samen. Dit gebeurde aan de hand van de volgende criteria: urgentie, relevantie (ernst, prevalentie, kosten, impact op vakgebied en maatschappij) en of het een wetenschappelijk te onderzoeken vraag was. De som van alle prioriteitenlijsten vormde de basis voor de uiteindelijke top 10 van onderzoeksvragen die vanwege gelijke scores uit meer dan 10 onderzoeksvragen bestond. Vervolgens zocht de werkgroep oriënterend naar recente literatuur ter bevestiging van de actualiteit van het kennishiaat. Daarop werd de top 10 van onderzoeksvragen aangepast. Het bestuur van Verenso is gevraagd of de top 10 van onderzoeksvragen een afspiegeling is van het vakgebied van de specialist ouderengeneeskunde en zij stemde hiermee in.

Vervolgens werd deze top 10 bestaande uit meer dan 10 onderzoeksvragen in twee fysieke bijeenkomsten door de werkgroep besproken om te komen tot een definitieve top 10 met 10 vragen. De hoogleraren ouderengeneeskunde werden uitgenodigd hierbij aanwezig te zijn. Het resultaat van de eerste bijeenkomst was een top 7 van onderzoeksvragen. In de tweede bijeenkomst werd de in dit document gepresenteerde top 10 samengesteld. In bijlage 4 zijn de redenen voor het verwijderen van onderzoeksvragen opgenomen. Na de tweede bijeenkomst werd één vraag verwijderd omdat het antwoord op de vraag al door onderzoek^{3,4} bekend was. Deze werd vervangen door de onderstaande onderzoeksvraag:

Wat is de optimale behandelduur en dosering van antibiotische behandeling voor urineweginfecties bij kwetsbare ouderen, op klinische uitkomstmaten, kwaliteit van leven, resolutie van klachten/klinische verschijnselen, recidiefkans en bijwerkingen?

Het bestuur en de raad van toezicht van Verenso gaven akkoord op de definitieve top 10 van onderzoeksvragen.

Resultaten

Dit hoofdstuk geeft de top 10 aan onderzoeksvragen weer die het meest relevant werden geacht voor de beroepspraktijk van de specialist ouderengeneeskunde. Tevens wordt bij iedere onderzoeksvraag een toelichting gegeven.

3.1 Top 10

Hieronder staat de definitieve top 10 van onderzoeksvragen vermeld. De werkgroep benadrukt stellig dat deze top 10 van vragen geen rangorde kent. Het zijn de 10 onderzoeksvragen die de werkgroep de hoogste prioriteit gaf.

- Wat is het effect van medicamenteuze interventies (waaronder methylfenidaat) op apathie bij patiënten met dementie (met name de ziekte van Alzheimer)?
- Wat zijn de kosten en baten (kwantitatief en kwalitatief) van de producten die de specialist ouderengeneeskunde levert bij kwetsbare ouderen in de eerste lijn?
- Wat is het effect van geriatrische revalidatiezorg (klinisch, ambulante) bij patiënten met een cognitieve stoornis, en welke factoren zijn hierin van prognostisch belang?
- Welke effectieve therapeutische opties zijn er bij incontinentie die optreedt in het kader van dementie?
- Welke niet-medicamenteuze interventies zijn effectief in de behandeling van chronische pijn bij kwetsbare ouderen?
- Welke interventies zijn effectief in de preventie en behandeling van paratonie bij mensen met dementie?
- Wat is het effect van screening op diabetes mellitus bij verpleeghuisbewoners?
- Welke methoden zijn in het verpleeghuis effectief bij (vroeg)diagnostiek en behandeling van spasmen na CVA?
- Welke patiëntgebonden factoren zijn geassocieerd met een gunstige uitkomst op morbiditeit, mortaliteit en kwaliteit van leven na operatieve behandeling van een heupfractuur bij verpleeghuisbewoners?
- Wat is de optimale behandelduur en dosering van antibiotische behandeling voor urineweginfecties bij kwetsbare ouderen, op klinische uitkomstmaten, kwaliteit van leven, resolutie van klachten/klinische verschijnselen, recidiefkans en bijwerkingen?

3.2 Toelichting

De top 10 van onderzoeksvragen weerspiegelt de hoofdthema's uit de beroepspraktijk van de specialist ouderengeneeskunde. In deze top 10 staan vragen uit de hoofdthema's psychogeriatric en gerontopsychiatrie, chronische somatiek, ouderengeneeskunde in de eerste lijn, geriatrische revalidatiezorg en overig kortdurend verblijf, incontinentie, niet-aangeboren hersenletsel, palliatieve zorg en advance care planning en het hoofdthema acute/intercurrente ziekten. Per vraag wordt hieronder een toelichting gegeven. De werkgroep geeft als algemene toelichting aan dat niet-wetenschappelijke vragen (een hoe-vraag, een vraag naar de meerwaarde van interventies) zijn omgezet naar een wetenschappelijke vraagstelling en dat op basis van de vragen meerdere (soorten) onderzoeken mogelijk zijn.

Wat is het effect van medicamenteuze interventies (waaronder methylfenidaat) op apathie bij patiënten met dementie (met name de ziekte van Alzheimer)?

Hoofdthema: psychogeriatric en gerontopsychiatrie

Nummer in lijst van 128 kennishiaten: 7

De prevalentie van apathie bij dementie in Nederlandse verpleeghuizen varieert tussen de 30% en 35%.⁵ Apathie bij dementie is het meest belastende probleemgedrag voor mantelzorgers.⁶ De ziekte van Alzheimer is de meest voorkomende vorm van dementie. De werkgroep vroeg zich af of alleen naar het effect van methylfenidaat gekeken moest worden omdat er meerdere geneesmiddelen zijn die gebruikt kunnen worden bij apathie. Daarop is besloten de vraag te veralgemeniseren tot medicamenteuze interventies. Deze vraag past binnen lopende onderzoeklijnen van de universitaire centra. Het onderzoek is zowel relevant voor het vakgebied als voor de maatschappij nu steeds meer mensen met dementie thuis willen/kunnen blijven wonen. Een oriënterend literatuuronderzoek bevestigt dat er nog weinig onderzoek is verricht naar dit kennishiaat.

Wat zijn de kosten en baten (kwantitatief en kwalitatief) van de producten die de specialist ouderengeneeskunde levert bij kwetsbare ouderen in de eerste lijn?

Hoofdthema: Ouderengeneeskunde in de eerste lijn

Nummer in lijst van 128 kennishiaten: 69

Deze vraag komt rechtstreeks uit de lijst van 128 onderzoeksvragen. De werkgroep is van mening dat deze vraag maatschappelijk zeer relevant en urgent is in het kader van het programma Langer Thuis van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.⁷ De vraag heeft impact op het vakgebied van de specialist ouderengeneeskunde. Onderzoek naar deze vraag acht de werkgroep haalbaar.

Wat is het effect van geriatrische revalidatiezorg (klinisch, ambulante) bij patiënten met een cognitieve stoornis, en welke factoren zijn hierin van prognostisch belang?

Hoofdthema: geriatrische revalidatiezorg en overig kortdurend verblijf

Nummer in lijst van 128 kennishiaten: 55

De vraag weerspiegelt een van de specifieke aandachtsgebieden binnen het specialisme ouderengeneeskunde. Tevens weerspiegelt de vraag de verschillende doelgroepen van de specialist ouderengeneeskunde, zoals (kwetsbare) ouderen met dementie, mensen met een niet-aangeboren hersenletsel, mensen met een beroerte. Uit een oriënterend literatuuronderzoek blijkt dat deze onderzoeksvraag een kennishiaat is. Het onderzoek naar deze vraag zal daarom impact hebben op het vakgebied en is maatschappelijk relevant. De werkgroep besloot deze vraag te herformuleren, omdat de oorspronkelijke vraag in de hoe-vorm was gesteld. Tevens werd de vraag verbreed naar alle vormen van geriatrische revalidatiezorg in plaats van alleen de klinische. Deze vraag sluit aan bij het onderwerp cognitieve vermogens uit de onderzoeksagenda geriatrische revalidatie zorg in Nederland.⁸

Welke effectieve therapeutische opties zijn er bij incontinentie die optreedt in het kader van dementie?

Hoofdthema: incontinentie

Nummer in lijst van 128 kennishiaten: 99

De werkgroep heeft de vraag integraal overgenomen uit de lijst met 128 kennishiaten en vindt de vraag relevant omdat overzichten van interventies bij incontinentie wel te vinden zijn, maar het is onbekend welke van deze interventies effectief zijn bij dementie. De prevalentie van urine-incontinentie was in 2017 in WLZ-instellingen 56,7%. Voor de nosocomiale urine-incontinentie was het prevalentiecijfer 23,3%.⁹ Het oriënterende literatuuronderzoek bevestigt het kennishiaat. Gezien de hoge prevalentie van incontinentie bij dementie is deze vraag door de werkgroep beoordeeld als urgent.

Welke niet-medicamenteuze interventies zijn effectief in de behandeling van chronische pijn bij kwetsbare ouderen?

Hoofdthema: chronische somatiek

Nummer in lijst van 128 kennishiaten: 26

Deze vraag is door de werkgroep zonder aanpassingen overgenomen in de top 10 van onderzoeksvragen. De werkgroep geeft aan dat chronische pijn bij kwetsbare ouderen een relevant probleem is vanwege de hoge prevalentie. De prevalentie van pijn in het verpleeghuis is 68% waarvan 66% chronische pijn ervaart.¹⁰ Pijn bij dementie komt voor bij bijna de helft (47%) van de mensen met dementie woonachtig in verpleeghuizen.¹¹ Een oriënterend literatuuronderzoek bevestigt dit kennishiaat.

Welke interventies zijn effectief in de preventie en behandeling van paratonie bij mensen met dementie?

Hoofdthema: psychogeriatricie en gerontopsychiatrie

Nummer in lijst van 128 kennishiaten: 11

De vraag is integraal overgenomen uit de lijst met 128 kennishiaten. Volgens de werkgroep is de vraag relevant vanwege de prevalentie. De geschatte prevalentie van paratonie in het beginstadium van dementie is 10%. In een later stadium van dementie is dit 90%.¹² De behandelopties zijn veelal beperkt tot fysiotherapeutische interventies en naar de effectiviteit van deze interventies is beperkt onderzoek verricht. Ook bij deze vraag bevestigt een oriënterend literatuuronderzoek het kennishiaat.

Wat is het effect van screening op diabetes mellitus bij verpleeghuisbewoners?

Hoofdthema: chronische somatiek

Nummer in lijst van 128 kennishiaten: 32

Het aantal patiënten met diabetes mellitus in de Nederlandse bevolking neemt met de leeftijd toe. Bij mannen komt vaker diabetes mellitus voor dan bij vrouwen. Ook het aantal nieuwe gevallen neemt met de leeftijd toe, waarbij mannen vaker deze chronische aandoening krijgen dan vrouwen. Daarnaast zijn de criteria voor verpleeghuisopname met de komst van de Wet Langdurige Zorg in 2015 aangescherpt waardoor mensen later in het verpleeghuis worden opgenomen. De verwachting is dat de verblijfsduur in het verpleeghuis hierdoor afneemt. Specialist ouderengeneeskunde vragen zich dan ook af of bij een relatief korte levensverwachting screenen op diabetes mellitus gezondheidswinst oplevert en of de belasting die screening met zich meebrengt daarmee wel gerechtvaardigd is. Door deze ontwikkelingen classificeert de werkgroep de maatschappelijke relevantie hoog en heeft onderzoek naar deze vraag impact op het vakgebied van de specialist ouderengeneeskunde.

Welke methoden zijn in het verpleeghuis effectief bij (vroeg)diagnostiek en behandeling van spasmen na CVA?

Hoofdthema: niet-aangeboren hersenletsel

Nummer in lijst van 128 kennishiaten: 20

Volgens de werkgroep is deze vraag relevant vanwege de geschatte prevalentie van 38% spasmen na CVA.¹³ Deze geschatte prevalentie is afhankelijk van de definitie van spasticiteit. Spasticiteit na CVA wordt in de medisch specialistische revalidatie¹⁴ tot nu toe behandeld met oefen- of fysiotherapie en orale geneesmiddelen. De doelgroep van de medisch specialistische revalidatie verschilt van die van de specialist ouderengeneeskunde. Voor de doelgroep van de specialist ouderengeneeskunde bevestigt een oriënterend literatuuronderzoek het kennishiaat.

Welke patiëntgebonden factoren zijn geassocieerd met een gunstige uitkomst op morbiditeit, mortaliteit en kwaliteit van leven na operatieve behandeling van een heupfractuur bij verpleeghuisbewoners?

Hoofdthema: palliatieve zorg en advance care planning

Nummer in lijst van 128 kennishiaten: 64

De werkgroep geeft aan dat de vraag relevant is vanwege de hoge prevalentie van heupfracturen. Jaarlijks breken zo'n 150.000 Nederlanders een heup, waarvan driekwart 80 jaar of ouder is. Een kwart van de mensen overlijdt binnen een jaar na de heupfractuur.¹⁵ Een oriënterend literatuuronderzoek bevestigt het kennishiaat. De werkgroep besloot deze vraag te verbreden naar een gunstige uitkomst op morbiditeit en mortaliteit in plaats van op symptoombestrijding en overleving.

Wat is de optimale behandelduur en dosering van antibiotische behandeling voor urineweginfecties bij kwetsbare ouderen, op klinische uitkomstmaten, kwaliteit van leven, resolutie van klachten/klinische verschijnselen, recidiefkans en bijwerkingen?

Hoofdthema: acute/intercurrente ziekten.

Nummer in lijst van 128 kennishiaten: 42

De vraag is relevant vanwege de populatie die een risicogroep is voor urineweginfecties met een verhoogd risico op een gecompliceerd beloop en een vertraagd herstel.¹⁷ De vraag is zeer urgent in het kader van antibioticaresistentie. Deze onderzoeksvraag komt uit het overzicht van kennishiaten in de richtlijn 'Urineweginfecties bij kwetsbare ouderen' van Verenso.¹⁷

Beschouwing

Dit hoofdstuk geeft een beschouwing op het proces en de resultaten. De systematische aanpak tijdens de ontwikkeling van deze eerste Verenso wetenschapsagenda garandeert een overzicht van de 10 meest prangende vragen in de beroepspraktijk van de specialist ouderengeneeskunde. Ten aanzien van het proces is een aantal methodologische kanttekeningen te maken.

4.1 Voorbereidende activiteiten

Er zijn twee voorbereidende activiteiten verricht om de wetenschappelijke prestaties in kaart te brengen. Allereerst werd een lijst van gepromoveerde specialisten ouderengeneeskunde gemaakt. Niet alleen specialisten ouderengeneeskunde, maar ook promovendi uit andere disciplines promoveren op een onderwerp dat voor de ouderengeneeskunde relevant is. Hier is geen verder onderzoek naar verricht waardoor mogelijk bepaalde onderwerpen en vragen in de wetenschapsagenda voorkomen die al zijn onderzocht.

Lopende onderzoekslijnen werden in kaart gebracht middels het doorzoeken van de websites van de vijf universitaire centra die verbonden zijn met een academisch netwerk voor ouderenzorg. Deze websites zijn niet altijd up-to-date en verder zijn er dubbelingen in exact hetzelfde onderzoek geconstateerd vanwege een loopbaanswitch.

4.2 Raadplegingen

Naar aanleiding van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg dat op 13 januari 2017 gepubliceerd werd door Zorginstituut Nederland¹⁸ wordt een multidisciplinaire onderzoeksagenda opgesteld. In het proces van het opstellen van deze onderzoeksagenda zal Verenso betrokken zijn en zullen stakeholders zoals patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars worden geraadpleegd conform het advies van de commissie "onderzoek waarvan je beter wordt."¹⁹ Om een stapeling van raadplegingen te voorkomen, is er bewust voor gekozen om in het proces van het opstellen van deze eerste Verenso wetenschapsagenda niet nog andere stakeholders te raadplegen, omdat de specialist ouderengeneeskunde handelt vanuit somatisch, functioneel, psychisch, communicatief en maatschappelijk perspectief. Deze sluiten aan bij de dimensies van positieve gezondheid²⁰ en daarmee voldoen we aan het maatschappelijke relevantie criterium van bovengenoemde commissie.

4.3 Prioritering

In het proces gericht op de prioritering van onderzoeksvragen zijn opdrachten geformuleerd die door een aantal werkgroepleden niet volgtijdelijk zijn uitgevoerd. Dit resulteerde in de opname van reeds onderzochte vragen op de lijst van 128 onderzoeksvragen. Tijdens de werkgroepbijeenkomsten ontdekte leden van de werkgroep nog vragen waarnaar inmiddels onderzoek is verricht en als beantwoord konden worden beschouwd. Deze vragen zijn alsnog verwijderd.

4.4 Ontbrekende onderzoeksvragen en thema's

De hoofdthema's zijn gekozen op basis van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ)¹⁰ en het werkveld van de specialist ouderengeneeskunde. Wanneer een vraag bij meerdere onderwerpen kon worden ondergebracht, is met consensus van de werkgroep gekozen bij welk hoofdthema de vraag ingedeeld werd. Het onderwerp farmacotherapie komt bijvoorbeeld ook terug bij andere hoofdthema's. Daarnaast is een belangrijke pijler in de ouderengeneeskunde niet als hoofdthema benoemd. Hierbij gaat het om de pijler 'ethiek'. De werkgroep is van mening dat deze pijler binnen ieder hoofdthema een rol speelt en de onderliggende ethische vragen kunnen bij iedere onderzoeksvraag uitgewerkt worden. De vragen in de Verenso wetenschapsagenda zijn in het belang van het handelen van de specialist ouderengeneeskunde in de beroepspraktijk. De vragen en hoofdthema's die ontbreken kunnen nog steeds voor onderzoek in aanmerking komen, afhankelijk van voortschrijdende kennis en ontwikkelingen in de gezondheidszorg en maatschappij. De aanbevelingen om de wetenschapsagenda te onderhouden zijn juist daarop gericht.

Aanbevelingen

De top 10 van urgente en relevante kennishiaten die hier is gepresenteerd moet worden gezien als startpunt van een duurzaam wetenschapsbeleid vanuit Verenso. De wetenschapsagenda dient als leidraad voor onderzoekers om de verbinding te leggen tussen wetenschap en praktijk. Dit hoofdstuk beschrijft de aanbevelingen die de werkgroep geeft voor het onderhoud van de wetenschapsagenda, de daarmee samenhangende infrastructuur en de financiering.

5.1 Onderhoud wetenschapsagenda

De werkgroep beveelt het volgende aan:

- het onderhouden van de wetenschapsagenda door hiervan een levend document te maken;
- de tijd te nemen om te bepalen hoe de wetenschapsagenda levend gehouden kan worden, het ontwikkelen van een platform waar specialisten ouderengeneeskunde nieuwe onderzoeksvragen kunnen aanleveren en het herhalen van inventarisatierondes;
- de tijd te nemen om in dit proces aansluiting te zoeken bij andere specialistische verenigingen die momenteel met dezelfde of overlappende vraagstukken bezig zijn, zoals het NHG en de NVKG.

5.2 Inzicht in wetenschappelijke prestaties

Om de wetenschappelijke prestaties van het specialisme ouderengeneeskunde inzichtelijk te maken en inzichtelijk te houden beveelt de werkgroep het volgende aan:

- de lijst van gepromoveerde specialisten ouderengeneeskunde te onderhouden;
- een lijst te maken van promoties vanuit andere disciplines die onderwerpen betreffen die relevant zijn voor de praktijkvoering in de ouderengeneeskunde en ook deze lijst te onderhouden;
- bij hoogleraren te inventariseren welk onderzoek wordt verricht en binnen welke onderzoekslijnen dit onderzoek past en de inventarisatie op regelmatige basis herhalen.

5.3 Ontbrekende onderwerpen en vragen in wetenschapsagenda

Voor de ontbrekende onderwerpen en vragen in de wetenschapsagenda beveelt de werkgroep aan om:

- voor de zorgproblemen uit de Landelijke Prevalentiemeting Zorgkwaliteit (LPZ)¹⁰ die in deze eerste Verenso wetenschapsagenda ontbreken een vuist te maken in de multidisciplinaire onderzoeksagenda die genoemd wordt in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg;¹⁹
- het opzetten van een doorlopende registratie van uit de praktijk aangedragen kennishiaten onder andere op basis van nieuw verkregen onderzoeksresultaten en daarmee opgeloste vragen;
- het hoofdthema ethiek een prominente plaats te geven bij de uitwerking van onderzoeksvragen.

5.4 Toepassing van voorhanden zijnde kennis in de praktijk

Om de voorhanden zijnde kennis te kunnen toepassen in de praktijk beveelt de werkgroep het volgende aan:

- te investeren in het beschikbaar stellen van voorhanden zijnde kennis door meer aandacht te besteden aan het verspreiden en implementeren van kennis in het dagelijks handelen van de specialist ouderengeneeskunde.

5.5 Infrastructuur

De infrastructuur om onderzoek in de ouderengeneeskunde uit te voeren is reeds aanwezig. Daarom beveelt de werkgroep aan:

- meer te investeren in de samenwerking met academische netwerken en universitaire centra, het consortium GRZ voor de specifieke onderzoeksvragen over de geriatrische revalidatiezorg en met andere beroepsgroepen in de eerste, tweede en derde lijn.

5.6 Financiering

Financiering van de geprioriteerde onderzoeken is beoogd door gebruik te maken van reguliere bronnen, zoals een subsidie aanvraag via ZonMw. Bij de beoordeling van financieringsaanvragen kan dit document gebruikt worden als onderbouwing dat er in de praktijk behoefte is aan het voorgestelde onderzoek. De hoeveelheid aan activiteiten om het onderzoek in de ouderengeneeskunde te stimuleren, vraagt om extra financiering. Daarom beveelt de werkgroep aan:

- nog meer te investeren in een specifiek onderzoeksprogramma voor medische zorg bij kwetsbare ouderen en patiënten met een complexe medische zorgvraag.

Met deze eerste Verenso wetenschapsagenda kan een impuls worden gegeven aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg doordat het principe van leren en verbeteren kan worden toegepast en hierdoor nog beter passende medische zorg kan worden geleverd aan kwetsbare ouderen en patiënten met een complexe zorgvraag. Daarbij is het van belang om te blijven streven naar een zo breed mogelijk gedragen wetenschapsagenda, zowel vanuit de beroepspraktijk als vanuit de wetenschap van het specialisme ouderengeneeskunde.

Literatuurlijst

1. RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Een gezond vooruitzicht: Synthese. Bilthoven: RIVM; 2018.
2. RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Themaverkenningen: Kwetsbare ouderen hebben een complexe zorgvraag. Bilthoven: RIVM; 2018.
3. Zwijsen SA. GRIP on challenging behaviour: development, implementation and evaluation of a care programme of challenging behaviour on dementia special care units. Proefschrift VUmc; 2014.
4. Pieper MJC. Managing pain and challenging behaviour in nursing home residents with dementia. Proefschrift VUmc; 2018.
5. Zuidema SU, Derksen E, Verhey FR, Koopmans RT. Prevalence of neuro-psychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007 Jul;22(7):632-638.
6. Vugt ME de. Behavioural problems in dementia. Caregivers issues. Proefschrift UM, faculteit psychiatrie en neuropsychiatrie; 2004.
7. Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Programma Langer Thuis. VWS; 2018.
8. Consortium GRZ. Position Paper GRZ; Een onderzoeksagenda voor de Geriatrische Revalidatie Zorg in Nederland. Consortium GRZ; 2018.
9. Halfens RJG, Meesterberends E, Rijcken S, Schols JMGA en Wolters S. Rapportage Resultaten Landelijke Prevalentiemeting Zorgkwaliteit 2015. Maastricht: Maastricht University, 2016.
10. Smalbrugge M, Jongenelis LK, Pot AM, Beekman ATF, Eefsting JA. Pain among nursing home patients in the Netherlands: prevalence, course, clinical correlates, recognition and analgesic treatment: an observational cohort study. *BMC Geriatrics*. 2007:3.
11. Zwakhalen SMG, Koopmans RTCM Geels PJEM, Berger MPF, Hamers JPH. The prevalence of pain in nursing home residents with dementia measured using an observational pain scale. *Eur J Pain [Internet]*. 2009 Jan;13(1):89-93. doi: 10.1016/j.ejpain.2008.02.009. Epub 2008 May 16.
12. Hobbelen, H. Paratonia enlightened: definition, diagnosis, course, riskfactors, and treatment. Proefschrift Universiteit Maastricht; 2010.
13. Watkins CL, Leathley MJ, Gregson JM, Moore AP, Smith TL, Sharma AK. Prevalence of spasticity post stroke. *Clin Rehabil*. 2002 Aug;16(5):515-22.
14. Revalidatie Medisch Centrum Groot Klimmendaal, Revalidatiecentrum Sint Maartenskliniek. Spasticiteitsprotocol bij volwassen CVA-patiënten. Arnhem, Nijmegen; 2010.
15. Landelijk Netwerk acute zorg. Factsheet 2012. Acute ziekenhuisopnames voor heupfracturen. Landelijke Trauma Registratie; 2014.
16. NIVEL. Zorgregistraties eerste lijn. Utrecht: NIVEL; 2017.
17. Verenso. Richtlijn 'Urineweginfecties bij kwetsbare ouderen'. Utrecht: Verenso; 2018. Downloadbaar via <https://www.verenso.nl/kwaliteit-en-richtlijnen/richtlijndatabase/urineweginfecties>
18. Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg; 2017. Downloadbaar via <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg>
19. Gezondheidsraad. Onderzoek waarvan je beter wordt. Een heroriëntatie op umc-onderzoek. Den Haag: Gezondheidsraad, 2016; publicatienr. 2016/14.
20. Huber M. Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. Proefschrift Universiteit Maastricht; 2014.
21. Malek Makan A, van Hout H, Onder G, Finne-Soveri H, van der Roest H, van Marum R. Prevalence of Preventive Cardiovascular Medication Use In Nursing Home Residents. Room for Deprescribing? The SHELTER Study. *JAMDA [Internet]*. 2017 Dec;18(12):1037-1042.

Beschrijving proces

Vorbereidende activiteiten

Er is een overzicht gemaakt van gepromoveerde specialisten ouderengeneeskunde en het onderwerp van promotie door gebruik te maken van het ledenbestand van Verenso en LinkedIn. Deze inventarisatie maakte ook het aantal artsen in opleiding tot onderzoeker en specialist ouderengeneeskunde en hun onderwerp inzichtelijk. Onjuistheden werden gecorrigeerd en gemiste onderwerpen werden aangevuld door relevante personen hiervoor via email te benaderen (Tabel 1).

Specialisten ouderengeneeskunde	43
Aioto	11
Overigen	5
Totaal	59

Tabel 1: Aantal gepromoveerde specialisten ouderengeneeskunde, aioto's en specialisten ouderengeneeskunde die op een andere manier promotie-onderzoek doen (overigen)

Het doorzoeken van de websites van vijf universitaire centra die ook verbonden zijn met een academisch netwerk ouderenzorg gaf inzicht in de wetenschappelijke prestaties van het specialisme ouderengeneeskunde. De lopende onderzoekslijnen zijn in kaart gebracht (Tabel 2).

Universitair netwerk	Lopende onderzoekslijnen
UNO-UMCG Groningen	Probleemgedrag
	Psychofarmaca gebruik
	Pijn bij dementie
	Delier
	Leefomgeving
	Medicatieveiligheid
	Zorginnovaties
UNO-Vumc Amsterdam	CVA
	Geriatrische revalidatiezorg
	Stemming en gedrag
	Zorgorganisaties
	Transmurale zorg
	Infectieziekten
UNC-ZH Leiden	Geriatrische Revalidatie
	Kwaliteit van leven bij dementie
	Palliatieve zorg bij dementie
UKON Nijmegen	Dementie en gedragsproblemen onder andere bij jonge mensen met dementie
	Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)
	Palliatieve zorg
	Specifieke groep, zoals Niet-aangeboren Hersenletsel (NAH)
	Overige
AWO-ZL Maastricht	Bewegen
	Dementie
	Diagnostiek
	Innovaties
	Kwaliteit
	Mantelzorg
	Palliatieve zorg
	Revalidatie
	Vrijheidsbeperking

Tabel 2: Lopende onderzoekslijnen

Inventarisatie van kennishiaten in richtlijnen

Verenso heeft over diverse onderwerpen richtlijnen uitgebracht, ter onderbouwing van het dagelijks handelen in de ouderengeneeskunde. Deze richtlijnen zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en beschrijven ook de mate van evidentie en de kennishiaten ten aanzien van het onderwerp van de richtlijn. Daarmee zijn deze richtlijnen uitermate geschikt om kennishiaten die voor de praktijk relevant zijn en waarbij nader onderzoek van invloed zou kunnen zijn op de dagelijkse praktijkvoering van de specialist ouderengeneeskunde, te identificeren. De werkgroep heeft een analyse van kennishiaten verricht door alle uitgebrachte richtlijnen te doorzoeken. Richtlijnen van derden waaraan Verenso een bijdrage heeft geleverd, werden in deze analyse buiten beschouwing gelaten. Het uitgangspunt van de Verenso wetenschapsagenda is dat deze onderzoeksvragen bevat die specifiek tot het domein van de specialist ouderengeneeskunde behoren. De 66 geïdentificeerde kennishiaten zijn, in de vorm van onderzoeksvragen, meegenomen in het totaal aantal verzamelde onderzoeksvragen.

De onderstaande Verenso-richtlijnen* zijn doorgenomen voor de inventarisatie van de kennishiaten.

Richtlijn Influenzapreventie	2004
Richtlijn Mondzorg	2007
Richtlijn Blaaskatheters	2011
Richtlijn Diabetes	2011
Richtlijn Pijn, met herziene tekst	2016
Richtlijn Lage luchtweginfecties	2018
Richtlijn Probleemgedrag, herziening	2018
Richtlijn Urineweginfecties, herziening	2018

Ledenraadpleging

De overgrote meerderheid van de beroepsgroep is lid van Verenso; 100% van de aios ouderengeneeskunde, en 80% van de specialisten ouderengeneeskunde. Door middel van een ledenraadpleging heeft nagenoeg de volledige beroepsgroep de mogelijkheid gehad input te leveren voor deze wetenschapsagenda. Ledenraadpleging vond plaats door middel van een online enquête, waarvoor het online platform SurveyMonkey werd gebruikt. Een oproep om aan deze enquête deel te nemen werd geplaatst in de Verenso nieuwsbrieven van 5 en 19 oktober 2017, die ieder Verenso lid per e-mail ontvangt. De tekst van de enquête is weergegeven in bijlage 2.

Ook vond ledenraadpleging plaats op bijeenkomsten van leden. Daarbij werd middels een workshop aan leden gevraagd om door hen ervaren relevante kennishiaten in te brengen. Deze workshops vonden plaats op 04-04-2017 (regiodag Verenso te Eindhoven), 03-05-2017 (Forum aios ouderengeneeskunde GERION), 18-05-2017 (Verenso voorjaarscongres) en 28-09-2017 (terugkomdag aios ouderengeneeskunde VOSON). De geïdentificeerde kennishiaten werden in de vorm van onderzoeksvragen toegevoegd aan de lijst van onderzoeksvragen die was ontstaan uit de bestudering van de richtlijnen van Verenso.

* *Richtlijndatabase Verenso-richtlijnen; 2018. Downloadbaar via: <https://www.verenso.nl/kwaliteit-en-richtlijnen/richtlijndatabase>*

Hoofdthema-indeling

De totale lijst van kennishiaten die zijn geïdentificeerd middels analyse van richtlijnen en ledenraadplegingen, is ingedeeld in de volgende hoofdthema's:

- Psychogeriatric en gerontopsychiatrie
- Niet-aangeboren hersenletsel
- Chronische somatiek
- Acute/intercurrente ziekten
- Geriatrische revalidatie en overige kortdurende zorg
- Palliatieve zorg en advance care planning
- Eerste lijn
- Organisatie van zorg
- Mobiliteit en vallen
- Voeding en ondervoeding
- Incontinentie
- Huidproblemen
- Farmacotherapie
- Overig

De hoofdthema's zijn gekozen op basis van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ)⁹ en het werkveld van de specialist ouderengeneeskunde. Wanneer een vraag bij meerdere onderwerpen kon worden ondergebracht, is met consensus van de werkgroep gekozen bij welk hoofdthema de vraag ingedeeld werd. Per hoofdthema werden de kennishiaten ontdebeld en eventueel herschreven tot een meer passende onderzoeksvraag. Dit resulteerde in 347 onderzoeksvragen.

Vervolgens verrichtte de werkgroep middels een filteringsprocedure een eerste selectie. Vragen die niet tot het domein van de specialist ouderengeneeskunde behoren, onvoldoende te onderzoeken zijn of niet daadwerkelijk een kennishiaat vertegenwoordigen zijn uit de lijst verwijderd. Ook onderzoeksvragen waarop een antwoord te verwachten is vanuit een reeds lopend onderzoek zijn verwijderd. Het resultaat was een lijst van totaal 212 onderzoeksvragen.

Prioritering

De prioritering vond in twee stappen plaats. Allereerst beoordeelden de werkgroep-leden en de hoogleraren ouderengeneeskunde individueel per hoofdthema welke vraag volgens hen de hoogste prioriteit moest krijgen. Dit gebeurde op basis van de criteria urgentie, relevantie (ernst, prevalentie, kosten, impact op vakgebied en maatschappij) en of het een wetenschappelijk te onderzoeken vraag was. Deze stap vond digitaal plaats. Hieruit ontstond een lijst met 128 onderzoeksvragen die is weergegeven in bijlage 3.

Online enquête

Tekst voor formdesk formulier (digitale enquête):

Algemene gegevens

Naam: _____

Werkzaam bij [naam verpleeghuis/instelling]: _____

Werkzaam (meerdere mogelijk):

verpleeghuis

hospice

ziekenhuis

GGZ

eerste lijn

overig, namelijk _____

E-mailadres: _____

Functie: specialist ouderengeneeskunde

aios ouderengeneeskunde

overig, namelijk _____

Kennishiaten Verenso

Om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen, is het belangrijk dat we werken aan het versterken van de wetenschappelijke onderbouwing van het dagelijks handelen in de ouderengeneeskunde. Om dit te faciliteren, gaan we een Verenso wetenschapsagenda opstellen. Deze gaat onderzoeksvragen omvatten, die vanuit de ouderengeneeskundige praktijk het meest belangrijk zijn. Daarom vragen we u om bij onderstaande thema's de onderzoeksvragen in te voeren die voor u belangrijk zijn. Bij de toelichting kunt u, in maximaal vijf zinnen, aangeven waarom deze onderzoeksvraag volgens u een relevant kennishiaat vertegenwoordigt. Heeft u niet over alle thema's input? Geen probleem. De velden waarover u geen input heeft mag u leeg laten.

Voorbeeld van een onderzoeksvraag (met behulp van het PICO model):

- Wat is het effect (Outcome) van scopolamine (Interventie) in vergelijking met een expectatief beleid (Comparison) bij patiënten met een reutelende ademhaling in de stervensfase (Patient)?
- Is periodieke controle van het TSH (Interventie) zinvol bij verpleeghuisbewoners waarbij schildklierhormoon langdurig wordt gesuppleerd (Patient)?

1. Thema psychogeriatric en gerontopsychiatrie

Onderzoeksvraag:

Toelichting:

2. Thema niet-aangeboren hersenletsel

Onderzoeksvraag:

Toelichting:

3. Thema chronische somatiek

Onderzoeksvraag:

Toelichting:

4. Thema acute / intercurrente ziekten

Onderzoeksvraag:

Toelichting:

5. Thema geriatrische revalidatie en overige kortdurende zorg

Onderzoeksvraag:

Toelichting:

6. Thema palliatieve zorg (inclusief advance care planning)

Onderzoeksvraag:

Toelichting:

7. Thema ouderengeneeskunde in de eerste lijn

Onderzoeksvraag:

Toelichting:

8. Thema organisatie van zorg

Onderzoeksvraag:

Toelichting:

9. Thema mobiliteit en vallen

Onderzoeksvraag:

Toelichting:

10. Thema voeding en ondervoeding

Onderzoeksvraag:

Toelichting:

11. Thema incontinentie

Onderzoeksvraag:

Toelichting:

12. Thema huidproblemen

Onderzoeksvraag:

Toelichting:

13. Thema farmacotherapie

Onderzoeksvraag:

Toelichting:

14. Overige thema's

Onderzoeksvraag:

Toelichting:

Lijst van 128 onderzoeksvragen

Hieronder staat de lijst van onderzoeksvragen om te komen tot een top 10 van onderzoeksvragen voor de Verenso wetenschapsagenda. De vragen die in de top 10 staan, zijn vetgedrukt.

Psychogeriatric en gerontopsychiatrie

1. Wat is het effect van een gestructureerde multidisciplinaire aanpak op het beloop van probleemgedrag bij dementie?
2. Wat is het effect van niet-medicamenteuze interventies versus psychofarmaca versus placebo op probleemgedrag bij patiënten met dementie?
3. Hoe stel je ondraaglijk lijden vast bij een patiënt met gevorderde dementie?
4. Wat is het effect van enkelvoudige behandeling (medicamenteus óf psychotherapie) versus combinatietherapie (medicamenteus + psychotherapie) versus placebo/ sham-interventie bij probleemgedrag bij dementie; is het geheel gelijk aan de som der delen?
5. Wat is het effect van cognitieve revalidatie op de zelfredzaamheid van patiënten met dementie?
6. Leidt het stoppen van cholinesteraseremmers bij patiënten met dementie tot een (klinisch relevante) verandering van de cognitieve performance?
- 7. Wat is het effect van methylfenidaat in vergelijking met placebo op de behandeling van apathie bij patiënten met Alzheimer dementie?**
8. Wat is het effect van rivastigmine en/of galantamine in vergelijking met placebo op de behandeling van apathie bij patiënten met (matig) gevorderde Alzheimer dementie?
9. Welk instrument is geschikt om te screenen op stemmingsproblematiek bij kwetsbare ouderen met pijnklachten, met of zonder cognitieve problemen?
10. (Hoe) verschilt de pijnbeleving bij patiënten met vasculaire dementie ten opzichte van patiënten met Alzheimer dementie?
- 11. Welke interventies zijn effectief in de preventie en behandeling van paratonie bij mensen met dementie?**
12. Wat is het effect van een gezamenlijke gedragsvisite door specialist ouderengeneeskunde en psycholoog op een psychogeriatric verpleeghuisafdeling op probleemgedrag bij dementie?
13. Wat is de prevalentie van paratonie bij dementie, en welke lijdensdruk gaat hiermee gepaard?

Niet-aangeboren hersenletsel (NAH)

14. Is cognitieve revalidatie effectief ter verbetering van het functioneren na het ontstaan van niet-aangeboren hersenletsel?
15. Wat is het beloop van neuropsychiatrische symptomen bij (jongere en oudere) patiënten met NAH?
16. Wat is het effect van psychofarmaca op neuropsychiatrische symptomen bij NAH-patiënten?
17. Wat is de prevalentie van NAH onder patiënten in de lange-termijnzorg?
18. Is er een relatie tussen woonomgeving en psychofarmacagebruik bij NAH-patiënten?
19. Welke medicatie ter behandeling van psychomotorische onrust verdient op basis van effectiviteit en bijwerkingen de voorkeur bij patiënten met een door NAH beschadigd brein?
- 20. Op welke manier zijn spasmen na CVA het beste te bestrijden in het verpleeghuis?**

Chronische somatiek

21. Wat is de meerwaarde van gestructureerde cardiovasculaire risicomanagementcontroles bij kwetsbare ouderen in het verpleeghuis, en hoe moet dit controleregime er uitzien?

22. Welke interventies zijn effectief ter bevordering van de kwaliteit van leven in de laatste fase van M. Parkinson?
23. Hoe vaak komen spasmen en contracturen voor in het verpleeghuis, en welke methoden zijn effectief in de behandeling en/of preventie hiervan?
24. Is oefentherapie een effectieve behandeling ter reductie van pijn bij kwetsbare ouderen?
25. Wat is het effect van beweging op stemming en eenzaamheid bij bewoners van een somatische verpleeghuisafdeling?
- 26. Welke niet-medicamenteuze interventies zijn effectief in de behandeling van chronische pijn bij kwetsbare ouderen?**
27. Geeft het starten van een duodopapomp een verbetering van de kwaliteit van leven bij patiënten met vergevorderde M. Parkinson?
28. Wat is het effect van patiënteneducatie op pijn bij kwetsbare ouderen?
29. Welke interventies zijn effectief ter preventie en behandeling van spasmen van bovenste extremiteit na CVA, op de uitkomstmaten pijn en functionaliteit van de hand?
30. Wat is de symptomatologie van eindfase Parkinson?
31. Is patiënteneducatie een effectieve interventie voor het voorkomen van voetulcera en amputaties bij kwetsbare ouderen met diabetes mellitus?
- 32. Hoe vaak komt diabetes mellitus voor bij kwetsbare ouderen die deze diagnose nog niet hebben, en heeft het meerwaarde om hierop te screenen?**
33. Wat zijn de voordelen en nadelen van intermitterend katheteriseren versus een verblijfskatheter bij kwetsbare ouderen met urineretentie?
34. Wat zijn de voordelen en nadelen van een suprapubische katheter versus een transurethrale katheter bij kwetsbare ouderen?
35. Welke patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden factoren bepalen of en wanneer een patiënt met chronische somatische aandoeningen, zonder psychogeriatrische of gerontopsychiatrische verpleeghuisindicatie, opgenomen wordt in een verpleeghuis?
36. Wat is de prevalentie van pijn en welke lijdensdruk gaat daarmee gepaard bij neurodegeneratieve aandoeningen (Multiple Sclerose, Parkinson, Huntington)?
37. Welke niet-medicamenteuze interventies zijn effectief ter preventie en behandeling van obstipatie bij kwetsbare ouderen?
38. Wat is de prevalentie van psychiatrische aandoeningen bij somatische verpleeghuisbewoners?

Acute/intercurrente ziekten

39. Wat is het effect (benefit and harm) van antibiotische behandeling versus niet-medicamenteuze interventies versus een afwachtend beleid in de behandeling van een urineweginfectie bij kwetsbare ouderen?
40. Is er een indicatie voor tromboseprofylaxe middels laagmoleculaire heparine bij kwetsbare ouderen die door een intercurrente ziekte immobiel worden?
41. Wordt een hypo-actief delier voldoende herkend in het verpleeghuis?
- 42. Wat is de optimale behandelduur (3, 5, 7, 10 of 14 dagen) en dosering van antibiotische behandeling voor urineweginfecties bij kwetsbare ouderen, op de klinische uitkomstmaten kwaliteit van leven, resolutie van klachten/klinische verschijnselen, recidiefkans en bijwerkingen?**
43. Bij welke klinische verschijnselen moet antibiotisch behandeld worden en bij welke klinische verschijnselen kan een afwachtend beleid gevoerd worden bij kwetsbare ouderen met een urineweginfectie?
44. Wat is het effect van medicamenteuze behandeling van een delier bij kwetsbare ouderen in het verpleeghuis?
45. Wat is de meerwaarde en kosteneffectiviteit van een point of care CRP test in het verpleeghuis?
46. Wat is de incidentie en prevalentie van intercurrente aandoeningen bij verpleeghuisbewoners (continue morbiditeitsregistratie)?

47. Is er meerwaarde van het preventief voorschrijven van antibiotica na een verslikincident, ter preventie van een ernstige luchtweginfectie?
48. Welke factoren zijn prognostisch voor overlijden op korte termijn bij acuut hartfalen bij kwetsbare ouderen in het verpleeghuis?
49. Hoe kun je inschatten of een acute, intercurrente ziekte zonder curatieve therapie dodelijk zal zijn?
50. In hoeverre kan een point of care CRP test in het verpleeghuis het antibioticagebruik verminderen bij patiënten met een transurethrale of suprapubische katheter?
51. Hoe vaak worden antibiotica voorgeschreven in het verpleeghuis, voor welke indicaties, wat wordt er voorgeschreven en is dit adequaat?
52. Welke follow-up is geïndiceerd bij verpleeghuisbewoners die drager zijn van een infectie of die een infectie hebben met resistente pathogenen?
53. Wat is het effect van scholen van verzorgenden over urineweginfecties op de frequentie waarmee verpleeghuisbewoners antibiotisch behandeld worden voor een urineweginfectie?
54. Heeft behandeling met een oplaad- en onderhoudsdosering acetylsalicylzuur een effect op het functioneel beloop bij kwetsbare ouderen met een werkdiagnose iCVA waarbij afgezien wordt van tweedelijns diagnostiek en behandeling?

Geriatrische revalidatie en overige kortdurende zorg

55. Hoe vaak is klinische geriatrische revalidatie succesvol bij cliënten met een cognitieve stoornis, en welke factoren zijn hierin van prognostisch belang?

56. Welke factoren zijn prognostisch voor ontslag naar huis vanuit de kortdurende zorg?
57. Wat is het verschil in functionele uitkomst bij kwetsbare ouderen van een zo kort mogelijk klinisch revalidatietraject ten opzichte van langer klinisch doorrevalideren nadat de minimale functionaliteit om naar huis te kunnen is bereikt?
58. Draagt het bestaan van een mogelijkheid voor kortdurend intramuraal verblijf bij aan het terugdringen van niet medisch geïndiceerde ziekenhuisopnames van kwetsbare ouderen?
59. Hoe kan worden bepaald welke behandelintensiteit optimaal is voor de revalidatie-uitkomst van de individuele patiënt?
60. Draagt het bestaan van een mogelijkheid voor kortdurend intramuraal verblijf bij aan het langer thuis kunnen wonen van kwetsbare ouderen?
61. Hoe kunnen we de slagingskansen van een prothesetraject inschatten bij kwetsbare ouderen met een (indicatie voor) onderbeensamputatie?

Palliatieve zorg en advance care planning

62. Wat is de rol van de specialist ouderengeneeskunde bij advance care planning in de eerste lijn?
63. Welke patiëntgebonden factoren zijn geassocieerd met een gunstige uitkomst (op overleving, kwaliteit van leven, symptoombestrijding) van het insturen naar de tweede lijn van patiënten met dementie?
- 64. Welke patiëntgebonden factoren zijn geassocieerd met een gunstige uitkomst (op overleving, kwaliteit van leven, symptoombestrijding) van het operatief behandelen van verpleeghuisbewoners met een heupfractuur?**
65. Wat is het effect van het afbouwen van secundair preventieve medicatie (zoals acetylsalicylzuur / antistolling) in de palliatieve fase?
66. Wat is de uitkomst (mortaliteit, neurologisch, kwaliteit van leven) van reanimatie bij jong-dementerenden?
67. Hoe moet neuropathische pijn behandeld worden bij kwetsbare ouderen?
68. Welke factoren (zoals comorbiditeit, vordering van dementie) zijn van prognostische waarde om de levensverwachting van een patiënt met dementie in te schatten?

Ouderengeneeskunde in de eerste lijn

- 69. Wat zijn de kosten en baten (kwantitatief en kwalitatief) van betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde bij kwetsbare ouderen in de eerste lijn?**
70. Welke interventies zijn effectief op probleemgedrag bij thuiswonende mensen met dementie?
71. Wat is het effect van niet-medicamenteuze interventies (psycho-educatie, dagbesteding, beweegactiviteiten, inzet gedragsconsulent, overig) bij thuiswonende patiënten met probleemgedrag bij dementie, op de uitkomstmaten veiligheid, kwaliteit van leven van de patiënt en mantelzorg en noodzaak tot verpleeghuisopname?
72. Wat is het effect (ervaren werkdruk en werkplezier, ervaren kwaliteit van zorg door kwetsbare ouderen, kosten, SEH-bezoeken en crisisopnames) van een structurele samenwerking van de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde in de diensten (samen werken vanuit de huisartsenpost, met triage vanuit zorgvraag in plaats van verblijfslocatie)?
73. Consultatie in de eerste lijn: een team van specialisten ouderengeneeskunde en geriatrieverpleegkundige vs. alleen de specialist ouderengeneeskunde. Wat is de invloed op tevredenheid bij de cliënt, mantelzorg en huisarts en op kosteneffectiviteit?
74. Hoe accuraat (sensitiviteit en specificiteit) is eerstelijns dementiediagnostiek door de specialist ouderengeneeskunde vergeleken met tweedelijns dementiediagnostiek, en kunnen hierin verschillende patiëntengroepen worden onderscheiden?

Organisatie van zorg

75. Kan een physician assistant of verpleegkundig specialist in de ouderengeneeskundige ANW-diensten de primary survey/voorwacht doen?
76. Leidt bottom-up multidisciplinaire kwaliteitszorg tot betere kwaliteit, meer arbeidsplezier en minder verspilling van tijd, energie en middelen in vergelijking met top-down kwaliteitszorg zonder betrokkenheid van het multidisciplinaire team?
77. Wat kan de rol van de specialist ouderengeneeskunde zijn in het kader van advance care planning bij kwetsbare ouderen met chronisch hartfalen of COPD in de tweede lijn?
78. Kan het 'visitemodel' ten dele worden vervangen door een 'spreekuurmodel' waarbij verpleeghuisbewoners en hun contactpersonen zelf een afspraak kunnen maken op het fysieke/telefonische spreekuur van hun arts? Wat is het effect hiervan op werkdruk, efficiëntie, patiënttevredenheid?
79. Is het kosteneffectief wanneer specialist ouderengeneeskunde, psycholoog en casemanager gestructureerd samenwerken in de eerstelijns dementiediagnostiek en trajectbegeleiding van mensen met dementie?
80. Hoe geef je binnen WLZ-zorg zonder behandeling vorm aan de samenwerking met de huisartsen die de basiszorg geven?
81. Wat is de invloed van 24-uurs diensten op de gezondheid en het welbevinden van de specialist ouderengeneeskunde?
82. Sluit het huidige zorgaanbod voldoende aan op de behoeften van psychogeriatrische patiënten met gedragsproblemen?
83. Hoe kun je zorgrelaties in de triade van patiënt, arts, verzorgende en wettelijk vertegenwoordiger verbeteren?
84. Welk gedeelte van de werktijd besteedt de specialist ouderengeneeskunde aan administratieve taken?

Mobiliteit en vallen

85. Verlagen structurele beweegprogramma's het valrisico en het fractuurrisico bij kwetsbare ouderen?
86. Wat is het onderscheid in beloop, diagnostiek en behandeling tussen paratonie, spasticiteit en bewegingsstoornissen door extrapyramidale problemen bij hersenziekten?
87. Wat is de meerwaarde van het wekadvis bij verpleeghuisbewoners na een val met (mogelijk) trauma capitis?

88. Wat is de prevalentie van hypotensie bij verpleeghuisbewoners, in welk deel is dit behandelbaar, en wat is de relatie met het valrisico?
89. Wat is de rol van technologie in valpreventie en mobiliteitsbevordering bij kwetsbare ouderen?
90. Wat is het effect van staken van simvastatine op de mobiliteit en val- en fractuurincidentie bij kwetsbare ouderen?

Voeding en ondervoeding

91. Wat is het effect van medische bijvoeding ten opzichte van een wensdieet op kwaliteit van leven, prognose en complicaties bij kwetsbare ouderen met gewichtsverlies en een palliatief behandelbeleid?
92. Is er een toegevoegde waarde van vitaminesuppletie in het verpleeghuis?
93. Wat is het effect van medische bijvoeding op de kwaliteit van leven van mensen met gevorderde dementie?
94. Wat is het effect op voedingstoestand en patiënttevredenheid van medische bijvoeding ten opzichte van extra snacks bij kwetsbare ouderen met (dreigende) ondervoeding?
95. Wat is het effect van voeding op gedragsproblematiek?
96. Behoren ondervoeding en dehydratie tot het natuurlijk beloop van dementie?
97. Wat is de relatie tussen voeding en sarcopenie bij verpleeghuisbewoners?

Incontinentie

98. In welke mate is incontinentie een behandelbare aandoening bij kwetsbare ouderen?
- 99. Zijn er effectieve therapeutische opties bij incontinentie die optreedt in het kader van dementie?**
100. Welke medicamenteuze interventies zijn veilig en effectief bij kwetsbare ouderen met incontinentie?
101. Is er een plek voor bekkenbodemp therapie in de behandeling van incontinentie bij kwetsbare ouderen?
102. Welke medicatie is veilig en effectief bij kwetsbare ouderen met dementie en urge incontinentie?
103. Is Mirabegron werkzaam en veilig in de behandeling van incontinentie bij kwetsbare ouderen, in vergelijking met placebo, blaastraining en/of een anticholinergicum?

Huidproblemen

104. Wat is de prevalentie van huidandoeningen onder Nederlandse verpleeghuisbewoners en hoeveel van deze aandoeningen kunnen en/of moeten behandeld worden?
105. Welke voor- en nadelen zijn er, met betrekking tot snelheid en kwaliteit van diagnostiek, kosteneffectiviteit en patiënttevredenheid, verbonden aan een teledermatologisch consult t.o.v. een poliklinisch dermatologisch consult, bij verpleeghuisbewoners?
106. Is (vroeg)herkenning van diabetische neuropathie middels periodieke monofilamententest bij verpleeghuisbewoners met diabetes mellitus type 2 zinvol ter voorkoming van morbiditeit (ulcera) en mortaliteit en verbetering van de kwaliteit van leven?
107. Wat is de relatie tussen jeuk en (probleem)gedrag in het verpleeghuis?
108. Is dermatoscopie door de specialist ouderengeneeskunde in het verpleeghuis veilig en (kosten-)effectief?

Farmacotherapie

109. Deprescribing: wat zijn patiëntgebonden factoren die aanleiding geven tot staken van medicatie, en wat zijn patiëntgebonden factoren die een barrière vormen voor het staken van medicatie?
110. Wat is het effect (morbiditeit, mortaliteit, QOL, functioneren, valincidenten, aantal ziekenhuisopnames en SEH-bezoeken, medicatiekosten) van gestructureerde medicatiereviews door de specialist ouderengeneeskunde, bij kwetsbare ouderen in de eerste lijn en in het verpleeghuis?

111. Is er een toename in de incidentie van cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit na het stoppen van statines bij kwetsbare ouderen?
112. Zijn NOAC's veilig en effectief in vergelijking met vitamine K antagonisten, bij kwetsbare ouderen?
113. Wat is het effect (benefit en harm) van antistolling bij atriumfibrilleren bij verpleeghuisbewoners?
114. Is subcutane toediening van medicatie (zoals morfine en midazolam) veilig en effectief bij patiënten met cachexie?
115. Wat is het effect (morbiditeit en mortaliteit) van afbouw van antidiabetica bij kwetsbare ouderen?
116. Off-label gebruik van cholinesteraseremmers bij kwetsbare ouderen; hoe vaak komt dit voor en met welke indicaties en resultaten?
117. Hoe kan centrale pijn bij kwetsbare ouderen het best (benefit and harm) farmacologisch behandeld worden?
118. Heeft diazepam een beter effect op chronische / recidiverende onrust bij kwetsbare ouderen met of zonder dementie dan kortwerkende benzodiazepines?
119. Heeft een (consulterend) longverpleegkundige in het verpleeghuis meerwaarde om de werking en compliance van inhalatietherapie te verbeteren?
120. Wat is de invloed van het placebo-effect op werking en bijwerkingen van medicatie bij kwetsbare ouderen?
121. Heeft standaard vitamine D suppletie aan verpleeghuisbewoners invloed op de incidentie van fracturen?
122. Heeft standaard vitamine D suppletie bij kwetsbare ouderen in het verpleeghuis een effect op de kwaliteit van leven?

Overig

123. Welke elementen bepalen de kwaliteit van leven van patiënten die langdurig opgenomen worden binnen de WLZ?
124. Wat wensen verpleeghuisbewoners op het gebied van intimiteit en seksualiteit, en wordt hen hiertoe voldoende mogelijkheid geboden door verpleeghuizen? Zo nee, wat kan er beter?
125. Vinden ouderen het wenselijk dat hun wettelijk vertegenwoordiger (op afstand) inzage kan krijgen in hun (volledige) dossier? En vinden zij het wenselijk dat dit, wanneer zij zelf niet meer wilsbekwaam zouden zijn, zonder hun toestemming zou gebeuren?
126. Wat is de prevalentie van eenzaamheid in het verpleeghuis, en hebben we hier voldoende aandacht voor?
127. Heeft een meetinstrument voor kwaliteit van leven meerwaarde ten opzichte van een inschatting door een professional?
128. Echte dieren en echte tuinen in de zorg: helpt dat om de kwaliteit van leven te verbeteren?

Reden voor verwijdering vragen

Vraagnummer	Onderzoeksvraag	Reden verwijdering
1	Wat is het effect van een gestructureerde multidisciplinaire aanpak op het beloop van probleemgedrag bij dementie?	Kennis aanwezig
39	Wat is het effect (benefit and harm) van antibiotische behandeling versus niet-medicamenteuze interventies versus een afwachtend beleid in de behandeling van een urineweginfectie bij kwetsbare ouderen?	Onderzoek wordt inmiddels verricht
6	Leidt het stoppen van cholinesterase-remmers bij patiënten met dementie tot een (klinisch relevante) verandering van de cognitieve performance?	
43	Bij welke klinische verschijnselen moet antibiotisch behandeld worden en bij welke klinische verschijnselen kan een afwachtend beleid gevoerd worden bij kwetsbare ouderen met een urineweginfectie?	
45	Wat is de meerwaarde en kosten-effectiviteit van een point of care CRP test in het verpleeghuis?	
75	Kan een physician assistant of verpleegkundig specialist in de ouderengeneeskundige ANW-diensten de primary survey/voorwacht doen?	Beleidsvraagstuk
106	Is (vroeg)herkenning van diabetische neuropathie middels periodieke monofilamententest bij verpleeghuisbewoners met diabetes mellitus type 2 zinvol ter voorkoming van morbiditeit (ulcera) en mortaliteit en verbetering van de kwaliteit van leven?	Onvoldoende urgentie: Vanwege de uitkomstmaten die gelden voor zowel één specifieke aandoening als voor meerdere aandoeningen en vanwege reeds uitgevoerd Europees onderzoek ²¹
21	Wat is de meerwaarde van gestructureerde CVRM controles bij kwetsbare ouderen in het verpleeghuis, en hoe moet dit controleregime er uitzien?	
25	Wat is het effect van beweging op stemming en eenzaamheid bij bewoners van een somatische verpleeghuisafdeling?	Komt in aanmerking voor de multidisciplinaire onderzoeksagenda
59	Hoe kan worden bepaald welke behandelintensiteit optimaal is voor de revalidatie-uitkomst van de individuele patiënt?	Overdracht aan het Consortium GRZ voor de onderzoeksagenda van de Geriatrische Revalidatie Zorg in Nederland (Consortium GRZ, 2018)
58	Draagt het bestaan van een mogelijkheid voor kortdurend intramuraal verblijf bij aan het terugdringen van niet medisch geïndiceerde ziekenhuisopnames van kwetsbare ouderen?	Retorisch karakter vraag



2018

verenSo

Orteliuslaan 750
3528 BB Utrecht

Postbus 20069
3502 LB Utrecht

info@verenso.nl
www.verenso.nl

T 030 22 71 910