



vereniging van specialisten
ouderengeneeskunde

Verenso
Richtlijnagenda
2025-2035

Redactie

L. Westenbrink, beleidsadviseur Verenso
M. Luiten-Schipper, beleidsadviseur Verenso
E. Poot, beleidsadviseur/manager team Kwaliteit Verenso

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, 2024

<i>Versie</i>	<i>Publicatiedatum</i>	<i>Wijziging</i>
1	24 september 2024	-
2	1 februari 2025	Tekstuele aanpassingen

Samenvatting

Kwaliteitsstandaarden, waaronder richtlijnen/handreikingen, vormen de spil van kwaliteitsbeleid. Om te komen tot een aanbod aan actuele, relevante kwaliteitsstandaarden is een lange termijn planning noodzakelijk voor het onderhouden en ontwikkelen van richtlijnen/handreikingen. Daarom heeft VerenSo een richtlijnagenda ontwikkeld. Het doel van deze richtlijnagenda is dat deze de komende jaren input zal bieden voor de (multidisciplinaire) richtlijnontwikkeling in de ouderengeneeskunde. De richtlijnagenda richt zich op medisch-inhoudelijke onderwerpen.

Methode

Het huidige aanbod van VerenSo richtlijnen en medisch-inhoudelijke handreikingen is geïnventariseerd en beoordeeld op actualiteit. Daarnaast zijn mogelijk nieuwe onderwerpen voor richtlijnontwikkeling geïnventariseerd. De richtlijnen die toe zijn aan herziening en mogelijk nieuwe onderwerpen voor richtlijnontwikkeling zijn eerst aan de leden van de Werkgroep Richtlijn Ontwikkeling (WRO) voorgelegd, om een eerste schifting te maken. Daarna zijn de VerenSo-leden geraadpleegd via een online enquête, om een prioritering aan te brengen. De resultaten van deze enquête zijn uiteindelijk in nauwe samenwerking met de WRO omgezet naar een concept richtlijnagenda. Deze concept richtlijnagenda is ter goedkeuring voorgelegd aan het bestuur wat heeft geleid tot een definitieve richtlijnagenda.

De richtlijnagenda

De richtlijnagenda bestaat uit de volgende 19 onderwerpen:

- Angststoornissen bij kwetsbare ouderen
- Diagnostiek van dementie (herziening)
- Persoonlijkheidsstoornissen bij kwetsbare ouderen
- Probleemgedrag bij mensen met dementie (herziening)
- Hoofdtrauma
- Geriatrisch assessment (herziening)
- Psychose bij kwetsbare ouderen
- Stemmingsstoornissen bij kwetsbare ouderen
- Probleemgedrag, multidisciplinair samenwerken (herziening)
- GRZ COPD
- Urineweginfecties (herziening)
- Lage luchtweginfecties (herziening)
- Psychotrauma bij kwetsbare ouderen
- GRZ amputatie
- GRZ oncologie
- Reumatische aandoeningen bij kwetsbare ouderen
- Reanimatie bij kwetsbare ouderen (herziening)
- Triage instrument GRZ (herziening)
- Visuele beperkingen bij kwetsbare ouderen

Discussie

De richtlijnagenda is zo zorgvuldig mogelijk tot stand gekomen. Terugkijkend kan worden geconcludeerd dat er meer aandacht had mogen zijn voor het uitzetten van de online enquête, om zo meer respondenten te krijgen gezien de reactiegraad laag was. 1,1% van de beroepsgroep heeft een bijdrage geleverd aan de nieuwe onderwerpen, en 2,9% heeft reactie gegeven op de prioritering.

Realisatie

De richtlijnagenda dient als leidraad voor de richtlijnontwikkeling van VerenSo en zal input zijn voor het ontwikkelen van monodisciplinaire richtlijnen binnen het programma RAILZ (Richtlijnen Artsen In de Langdurige Zorg), een programma van VerenSo en de NVAVG. Daarnaast voor het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen, bijvoorbeeld bij SKILZ (Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg). Een evaluatiemoment over 5 jaar wordt geadviseerd door de WRO.

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	5
2. Methode.....	6
2.1 Inventarisatie huidig aanbod.....	6
2.2 Beoordeling huidig aanbod op actualiteit	6
2.3 Inventarisatie nieuwe onderwerpen	6
2.4 Ontwikkeling shortlist.....	7
2.5 Prioritering	7
2.5.1 Ledenraadpleging	7
2.5.2 Werkgroep Richtlijn Ontwikkeling (WRO)	7
2.6 Concept richtlijnagenda.....	7
2.7 Definitieve richtlijnagenda	7
3. Resultaten	8
3.1 Inventarisatie huidig aanbod.....	8
3.2 Beoordeling huidig aanbod op actualiteit	8
3.3 Inventarisatie nieuwe onderwerpen	8
3.4 Ontwikkeling shortlist.....	8
3.5 Prioritering	9
3.5.1 ledenraadpleging.....	9
3.5.2 WRO.....	9
3.6 Concept richtlijnagenda.....	9
3.7 Definitieve richtlijnagenda	9
4. Discussie	10
4.1 Procesbeschouwing.....	10
4.2 Aanbevelingen	10
5. Realisatie	11
Bijlage 1. Online enquête nieuwe onderwerpen.....	12
Bijlage 2. Online enquête prioritering	13
Bijlage 3. Overzicht huidige aanbod Verenso richtlijnen/handreikingen	14
Bijlage 4. Beoordeling actualiteit richtlijnen door experts	15
Bijlage 5. Beoordelen nieuwe onderwerpen tegen huidige aanbod externe richtlijnen.....	23
Bijlage 6. Resultaten online enquête prioritering	33

1. Inleiding

Kwaliteitsstandaarden, waaronder richtlijnen/handreikingen,¹ vormen de spil van kwaliteitsbeleid. In dit rapport gaat het over richtlijnen en medisch-inhoudelijke handreikingen. Richtlijnontwikkeling is een belangrijke activiteit van VerenSo. Om te komen tot een aanbod aan actuele, relevante kwaliteitsstandaarden is een lange termijn planning in de vorm van een richtlijnagenda noodzakelijk. Een richtlijnagenda maakt inzichtelijk voor welke onderwerpen er bij specialisten ouderengeneeskunde behoefte is aan het updaten van bestaande richtlijnen en het ontwikkelen van nieuwe richtlijnen. Deze richtlijnagenda loopt tot en met 2035, dit in verband met de subsidieaanvraag voor RAILZ. Op deze manier kan worden aangetoond dat er voldoende richtlijnen/handreikingen bestaan die toen zijn aan een update.

De richtlijnagenda van VerenSo kan als leidraad dienen voor het [programma Richtlijnen Artsen In de Langdurige Zorg \(RAILZ\)](#), het richtlijnprogramma van VerenSo en de Nederlandse Vereniging voor Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) voor monodisciplinaire richtlijnen en medisch-inhoudelijke handreikingen die de artsen ondersteunen in de praktijk. Daarnaast voor de [Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg \(SKILZ\)](#), een samenwerkingsverband tussen VerenSo, de NVAVG en de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) voor het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen in de langdurige zorg. Tot slot ook voor subsidieverstrekkers als het Ministerie van VWS en ZonMw.

¹ In de rest van de document wordt voornamelijk gesproken over richtlijnen waarmee kwaliteitsstandaarden in het algemeen worden bedoeld en richtlijnen en medisch-inhoudelijke handreikingen in het bijzonder.

2. Methode

In dit hoofdstuk worden de verschillende stappen beschreven die werden gezet om te komen tot een representatieve Verenso richtlijnagenda. Er werd een inventarisatie en beoordeling gedaan van het huidige Verenso aanbod van richtlijnen en medisch-inhoudelijke handreikingen en een inventarisatie van mogelijke nieuwe onderwerpen voor richtlijnontwikkeling. De geïnventariseerde onderwerpen werden geprioriteerd en zijn omgezet naar een richtlijnagenda. Er was reeds een plan van aanpak uit juni 2018. Dit plan heeft als leidraad gediend bij het opstellen van de richtlijnagenda. Aan dit plan van aanpak is één wijziging gedaan. De onderbouwing hiervoor staat opgenomen in het hoofdstuk 4 'Discussie'.

2.1 Inventarisatie huidig aanbod

Het huidig interne aanbod van richtlijnen/handreikingen is geïnventariseerd. Deze inventarisatie is gedaan door het doorzoeken van de Verenso website, waaronder de Verenso Richtlijnen-database en van mappen binnen de interne mappenstructuur van Verenso naar alle beschikbare richtlijnen en medisch inhoudelijke handreikingen. Bij de inventarisatie zijn ook de publicatiedatum en herzieningsdatum van de producten geïnventariseerd. Ook de richtlijnen/handreikingen die momenteel in herziening zijn of worden ontwikkeld zijn meegenomen in de inventarisatie. Tot slot zijn ook de nog niet ontwikkelde/geüpdatet richtlijnen/handreikingen van de richtlijnagenda 2018 meegenomen bij de inventarisatie.

2.2 Beoordeling huidig aanbod op actualiteit

Voor het beoordelen van de actualiteit van het huidige aanbod aan richtlijnen/handreikingen zijn (oud)werkgroepleden/voorzitters/experts, die betrokken waren bij de ontwikkeling van de desbetreffende richtlijn, schriftelijk geraadpleegd.

Alle richtlijnen uit het huidige aanbod die ouder zijn dan twee jaar (vóór 2022 gepubliceerd) en momenteel niet in ontwikkelingen zijn of in (voorbereiding op) herziening zijn, zijn beoordeeld op actualiteit. Voor iedere richtlijn is minimaal één werkgroeplid benaderd die destijds betrokken is geweest bij de ontwikkeling van de richtlijn. Dit werkgroepslid is gevraagd de richtlijn te beoordelen op actualiteit. Als het niet mogelijk was om een werkgroepslid te benaderen werd er gezocht naar een expert/hoogleraar over het onderwerp binnen ons vakgebied. De experts is gevraagd de beoordeling van de richtlijnen te doen aan de hand van de volgende drie punten:

- beschikbaarheid van nieuwe evidence;
- gesignaleerde nieuwe knelpunten in de praktijk;
- geen behoefte meer aan deze richtlijn omdat er geen knelpunten meer zijn in de praktijk met betrekking tot het onderwerp van de richtlijn.

2.3 Inventarisatie nieuwe onderwerpen

Voor de inventarisatie van nieuwe onderwerpen voor richtlijnen/handreikingen zijn de leden van Verenso door middel van een online enquête geraadpleegd. De leden zijn gevraagd om hun behoeften/wensen aan te geven voor de eventuele ontwikkeling van nieuwe richtlijnen en medisch-inhoudelijke handreikingen (bijlage 1).

De enquête leverden een lijst met 55 mogelijke nieuwe onderwerpen op. Deze onderwerpen werden ontdubbeld en samengevoegd tot een conceptlijst van nieuwe onderwerpen. De onderwerpen op de conceptlijst zijn afgezet tegen het huidige aanbod van richtlijnen van externe partijen.

Hiervoor werd gekeken naar het aanbod van richtlijnen in [NHG-standaarden](#), richtlijnen van [medisch specialisten](#), [palliatieve](#) richtlijnen, [verpleegkundige](#) richtlijnen en [infectiepreventierichtlijnen](#). Naast het doorzoeken van deze richtlijndatabases, werd er een nog googlesearch gedaan. Als er een richtlijn bestond met betrekking tot het onderwerp is nagegaan in hoeverre deze richtlijn het genoemde onderwerp voor de ouderengeneeskunde dekt. Bij onderwerpen waarover getwijfeld werd of deze voldoende gedekt werden door externe richtlijnen werd geprobeerd contact op te nemen met de specialist ouderengeneeskunde die betrokken was in de werkgroep tijdens de richtlijnontwikkeling.

2.4 Ontwikkeling shortlist

Op basis van een overzicht met (de beoordeling van) het huidig aanbod en de conceptlijst met nieuwe onderwerpen in relatie tot het extern aanbod, is tijdens de Werkgroep Richtlijn Ontwikkeling (WRO)-bijeenkomst van 27 mei 2024 beoordeeld welke onderwerpen aan leden werden voor gelegd ter prioritering voor de richtlijnagenda, de zogenaamde shortlist. De WRO heeft dus een eerste schifting gemaakt en daarmee een eerste prioritering gedaan. De WRO is hiervoor gekozen omdat deze werkgroep nauw betrokken is bij de richtlijnontwikkeling van Verenso en goed op de hoogte is van het bestaande richtlijnenaanbod.

Voor het huidige aanbod gebruikte de WRO de beoordelingen zoals beschreven in paragraaf 2.2 de belangrijkste bron voor de prioritering. Voor de nieuwe onderwerpen werd gezamenlijk doorgenomen en gediscussieerd in hoeverre het onderwerp momenteel gedekt werd in het bestaande externe richtlijnenaanbod. Per onderwerp moest de WRO uiteindelijk tot consensus komen. Het resultaat was een shortlist van onderwerpen van bestaande en nieuwe onderwerpen voor richtlijnen die ontwikkeld of herzien moeten worden.

2.5 Prioritering

Om een rangorde aan te kunnen brengen in de onderwerpen van de shortlist werden leden geraadpleegd middels een online enquête. De uitkomsten van de online enquête werden tijdens de WRO bijeenkomst op 8 juli 2024 besproken.

2.5.1 Ledenraadpleging

Ledenraadpleging vond plaats door middel van een online enquête, waarvoor SurveyMonkey werd gebruikt. De leden konden de onderwerpen van de shortlist prioriteren van 1 tot en met 15. Omdat de meerderheid van de beroepsgroep lid is van Verenso (100% van de AIOS ouderengeneeskunde en 80% van de specialisten ouderengeneeskunde) heeft nagenoeg de volledige beroepsgroep de mogelijkheid gehad input te leveren voor de richtlijnagenda. Een oproep om aan deze enquête deel te nemen werd geplaatst in de Verenso nieuwsbrieven van 10 juni en 18 juni 2024. Deze nieuwsbrieven ontvangt ieder Verenso lid per e-mail, tenzij deze zich hiervoor heeft afgemeld. De enquête is weergegeven in bijlage 2.

2.5.2 Werkgroep Richtlijn Ontwikkeling (WRO)

Tijdens de WRO bijeenkomst op 8 juli 2024 werden de resultaten van de enquête besproken en geëvalueerd. Afhankelijk van de rangorde die de leden in de enquête het onderwerp hadden gegeven, werd een advies voor prioritering gegeven door de WRO.

2.6 Concept richtlijnagenda

Naar aanleiding van de WRO bijeenkomst is een concept richtlijnagenda opgesteld en per mail voorgelegd aan de WRO-leden. Hierin staat de prioritering van de top 19 te ontwikkelen richtlijnen/handreikingen. De concept versie is ter goedkeuring allereerst opnieuw langs de leden van de WRO gegaan en is vervolgens aan het bestuur voorgelegd.

2.7 Definitieve richtlijnagenda

De concept richtlijnagenda wordt/werd aan het bestuur voorgelegd en zij stellen/stelden aan de hand van wensen en (financiële) mogelijkheden de definitieve richtlijnagenda vast.

3. Resultaten

Dit hoofdstuk geeft de resultaten weer van het hiervoor beschreven proces. Het uiteindelijke resultaat is een richtlijnagenda met een top 19 van medisch-inhoudelijke onderwerpen die het meest relevant worden geacht voor richtlijnontwikkeling door en voor VerenSo voor de komende jaren, bijvoorbeeld binnen het programma RAILZ of door SKILZ, Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) of Federatie Medisch Specialisten (FMS).

3.1 Inventarisatie huidig aanbod

De inventarisatie van het huidige aanbod aan richtlijnen en medisch-inhoudelijke handreikingen van VerenSo leverde 27 onderwerpen op, waaronder, één behandeladvies, elf richtlijnen, dertien handreikingen en 2 open staande onderwerpen van de richtlijnagenda 2018. Twee bestaande richtlijnen, en één bestaande handreiking zijn momenteel in herziening. Ook is ten tijde van het ontwikkelen van de richtlijnagenda een nieuwe richtlijn in de voorbereidingsfase, te weten de richtlijn Verslaving. Ook zijn er vier nieuwe handreikingen in ontwikkeling, te weten Antimicrobial Stewardship, GRZ generiek deel, GRZ CVA en GRZ heupfractuur. Ook deze onderwerpen zijn meegenomen in het huidige aanbod. Tot slot zijn twee onderwerpen van de richtlijnagenda 2018 meegenomen, anemie en diagnostiek delier bij cognitieve problemen. De inventarisatie is opgenomen in bijlage 3.

3.2 Beoordeling huidig aanbod op actualiteit

De beoordeling van de actualiteit is uitgevoerd door experts voor dertien richtlijnen/handreikingen. De openstaande onderwerpen uit 2018 zijn niet beoordeeld op actualiteit, maar zijn direct naar de WRO gegaan. De resultaten hiervan zijn opgenomen in bijlage 4.

3.3 Inventarisatie nieuwe onderwerpen

De enquête onder de leden leverde een lijst met 55 nieuwe onderwerpen op. Na ontdebelen en samenvoegen bleef een longlist over van 36 mogelijke nieuwe onderwerpen (bijlage 5). Deze onderwerpen werden tegen de externe richtlijnen aangehouden.

3.4 Ontwikkeling shortlist

Om tot de shortlist te komen werd een longlist met 49 onderwerpen (13 uit huidig aanbod en 36 nieuwe onderwerpen) voorgelegd aan de WRO. Na beoordeling door de WRO (zie laatste kolom in bijlage 4 & bijlage 5) werd de longlist omgevormd tot een shortlist met negentien mogelijke onderwerpen voor de richtlijnagenda. Het betrof acht onderwerpen uit het huidig aanbod (herziening nodig) en elf nieuwe onderwerpen.

De negentien onderwerpen waren (in alfabetische volgorde):

- Angststoornissen bij kwetsbare ouderen
- Diagnostiek van dementie (herziening)
- Geriatrisch assessment (herziening)
- GRZ amputatie
- GRZ COPD
- GRZ oncologie
- Hoofdtrauma
- Lage luchtweginfecties (herziening)
- Persoonlijkheidsstoornissen bij kwetsbare ouderen
- Probleemgedrag bij mensen met dementie (herziening)
- Probleemgedrag, multidisciplinair samenwerken (herziening)
- Psychose bij kwetsbare ouderen
- Psychotrauma bij kwetsbare ouderen
- Reanimatie bij kwetsbare ouderen (herziening)
- Reumatische aandoeningen bij kwetsbare ouderen
- Stemmingsstoornissen bij kwetsbare ouderen
- Triageinstrument GRZ (herziening)
- Urineweginfecties (herziening)

- Visuele beperkingen bij kwetsbare ouderen

3.5 Prioritering

3.5.1 ledenraadpleging

De enquête over de richtlijnagenda is in totaal door 73 leden ingevuld. De verdeling van aios en specialisten ouderengeneeskunde lijkt overeen te komen met de verdeling in de beroepsgroep, er zijn 15 aios en 54 specialisten ouderengeneeskunde die de enquête hebben ingevuld. De werkgebieden waar deze specialisten ouderengeneeskunde werkzaam zijn lijkt wel ongeveer gelijk te zijn aan de beroepsgroep. De uitkomsten van de enquête staan opgenomen in bijlage 6.

3.5.2 WRO

Tijdens de WRO bijeenkomst op 8 juli 2024 zijn de resultaten van de enquête besproken. De WRO kon geen definitief besluit nemen om onderwerpen te schrappen en adviseerde daarom om de volledige lijst te behouden. De WRO geeft wel aan dat de GRZ onderwerpen ruimschoots vertegenwoordigd zijn, hier dient rekening mee te worden gehouden in de herzieningen/ontwikkelingen. Het advies is overgenomen waardoor er een top 19 is ontstaan. Er is één aanpassing gedaan, gezien de vele discussie die ontstaan over urineweginfecties is deze naar boven gehaald en boven lage luchtweginfecties geplaatst. De WRO geeft aan dat urineweginfecties meer prioriteit heeft om te updaten dat lage luchtweginfecties.

3.6 Concept richtlijnagenda

Aan de hand van de WRO-bijeenkomst d.d. 8 juli 2024 en aansluitende schriftelijke raadpleging van de WRO-leden is onderstaande conceptrichtlijnagenda vastgesteld met een top 19 van onderwerpen.

Top 19

- Angststoornissen bij kwetsbare ouderen
- Diagnostiek van dementie (herziening)
- Persoonlijkheidsstoornissen bij kwetsbare ouderen
- Probleemgedrag bij mensen met dementie (herziening)
- Hoofdtrauma
- Geriatrisch assessment (herziening)
- Psychose bij kwetsbare ouderen
- Stemningsstoornissen bij kwetsbare ouderen
- Probleemgedrag, multidisciplinair samenwerken (herziening)
- GRZ COPD
- Urineweginfecties (herziening)
- Lage luchtweginfecties (herziening)
- Psychotrauma bij kwetsbare ouderen
- GRZ amputatie
- GRZ oncologie
- Reumatische aandoeningen bij kwetsbare ouderen
- Reanimatie bij kwetsbare ouderen (herziening)
- Triage instrument GRZ (herziening)
- Visuele beperkingen bij kwetsbare ouderen

3.7 Definitieve richtlijnagenda

De conceptagenda werd zonder wijzigingen vastgesteld door het bestuur d.d. 3 september 2024.

4. Discussie

Dit hoofdstuk kijkt terug op het proces dat tot de richtlijnagenda heeft geleid. Het hoofdstuk sluit af met een aantal aanbevelingen voor de toekomst.

4.1 Procesbeschouwing

Bij het proces om tot een representatieve richtlijnagenda te komen is zo zorgvuldig mogelijk te werk gegaan. Er is gezocht naar een breed draagvlak voor de richtlijnagenda door zowel, werkgroepleden en de WRO bij de inventarisatie en beoordeling te betrekken. Daarnaast konden in principe alle leden hun stem laten horen door de ledenraadpleging via de enquête. Elke stap van het proces is ook telkens teruggekoppeld naar de WRO die hierin een adviserende functie had.

Het plan van aanpak dat reeds in juni 2018 was opgesteld heeft als leidraad gediend voor de verdere aanpak om te komen tot een richtlijnagenda. Hierin is één stap aangepast.

De workshops met de opleiders om nieuwe onderwerpen aan te dragen zijn vervangen door een online enquête bij de leden. Op deze manier kon er meer verdieping worden gevraagd, zoals welke klinische vragen er speelde. Daarnaast kon op de manier ook iedereen input leveren, in plaats van een specifieke groepen van specialisten ouderengeneeskunde.

Terugkijkend op het proces valt er één punt op dat in de toekomst meer aandacht verdient. De verspreiding van de enquête had beter kunnen worden aangepakt om een grotere betrokkenheid van de leden te bevorderen. De respons was namelijk vrij beperkt: van de 64 reacties op nieuwe onderwerpen hebben slechts 27 leden de enquête volledig ingevuld, wat neerkomt op 1,1% van de beroepsgroep. Voor de prioritering hebben 73 personen deelgenomen aan de enquête, wat slechts 2,9% van de beroepsgroep vertegenwoordigt.

4.2 Aanbevelingen

Met de huidige richtlijnagenda is een goede start gemaakt met onderwerpen die de komende jaren input zijn voor de richtlijnontwikkeling. Het advies is om over enkele jaren nog eens de richtlijnagenda te herzien en dan hierbij meer aandacht te besteden aan de verspreiding van de enquêtes om de betrokkenheid van de leden te vergroten. Ook kan er worden gekeken of er op andere manieren en kanalen input verzamelt kan worden. Tot slot kan er gedacht worden om bij andere verenigingen na te vragen hoe zij dit proces tot het vormen van een richtlijnagenda hebben aangepakt om zo de best practices op te halen.

Er is tijdens het proces van ontwikkeling van de richtlijnagenda geen standaard methodiek uitgekomen voor de herziening van reeds bestaande richtlijnen. Advies is om na maximaal vijf jaar na publicatie de kwaliteitsstandaard te reviseren.

5. Realisatie

De richtlijnagenda dient als leidraad voor de richtlijnontwikkeling van VerenSo. De implementatie van de onderwerpen zal voornamelijk via RAILZ op zich genomen worden. Mogelijk zijn er enkele onderwerpen die geen multidisciplinaire aanpak behoeven maar monodisciplinair door VerenSo opgepakt dienen te worden. Het proces van richtlijnontwikkeling is van vele factoren afhankelijk. Deze top 19 is geen vaststaande regel, maar door externe factoren zal hierin geschoven worden of andere onderwerpen kunnen worden toegevoegd. Het advies vanuit de WRO is ook om over vijf jaar een tussentijdse evaluatie te doen over de stand van zaken.

Bijlage 1. Online enquête nieuwe onderwerpen

1. *Wat is je functie?*

- Specialist ouderengeneeskunde
- AIOS ouderengeneeskunde
- AIOTO ouderengeneeskunde/promovendus en AIOS ouderengeneeskunde
- Gepensioneerd specialist ouderengeneeskunde
- Overig, namelijk ...

2. *Wat is op dit moment je werkgebied*

- Verpleeghuis (intramuraal/WLZ)
- Eerstelijns
- Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ)
- Psychiatrie
- Overig, namelijk...

3. *Voor welke onderwerpen mis je op dit moment een richtlijn? Geef daarbij graag aan waarom én welke klinische vragen je dan beantwoord wilt zien in deze richtlijn (meerdere opties mogelijk).*

4. *Mag er contact met je opgenomen worden voor eventueel extra informatie?*

- Ja
- Nee
- Mailadres:

Bijlage 2. Online enquête prioritering

1. *Sleep de onderwerpen in de volgorde die voor jou belangrijk zijn om te herzien of te ontwikkelen. Nummer 1 is het onderwerp met de hoogste prioriteit en nummer 15 heeft de laagste prioriteit.*

- Angststoornissen bij kwetsbare ouderen
- Diagnostiek van dementie (herziening)
- Geriatrisch assessment (herziening)
- GRZ amputatie
- GRZ COPD
- GRZ oncologie
- Hoofdtrauma
- Lage luchtweginfecties (herziening)
- Persoonlijkheidsstoornissen bij kwetsbare ouderen
- Probleemgedrag bij mensen met dementie (herziening)
- Probleemgedrag, multidisciplinair samenwerken (herziening)
- Psychose bij kwetsbare ouderen
- Psychotrauma bij kwetsbare ouderen
- Reanimatie bij kwetsbare ouderen (herziening)
- Reumatische aandoeningen bij kwetsbare ouderen
- Stemmingsstoornissen bij kwetsbare ouderen
- Triage instrument GRZ (herziening)
- Urineweginfecties (herziening)
- Visuele beperkingen bij kwetsbare ouderen

2. *Wat is je functie?*

- Specialist ouderengeneeskunde
- AOIS ouderengeneeskunde
- AIOTO ouderengeneeskunde/promovendus
- Gepensioneerd specialist ouderengeneeskunde
- Overige, namelijk

3. *Wat is op dit moment je werkgebied?*

- Verpleeghuis (intramuraal/wlz)
- Eerstelijns
- Geriatrische revalidatiezorg (GRZ)
- Psychiatrie
- Overig (geef nadere toelichting)

4. *Heb je nog een opmerking die je ons wilt meegeven?*

Bijlage 3. Overzicht huidige aanbod Verenso richtlijnen/handreikingen

Soort kwaliteit-standaard	Titel	Publicatie / Laatste herziening
Handreiking	Antimicrobial stewardship	Nieuw
Handreiking	Behandelkader Geriatrische Revalidatie	2010
Handreiking	Dementie, diagnostiek van	2008
Handreiking	Geriatrisch assessment	2014
Handreiking	GRZ CVA	Nieuw
Handreiking	GRZ generiek deel	Nieuw
Handreiking	GRZ heupfractuur	Nieuw
Handreiking	Infectiepreventie en antibioticaresistentie: rol van specialist ouderengeneeskunde	2018
Handreiking	Palliatieve sedatie bij refractair probleemgedrag bij mensen met dementie	2022
Handreiking	Probleemgedrag, multidisciplinair werken	2008
Handreiking	Triage instrument revalidatiezorg	2013
Handreiking	Uitbraakmanagement	2023
Handreiking	Wet zorg en dwang, handreiking SO en AVG	2022, herzien 2024
Richtlijn	Blaaskatheters	2011
Richtlijn	Dementie, palliatieve zorg voor mensen met	2023
Richtlijn	Diabetes (nieuwe naam: verantwoorde diabeteszorg)	2011, herzien 2024
Richtlijn	Influenzapreventie (nieuwe naam: virale luchtweginfecties)	2004, herzien 2024
Richtlijn	Lage luchtweginfecties	2018
Richtlijn	Neusmaagsonde, addendum	2019
Richtlijn	Pijn (richtlijn), chronisch bij kwetsbare ouderen	2011
Richtlijn	Probleemgedrag bij mensen met dementie	2018
Richtlijn	Reanimatie bij kwetsbare ouderen	2017
Richtlijn	Urinerweginfecties	2018
Richtlijn	Verslaving	Nieuw
Behandeladvies	Geriatrische revalidaties na COVID-19	2022
-	Anemie	Open richtlijnagenda 2018
-	Diagnostiek delier bij cognitieve problemen	Open richtlijnagenda 2018

Bijlage 4. Beoordeling actualiteit richtlijnen door experts

Titel	Beoordeling actualiteit	Opmerking	Conclusie WRO
Behandelkader Geriatrische Revalidatie	<p>Leonoor Dam van Isselt</p> <ul style="list-style-type: none"> Beschikbaarheid van nieuw onderzoek: JA Gesignaleerde nieuwe knelpunten in de praktijk: JA Behoeftte aan de handreiking in de praktijk: JA dat is er zeker en daar zijn we vanuit het Beter Thuis project ook mee bezig, weliswaar alleen voor Heup fractuur en CVA. Maar er wordt ook een generiek deel ontwikkeld. Ook is er natuurlijk de kwaliteitsbeschrijving. Het is daarom wel de vraag in hoeverre er een herziening van deze handreiking gewenst is en opgenomen moet worden in de richtlijnagenda voor 2025-2030. 	<p><i>Voorstel: besluiten nadat project GRZ is afgerond. In september 2024 meer duidelijkheid wat er in het generieke deel komt te staan.</i></p>	<p>Overnemen advies; besluiten nadat project GRZ is afgerond Wel meenemen in prioritering (oncologische revalidatie, amputatie, COPD)</p>
Blaaskatheters	<p><i>Later beoordelen i.v.m. SRI richtlijn die ontwikkeld wordt</i></p>	<p><i>Verenso niet meegeedaan aan opstellen of beoordelen SRI-richtlijn. Daarmee wordt deze niet opgenomen in de RL-database.</i></p>	<p>Wachten op SRI. Dan kijken of Verenso document aangepast moet worden of dat alles in die richtlijn is opgenomen</p>
Dementie, diagnostiek van	<p>Amnon Weinberg</p> <p>Deze is zeker aan een herziening toe.</p> <p>Motivatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de handreiking is vooral gericht op binnen het verpleeghuis, de titulatuur verpleeghuisarts en sociaal geriater zijn achterhaald. - de consultatiefunctie specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn is inmiddels geborgd. De positionering in kader diagnostiek bij dementie behoeftte een nieuwe beschrijving. Past ook bij specialist ouderengeneeskunde 2030. 		<p>Herzien</p>

	<p>- er is inmiddels een 2^e Zorgstandaard Dementie, waarbij de reis van mensen met demente en hun naasten in beschreven wordt van niet-pluis fase tot nazorgfase na het overlijden. De bijdrage van de specialist ouderengeneeskunde staat hierin vermeld. De ZSD wordt projectmatig geïmplementeerd tot 2026 met de ontwikkeling van een nieuwe versie. Ik participeer namens Verenso in de kerngroep. Er loopt nu een enquête door Kim Vreeken (namens hoogleraren) onder de specialisten ouderengeneeskunde om de bekendheid en betrokkenheid met deze zorgstandaard te onderzoeken.</p> <p>- in de handreiking wordt naast ziektediagnostiek ook zorgdiagnostiek beschreven. In beide thema's wordt cultuurdiversiteit niet beschreven terwijl dit zeer actueel geworden is. Niet-westerse migranten hebben 25% meer kans op dementie en vormen in 2040 het grootste deel van de doelgroep kwetsbare ouderen in Nederland.</p> <p>Ik ben werkzaam voor deze doelgroep in een islamitisch zorgcentrum en eerste lijn en heb veel ervaring opgedaan. De expertise van en specifieke aanbod door specialisten ouderengeneeskunde moeten ontwikkeld en beschreven worden. Voor diagnostiek bestaan er specifieke diagnostische instrumenten. Momenteel zijn er alleen speciale migrantenpoli's hiervoor.</p> <p><i>Check met NVKG richtlijn dementie</i></p> <p>Als je het hebt over bijgaand stuk van de KNMG/NVKG, dan denk ik dat we toch onze eigen handreiking moeten updaten. Onze positionering binnen de context van passende zorg/dementiezorg/palliatieve zorg/netwerkwzorg over de muren en verbonden aan de zorgstandaard dementie moeten we naar binnen en buiten versterken (past bij strategisch specialist ouderengeneeskunde 2030). Het KNMG stuk is toch te ziekenhuis (geheugenpoli)- en wetenschappelijk georiënteerd en niet praktisch opgesteld. Het beschrijft de zorgdiagnostiek niet als ook niet de (multidisciplinaire) domein overstijgende samenwerkingsprocessen in de keten (ziekenhuis, verpleeghuis,</p>		
--	--	--	--

	<p>huisartspraktijk en ambulant). Bovendien is ook hier cultuurdiversiteit geen thema.</p> <p>Bij onze update hoort ook de verbinding met o.m. de thans in update zijnde Handreiking Kwetsbare Ouderen thuis en een andere Leidraad Zorgpad Kwetsbare Ouderen NVKG, waar ik namens VerenSo een bijdrage aan geleverd hebt (bijlagen).</p> <p>We moeten overigens ook een lijntje maken naar de artsen VG.</p>		
Geriatrisch assessment	<p>Martin Smalbrugge</p> <p>Inmiddels de Handreiking en de kaart gelezen.</p> <p>Ik denk dat de Handreiking, mede door de open formuleringen, nog steeds goed weergeeft hoe een CGA door de specialist ouderengeneeskunde er uit kan zien.</p> <p>Of er nog steeds behoefte aan een CGA handreiking is weet ik niet; het is toch min of meer de methodiek beschrijving van de specialist ouderengeneeskunde, waar zij/hij op varieert afhankelijk van context/patiënt.</p> <p>Als er gereviseerd wordt is het m.i. goed om: naar onderlinge uitwisseling van informatie te kijken: digitale uitwisseling tussen zorgverleners heeft enorme vlucht genomen en komt in huidige handreiking niet aanbod</p> <p>naar 'multidisciplinaire team' te kijken; wie zijn dat (VS/PA, paramedici, psycholoog, ...) en wat is hun taak/rol binnen het CGA dat omschreven wordt als een multidisciplinair assessment.</p> <p>naar de meetinstrumenten te kijken: die zijn nog goed up-to-date, maar er hebben wel wat nieuwe ontwikkelingen plaatsgevonden</p> <p>naar de evidence te kijken en vooral ook hoe die te wegen (veel onderzoek in de community is gedaan onder groepen ouderen die als frail gedefinieerd zijn, maar dat is niet zoals in de praktijk gebeurt (op verwijzing/indicatie)) in het kader van gebruik van CGA als 'werkmethode' van de specialist ouderengeneeskunde.</p>	<p><i>Vanuit leden via bestuur en bureaumedewerker verzoek gekregen om handreiking Geriatrisch assessment te herzien</i></p>	Herzien

	<p>Onderstaand wat recente reviews:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Effectiveness of holistic assessment-based interventions for adults with multiple long-term conditions and frailty: an umbrella review of systematic reviews. Arakelyan S, Mikula-Noble N, Ho L, Lone N, Anand A, Lyall MJ, Mercer SW, Guthrie B. <i>Lancet Healthy Longev.</i> 2023 Nov;4(11):e629-e644. doi: 10.1016/S2666-7568(23)00190-3. PMID: 37924844 Review. 2. Does CGA Improve Health Outcomes in the Community? An Umbrella Review. Ambagtsheer RC, Thompson MQ, Tucker GR, Schultz T, Beilby J, Visvanathan R.J <i>Am Med Dir Assoc.</i> 2023 Jun;24(6):782-789.e15. doi: 10.1016/j.jamda.2023.03.018. Epub 2023 Apr 20. PMID: 37088103 Review. 3. Comprehensive Geriatric Assessment for community-dwelling, high-risk, frail, older people. (Briggs R, McDonough A, Ellis G, Bennett K, O'Neill D, Robinson D. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2022 May 6;5(5):CD012705. doi: 10.1002/14651858.CD012705.pub2. PMID: 35521829 Free PMC article. Review.) 4. Comprehensive geriatric assessment in older people: an umbrella review of health outcomes. (Veronese N, Custodero C, Demurtas J, Smith L, Barbagallo M, Maggi S, Cella A, Vanacore N, Aprile PL, Ferrucci L, Pilotto A; Special Interest Group in Systematic Reviews of the European Geriatric Medicine Society (EuGMS); Special Interest Group in Meta-analyses and Comprehensive Geriatric Assessment of the European Geriatric Medicine Society (EuGMS). <i>Age Ageing.</i> 2022 May 1;51(5):afac104. doi: 10.1093/ageing/afac104. PMID: 35524746 Review. 5. An Old Challenge with New Promises: A Systematic Review on Comprehensive Geriatric Assessment in Long-Term Care Facilities. (Panza F, Solfrizzi V, Lozupone M, Barulli MR, D'Urso F, Stallone R, Dibello V, Noia A, Di Dio C, Daniele A, Bellomo A, Seripa D, Greco A, Logroscino G.) <i>Rejuvenation Res.</i> 		
--	---	--	--

	2018 Feb;21(1):3-14. doi: 10.1089/rej.2017.1964. Epub 2017 Jul 28. PMID: 28635539 Review.		
Infectiepreventie en antibioticaresistentie: rol van de SO	Paul van Houten (lid werkgroep) Ik denk dat er wel ontwikkelingen zijn die op termijn een update wenselijk maken. Ik denk dan vooral aan de leidraad Antibiotica Stewardship die VerenSo nu aan het ontwikkelen is (dat zou bijvoorbeeld met een addendum kunnen) Ik schat in dat die ergens volgend jaar beschikbaar is.		Aangeven bij werkgroep AMS om dit mee te nemen
Lage luchtweginfecties	Cees Hertogh Beide richtlijnen zijn nog steeds actueel en hoeven niet herzien te worden. Zowel op het gebied van de richtlijn LWI als UWI is wel nieuw onderzoek beschikbaar ter verdere onderbouwing van beide richtlijnen. Voor de richtlijn LWI is die literatuur al verwerkt, voor de richtlijn UWI moet dit m.i. snel ter hand worden genomen. Bij die gelegenheid kan ook een aantal tekstuele oneffenheden worden aangepast.		Herzien; zijn belangrijke onderwerpen dus herzien. Richtlijn voor dagelijkse praktijk
Neusmaagsonde (addendum)	<i>Blijft bestaan omdat de richtlijn ook nog steeds bestaat. Juni 2022 is de richtlijn nog geactualiseerd (Vilans). Onderdeel arts staat hier niet bij.</i>		Niet opnemen in RL agenda. Verwachting dat er niet veel is veranderd qua nieuwe inzichten
Pijn, chronisch bij kwetsbare ouderen	<i>Is onderdeel van SKILZ project. VerenSo pakt onderdeel van medicatie voor haar rekening.</i>		Niet opnemen in RL agenda; bij SKILZ al aan de gang
Probleemgedrag bij mensen met dementie Probleemgedrag, multidisciplinair werken	Martin Smalbrugge Ik deel de mening van Sytse, de richtlijn is uit 2016. Destijds veel werk in literatuuronderzoek en beoordeling daarvan gaan zitten. Op gebied van psychosociale interventies zeker ontwikkeling geweest in bewijskracht voor een aantal interventies, op gebied van medicatie en andere interventies ook enkele kleine ontwikkelingen..		Herzien; onderwerp met hoge prioriteit

	<p>We hebben destijds strenge criteria gehanteerd voor inclusie van studies. Daarin is wel voortgaande visie ontwikkeling geweest.</p> <p>De analyse modules en samenwerking met anderen lijken mij zeker nog actueel.</p> <p>Ik denk, in lijn met het advies van Sytse, dat beperkte aanpassing van aantal modules een optie is om te overwegen.</p> <p>Sytse Zuidema</p> <p>Ik CC gelijk Martin Smalbrugge, omdat hij samen met mij, heel veel heeft betekend voor de richtlijn en ook nog steeds veel met het onderwerp te maken heeft. De richtlijn is 9 jaar oud. Dus bij een nieuwe richtlijn evt dan >10 jaar.</p> <p>De richtlijn voldoet nog wel in grove opzet. Dus zeker niet verwijderen (ik ben niet optie 3). Veel onderzoek naar nieuwe medicatie is er niet. Antipsychotica niet veel nieuws. Mogelijk nog iets over (onderzoek naar) pimavanserine. Mogelijk nog iets over nieuwe middelen (cannabinoiden, ritalin, een enkele studie over SSRI). En er is nog wel wat nieuw bewijs over lichttherapie.</p> <p>Er is de laatste 10 jaar wel veel meer evidence gekomen over psychosociale interventies, waardoor de aanwijzingen, die soms op summier, laag gradig bewijs zijn gebaseerd mogelijk wat sterker worden.</p> <p>Nieuwe knelpunten in de praktijk zijn er misschien niet. Wel hebben we als richtlijn commissie geconstateerd dat de beschikbaarheid van psychosociale interventies buiten het verpleeghuis (met name thuis) te wensen over laat. Dit is nog steeds het geval.</p> <p>Als VerenSo deze richtlijn (of modules ervan) wil gaan herzien, dan een aantal overwegingen.</p> <p>De vorige keer heeft het heel veel tijd gekost. Het zou goed zijn om gebruik te maken van de modulaire opbouw om alleen die stukken te herzien, die aan vernieuwing toe zijn.</p>		
--	--	--	--

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vanwege het zwaartepunt van nieuw bewijs psychosociale interventies, moet dit zeker ook met het NIP (en VenVN), ook hopen op de verdeling van tijd/menskracht. 2. Ik zelf ben vorige keer voorzitter geweest en de keer daarvoor lid. Ik ga deze zeker nu niet trekken. (Ik vind dat andere mensen die mogen doen). Dan zou een subsidie van waaruit de kosten voor leden worden vergoed, wel helpen. 		
Reanimatie bij kwetsbare ouderen	<p>Hans van Delden</p> <p>Dank voor de vraag. Ik denk dat er goede argumenten zijn om de richtlijn te herzien (2). In de eerste plaats is er sinds 2013 zeker nieuw onderzoek beschikbaar gekomen naar de uitkomsten van reanimatie (bv de ARREST studie). De wijze waarop er gereanimeerd wordt zal ook gewijzigd zijn (meer reanimaties mbv AED) en dat beïnvloedt de uitkomsten weer. Daarnaast is er op het gebied van de anticiperende besluitvorming zelf (ACP/ PZP) natuurlijk ook het nodige gebeurd. Een harmonisatie met de richtlijnen over PZP van het IKNL/ PZNL is zeker wenselijk. Ook zijn er online modules gemaakt voor patiënten (thuiszorg.nl) die mensen ondersteunen bij het zelf doorlopen van een PZP proces.</p> <p>Kortom actualisering is zeker wenselijk. Desgewenst ben ik bereid daarin een rol te spelen, maar ik begrijp het ook als het juist beleid is om niet weer dezelfde personen te betrekken.</p>		Herzien
Triageinstrument GRZ	<p>Leonoor Dam van Isselt</p> <p>Triage instrument GR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschikbaarheid van nieuw onderzoek: JA • Gesignaleerde nieuwe knelpunten in de praktijk: JA • Behoefte aan de handreiking in de praktijk: JA <p><u>Conclusie:</u> (2) de handreiking moet herzien worden</p>	<p><i>Vanuit leden via bestuur en bureaumedewerkers verzoek gekregen om triageinstrument GRZ te herzien.</i></p> <p><i>In Eindrapport 'Onderweg naar Beter' wat onderdeel is van het ZonMw GRZ-project staat meerdere keren</i></p>	Herzien + link met project GRZ (idee: breder trekken van triageinstrument. Dus GRZ/(WLZ)/EL. In ieder geval voor de kortdurende zorg).

		<i>beschreven dat het triageinstrument verouderd is en herzien dient te worden.</i>	
Urinerweginfecties	Cees Hertogh Beide richtlijnen zijn nog steeds actueel en hoeven niet herzien te worden. Zowel op het gebied van de richtlijn LWI als UWI is wel nieuw onderzoek beschikbaar ter verdere onderbouwing van beide richtlijnen. Voor de richtlijn LWI is die literatuur al verwerkt, voor de richtlijn UWI moet dit m.i. snel ter hand worden genomen. Bij die gelegenheid kan ook een aantal tekstuele oneffenheden worden aangepast.		Herzien; zijn belangrijke onderwerpen dus herzien. Richtlijn voor dagelijkse praktijk. UWI iets meer prio dan LWI
Anemie	-	-	Niet opnemen in RL agenda
Diagnostiek delier bij cognitieve problemen	-	-	Niet opnemen in RL agenda, hoort bij probleemgedrag. Voorkomen dat er teveel verschillende richtlijnen zijn bij dit onderwerp.

Bijlage 5. Beoordelen nieuwe onderwerpen tegen huidige aanbod externe richtlijnen

#	Categorie	Uitkomst enquête	Klinische vraag	Bestaande relevante (externe) richtlijnen	Opmerkingen	Beoordeling WRO
1	Amputatie	Amputaties bij kwetsbare ouderen	Wat zijn prognostisch gunstige/ onrustige factoren die voorspellers zijn voor overleving en kwaliteit van leven? Als je afziet van amputatie wat is dan het beloop?	VRA (2020) Amputatie en prothesiologie extremiteit	Verenso geparticipeerd	Opnemen onder Zorgpad GRZ
2	Apathie	Apathie	Vaststelling en behandeling	Verenso (2018) Probleemgedrag bij mensen met dementie VRA (2017) Neuro psychiatrische gevolgen na NAH bij volwassenen		Niet opnemen in prioriterig
3	Behandelbeperkingen in acute situaties	Acute medische problemen in verpleeghuis bij een niet curatief beleid	Bijvoorbeeld bij een TIA/CVA, moet je dan ECG maken om AF uit te sluiten? moet je antistolling of plaatjesremming starten? of tijdelijk dubbele plaatjesremming? Bijvoorbeeld bij trauma capitis: wat voor afspraken maak je? bijvoorbeeld verdenking beginnende TD bloeding: wat voor behandelopties zijn zinvol bij maximaal behandelen in verpleeghuis?	NVN (2019) Herseninfarct en hersenbloeding NHG (2022) Beroerte		Niet opnemen in prioriterig
4	Cardiovasculaire aandoeningen	Hypertensie bij kwetsbare ouderen	Welke streefwaarden worden landelijk geadviseerd? Adviezen t.a.v. nieuwe middelen bij kwetsbare populatie	NHG (2019) Cardiovasculair risicomangement NIV (2017) Hypertensie in de tweede en derde lijn NIV (2021) Hypertensie spoedgeval	Verenso geparticipeerd aan NHG-richtlijn	Niet opnemen in prioriterig

5	COPD	COPD	Wat is het effect op functionele uitkomstmaten van inhalatoren bij kwetsbare ouderen? Kan een proefstop worden geadviseerd bij verminderende mobiliteit en hoe kan dit het beste geëvalueerd worden?	NHG (2022) COPD NVALT (2023) COPD IKNL/KNMG/LAN (2021) Palliatieve zorg bij COPD	Verenso geparticipeerd aan IKNL richtlijn	Opnemen onder Zorgpad GRZ
6	Depressie	Depressie	Wat het beste stappenplan is voor de ouderen in het verpleeghuis, onderbouwing voor welke meetinstrumenten je bij kwetsbaarheid kan inzetten om de stemming goed te meten	IKNL (2022) Depressie in de palliatieve fase	Verenso geparticipeerd	Opnemen onder psychiatrie
7	Dermatologie/w ondzorg	Huidaandoeningen; bv eczeem, ontstekingen/infecties	Niet medicamenteuze interventies, medicamenteuze interventies	NHG (2014) Eczeem NVDV (2019) Constitutioneel eczeem NVDV (2013) Contacteczeem NVVH (2013) Wondzorg bij acute (traumatische en chirurgische) wonden Wondbehandelingskaart www.wondbedekkers.nl NVDV Meerdere richtlijnen over carcinomen NHG (2017) Verdachte huidafwijkingen		Niet opnemen in prioriterig, NHG standaard voldoet,
	Dermatologie/w ondzorg	Huidaandoeningen (o.a. eczeem, droge huid, intertrigo) en wondzorg	Meer uniforme en landelijke adviezen voor onze kwetsbare populatie			
	Dermatologie/w ondzorg	Wondbehandeling	Wanneer zet je welk verbandmiddel in? wetenschappelijke onderbouwing van de diverse behandelmethodes			
	Dermatologie/w ondzorg	Huidcarcinomen in het verpleeghuis	Prognose van verschillende type huidkanker en hun mogelijkheden en onmogelijkheden			
8	Diabetes	DM in de laatste drie maanden van het leven		Verenso (2011) Multidisciplinaire Richtlijn Diabetes	Richtlijn wordt op dit moment herzien (2024)	Niet opnemen in prioriterig, wordt momenteel al herzien
	Diabetes	Actuele richtlijn diabetes	Rol van SGLT-2 remmers en GLP-1 receptor antagonist	NIV (2018) Diabetes bij ouderen (tevens geautoriseerd door NHG, NKVG, Verenso)		
	Diabetes	Diabetes	Plaats van nieuwe antidiabetica binnen de ouderengnk, glp1, ddp4, sglt2.			

	Diabetes	Diabetes	wat is de plaats van de nieuwe diabetesmedicatie bij de behandeling van kwetsbare ouderen met diabetes? o.a. sgl2 remmers etc.	NDF (2019) Zorg op maat voor ouderen met diabetes (Module Zorgstandaard Diabetes) NHG (2018) Diabetes mellitus type 2		
9	Eerstelijns consulten	Consulten financiering en eerstelijns	Welke producten leveren we, hoe is het gefinancierd nu er WLZ/VPT is naast GZSP. Rekenmodules in de WLZ/VPT. Opties tijdelijke opname bij VPT	https://www.verenso.nl/belangenbehartiging/zorgvormen-en-financiering/eerste-lijn	Niet medisch inhoudelijk	Niet opnemen in prioriterig
	Eerstelijns consulten	Eerstelijns consultvoering	Wat doe je en hoe; hoe is de voorbereiding; hoe is de verslaglegging; hoe is evaluatie etc.			
10	Euthanasie	Euthanasie	Vooral hoe je dit op een verpleegafdeling aanpakt. En wat je doet met euthanasieverklaringen bij verpleeghuisopname. En bij cognitieve stoornissen.	KNMG (2021) Beslissingen rondom het levenseinde SKILZ (2023) Beslisvaardigheid en wilsbekwaamheid		Niet opnemen in prioriterig; DALT project
11	Feedback geven	Feedback	Feedbackmethodes uniform		Niet medisch inhoudelijk	Niet opnemen
12	Hartfalen	Hartfalen	Behandeladvies voor kwetsbare ouderen met hartfalen zonder echo (bijvoorbeeld altijd SGLT2 remmer?)	NHG (2021) Hartfalen IKNL (2018) Palliatieve zorg bij hartfalen (Verenso geparticipeerd)		Opnemen onder Zorgpad GRZ
13	Hoofdtrauma	Traumatisch hersenletsel	Volgt er ooit neurochirurgisch ingrijpen bij een traumatische hersenbloeding en heeft dit gunstige uitkomsten bij kwetsbare ouderen	NVN (2010) Licht traumatisch hoofd/hersenletsel NHG (2015) Hoofdtrauma	Nu in herziening door NHG, Verenso neemt hier niet aan deel (zie bijlage 4 voor mailwisseling over deelname)	Relevant onderwerp voor praktijk. Afwachten van NHG standaard. En eventueel dan een addendum maken. Wel opnemen in prioritering
	Hoofdtrauma	Hoofdtrauma	Zinvolheid van het wekadvis			
	Hoofdtrauma	CT hersenen na hoofdtrauma bij antistolling	Is er een klinisch relevant voordeel van het maken van een CT scan bij een kwetsbare oudere die op zijn hoofd valt met antistolling? Is een			

			wekadvies te adviseren of verstoort dit de slaap te veel?			
14	Hypertonie bij gevorderde neurologische aandoeningen	Spasticiteit	Niet farmacologische behandeling en farmacologische behandeling (samenwerking met revalidatieartsen?)	VRA (2016) Cerebrale en/of spinale spasticiteit IKNL (2023) Palliatieve zorg bij dementie	Verenso heeft geparticipeerd	Niet opnemen in prioriterig; gaat over dementie en daar is al een richtlijn over
	Hypertonie bij gevorderde neurologische aandoeningen	Hypertonie bij gevorderde neurologische aandoeningen (dementie, Parkinson, MS)				
15	Katheteriseren	CAD beleid		Verenso (2011) Richtlijn Blaaskatheters V&VN (2017) Richtlijn Verblijfskatheters bij volwassenen	NHG en V&VN deelgenomen Vertaling van Europese richtlijn van EAUN <i>SRI richtlijn blaaskatherisatie langdurige zorg</i>	Niet opnemen in prioriterig
16	Labbeplating in verpleeghuis	Labafwijkingen in verpleeghuis	Welke labbeplatingen hebben geen meerwaarde om uit te voeren? welke slechts 1x/jaar? wat voor bepalingen zet je in? Verdenking maligniteit bij een maximaal behandelbeleid in het verpleeghuis, is het zinvol om dan oncologische markers te gaan prikken?		Kim: geen specifieke richtlijn voor, is afhankelijk per aandoening (dokters mogen ook zelf blijven denken lijkt me). Bij onco: geen reden tot onderzoek indien geen consequenties.	Niet opnemen in prioriterig
17	Leefstijl	Leefstijl (rol bij dementie)	Welke leefstijlmaatregelen zijn in de praktijk haalbaar en effectief bij		Niet medisch inhoudelijk; evt.	Niet opnemen in prioriterig

			voorkomen en vertragen achteruitgang leefstijl afhankelijke ziektes zoals dementie		verwijzen naar richtlijn van vak therapeuten	
18	Leverfalen	Leverfalen in het verpleeghuis	Avances care planning en kwaliteit van leven bij leverfalen, wat zijn passende behandelingen of wanneer is het ziekenhuis wel nog echt van meerwaarde		Geen specifieke richtlijn voor, komt weinig voor binnen VPH. Is overleg met MDL-arts afdoende?	Niet opnemen in prioriterig
19	Mictieproblematiek	Nycturie/pollakisurie s nachts	handreiking met stappen welke adviezen mogelijk effect hebben, en ook een dd	NHG (2022) Mictieklachten bij mannen NVU (2017) Mannelijk niet-neurogene LUTS NVOG (2023) Urine-incontinentie bij vrouwen Verenso UWI FMS overactieve blaas Verenso blaaskatheters	AIOS: nycturie heeft legio oorzaken (blaasprobleem/ verzakkingen, UWI, OSAS, MS, Parkinson, diabetes). Bij elke aandoening is een andere behandeling nodig. Lijkt mij de taak van de dokter om dit te onderzoeken en dan de benodigde richtlijn hierbij te zoeken. Zou evt nog een handreiking mictieproblemen in algemene zin kunnen voorstellen (welke	Niet opnemen in prioriterig; is al voldoende beschikbaar

					diagnostiek zet je in).	
20	NAH	NAH in de ouderengeneeskunde	(vroegtijdige) (h)erkenning, markeringsvragen, prognostiek en behandelings(on)mogelijkheden	VRA (2022) Behandelkader niet-aangeboren hersenletsel bij volwassenen		Niet opnemen in prioriterig; afwachten van herziening neuro psychiatrische gevolgen
	NAH	Niet aangeboren hersenletsel	Welke aandachtspunten zijn er (overprikkeling, ontremming, verminderd initiatief, dwangmatig gedrag, emotieregulatie), spasticiteit, etc.	VRA (2017) Neuro psychiatrische gevolgen na NAH bij volwassenen		
21	Polyfarmacie en afbouw medicatie	Deprescribing	Welke medicatie komt in aanmerking voor deprescribing, wanneer is het geïndiceerd, hoe pak je het aan en wat zijn de aandachtspunten?	NHG/NVKG/OMS (2020) Polyfarmacie bij ouderen + aanvullende module: minderen en stoppen van medicatie	Verenso geparticipeerd	Niet opnemen in prioriterig
22	Positieve gezondheid en reablement	Positieve gezondheid en reablement	Hoe implementeer je deze werkwijze (teveel gericht op probleemgericht werken)		Niet medisch inhoudelijk	Niet opnemen in prioriterig
23	Probleemgedrag bij dementie	Probleemgedrag en bijpassende psychofarmaca	Behandeling van agressie bij dementie, behandeling van angst bij ouderen, behandeling van slaapstoornissen	Verenso (2018) Probleemgedrag bij mensen met dementie		Niet opnemen in prioriterig; is al een richtlijn over beschikbaar.
	Probleemgedrag bij dementie	Ontremmingsbeelden	Herkenning en behandelingsmogelijkheden			
24	Psychiatrie bij kwetsbare ouderen	Psychose en wanen bij ouderen met beginnende cognitieve stoornissen	Medicamenteuze behandeling met passende doseringen. Aanbevelingen voor niet-medicamenteuze behandeling.	Verenso (2018) Probleemgedrag bij mensen met dementie Akwa GGZ (2019) Ouderen met psychische aandoeningen Verenso (2018) https://www.ntvg.nl/artikelen/stop-met-bloedcontroles-na-18-weken-clozapine?check_logged_in=1 Handboek ouderenpsychiatrie (2018)	Verenso geparticipeerd bij Akwa	Is heel breed qua typering. Clozapine opnemen bij probleemgedrag. Psychotrauma ook bij probleemgedrag. Meer specificeren: persoonlijkheidsstoornissen en bij kwetsbare ouderen, psychose en wanen bij ouderen.
	Psychiatrie bij kwetsbare ouderen	Clozapine gebruik bij kwetsbare ouderen	Indicaties voor clozapine (off-label waarschijnlijk). Hoe om te gaan met labcontroles bij kwetsbare ouderen? Wat te doen bij afwijkende labuitslagen? Handig voorlichtingsmateriaal voor onze doelgroep?			

	Psychiatrie bij kwetsbare ouderen	Psychiatrie	medicatie bij psychiatrische symptomen (nu is er alleen probleemgedrag bij mensen met dementie en dat is niet hetzelfde).	Diverse NVVP en NHG richtlijnen Addenda bij depressie en angststoornissen		> expert vragen op gebied GP om mee te denken. Ankie Suntjens (onderzoek bij UKON)? Psychose bij kwetsbare ouderen Angststoornissen bij kwetsbare ouderen Persoonlijkheidsstoornissen en bij kwetsbare ouderen Depressie bij kwetsbare ouderen
	Psychiatrie bij kwetsbare ouderen	(geactiveerd) psychotrauma bij dementie	Herkenning gedrag dat op psychotrauma kan wijzen, adequate behandeling			
	Psychiatrie bij kwetsbare ouderen	Dementie en psychiatrie.	Is er beleid op te stellen over aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan om deze zorg te bieden?			
	Psychiatrie bij kwetsbare ouderen	Ouderen met psychiatrische aandoeningen, suïcidaliteit of persoonlijkheidsstoornissen	Bespreken klinische beelden en begeleidings-/medicatieadvies of opname mogelijkheden/criteria binnen de GGZ inzichtelijk maken			
25	Reumatische aandoeningen	Reumatische aandoening en medicatie	De klinische beelden m.b.t. auto-immuunziekten inzichtelijk maken voor de SO en bijbehorende medicatie (en bijwerkingen)	Deels richtlijnen reumatologie, verdere auto-immuunaandoeningen te zeldzaam dat er richtlijnen zijn --> overleggen reumatoloog		Wel opnemen in prioritering
26	Rol specialist ouderengeneeskunde bij LVHC	De rol van de SO bij MS, Korsakov, Huntington etc.	Hoe draag je over en wat kan van een SO worden verwacht? Welke specifieke punten verdienen de aandacht van de SO? En bij welke problemen moet/kan de SO doorverwijzen en naar wie?		Niet medisch inhoudelijk	Niet opnemen in prioritering
27	Samenwerking specialist ouderengeneeskunde en revalidatiearts	Samenwerking SO met revalidatiearts	Kan de SO de revalidatiearts aanvullen i.v.m. meer ervaring met co morbiditeit en polyfarmacie. Kan de revalidatiearts zijn/haar expertise m.b.t. hulpmiddelen en orthesen/prothesen en advies m.b.t. botox weer delen met de SO.		Niet medisch inhoudelijk	Niet opnemen in prioritering
28	Terminaal delier	Einde leven delier	bestaat het concept wetenschappelijk of via expert	IKNL (2022) Delier in de palliatieve fase	Verenso geparticipeerd	Niet opnemen in prioritering

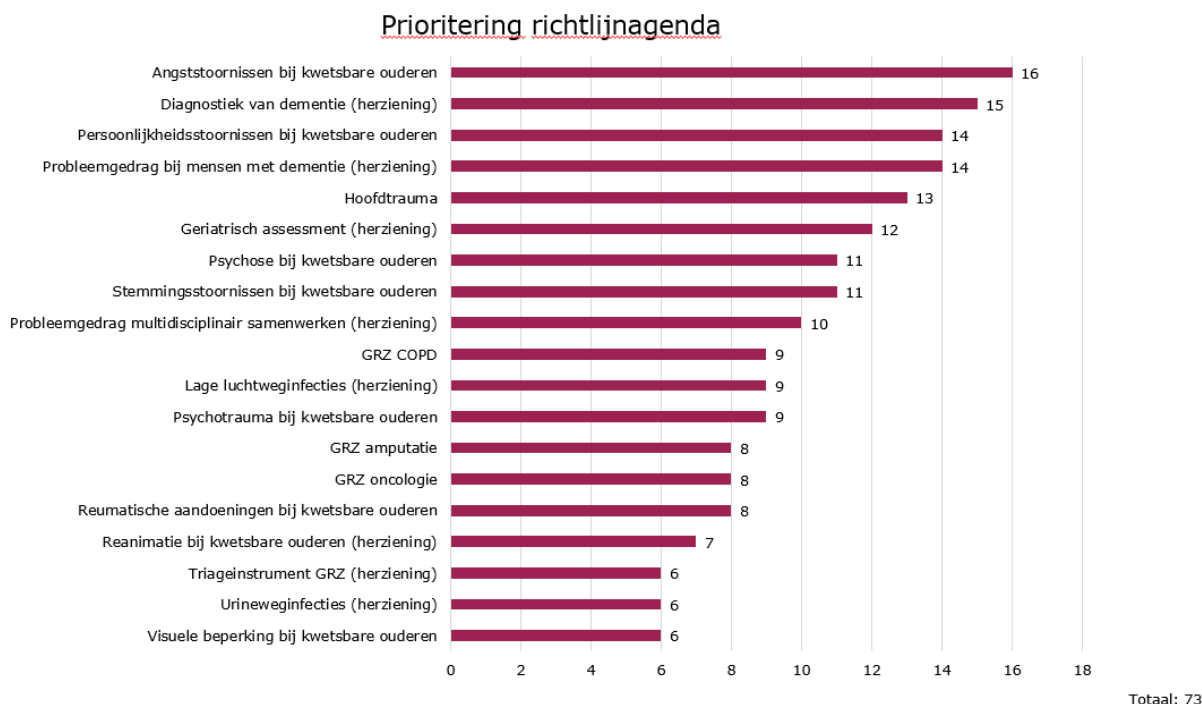
			opinion; wanneer kun je voorpellen als een heftig delier eindigt met overlijden in de WLZ			
29	Verslaving	Verslaving alcohol, opiaten, benzodiazepines	Grens van acceptabel alcoholgebruik, in samenspraak met ACTIZ, Plan voor signaleren van problematiek, Multidisciplinaire aanpak t.a.v. signalering en afbouw	DSM-5: Middel gerelateerde en verslavingsstoornissen	Meenemen in RL verslaving die nu gemaakt wordt (reeds doorgegeven aan RAILZ-team)	Niet opnemen in prioriterig
	Verslaving	Verslaving	Hoe stel je of beschrijf je diagnose?			
	Verslaving	Verslaving	Raakvlak verslavingsgeneeskunde, psychiatrie en ouderenzorg. Hoe om te gaan met verslaving bij ouderen en in het verpleeghuis. Wat is goede zorg voor hen en wat kan wel in het verpleeghuis en wat niet en onder welke voorwaarden			
30	Visuele beperkingen	visuele en gezichtsveldbeperkingen in de ouderengeneeskunde	(vroegtijdige) (h)erkenning in de ouderengeneeskunde, betekenis op andere deelgebieden in de ouderengeneeskunde (bv psychogeriatrische aandoeningen, rol bij cognitieve (progressieve) stoornissen, bewegingsstoornissen, effect van (nieuwere) behandelings(on)mogelijkheden	NOG (2020) Visuele beperkingen - verwijzing en revalidatie: hoofdstuk Kwetsbare ouderen met visuele beperkingen		Wel opnemen in prioritering; multidisciplinair, gaat over inrichten omgeving.
31	Weefsel- en orgaandonatie	Weefseldonatie	Wat moet je in de verpleeghuissetting bespreken voor overlijden, na overlijden en hoe regel je donatie? Hoe leg je alles vast? (volgens de wet moet er een handtekening op een verklaring staan, danwel vastleggen in Donorregister; wat doe je als iemand in het vph een andere wens uit?) Wat doe je bij	NTS (2021) Weefseldonatie. Procedure voor de eerstelijns		Niet opnemen in prioriterig

			mentorschap? (Dit houdt op bij overlijden, dus moet je dan toch een nabestaande opsporen?)			
32	WZD	Samenwerking WZD-WvGGZ	samenwerking tussen WLZ en GGZ, wettelijke mogelijkheden etc.		Niet medisch inhoudelijk	Niet opnemen in prioriterig
33	Zorg rondom levenseinde	Laatste levensfase vooraf aan de stervensfase	markeringsvragen, waarden en voorkeuren van patiënten, waarden en voorkeuren van mantelzorgers en naasten/familie, de rol van acceptance/commitment behandelingen/moreel beraad en positieve psychologie etc.	IKNL (2023) Richtlijn Zorg in de Stervensfase IKNL (2023) Richtlijn Proactieve Zorgplanning SKILZ (2023) Proactieve zorgplanning in de langdurige zorg Zorgpad stervensfase (onderdeel richtlijn zorg in de stervensfase)	Verenso bij allen geparticipeerd	Niet opnemen in prioriterig
34	Medicatieverificatie	Komt voort uit NICTIZ programma rondom medicatieoverdracht (digitaliseren van medicatie). Er zijn nu nog geen afspraken hoe je dit als specialist ouderengeneeskunde doet. Vanuit klankbordgroep. Misschien een handreiking		https://www.vmszorg.nl/wp-content/uploads/2017/03/web_2008.0101_praktijkgids_medicatieverificatie.pdf		Niet opnemen in prioriterig; waarom is dit een apart onderwerp voor de specialist ouderengeneeskunde? En wat wordt er precies onder staan? Vooral binnen regio.
35	Trombose	Missen adviezen op medicatiegebied hoe je hiermee omgaat als specialist ouderengeneeskunde		NIV (2016) Antitrombotisch beleid		Niet opnemen in prioriterig

36	Medisch inhoudelijke triage	Medisch inhoudelijke triage	<p>Het is ook een lastig onderwerp op de scheiding van verpleging en de artsen waarbij in verpleeghuizen verschillende werkwijze zijn. Soms geen triage (direct iedereen vanuit zorgteams belt de dokter) tot praktijkverpleegkundige (kan vanuit locatie of vanuit medische dienst georganiseerd zijn) tot triage VS voor een hele organisatie/regio.</p> <p>Ik merk met toenemende krapte in de zorg dat er meer vragen bij de artsen terecht komen die in principe door een verpleegkundige kunnen worden opgelost. Verpleging/verzorging op afdelingen werken met veel vanuit een EWS systeem in combinatie met pluis/niet-pluis. Het zou helpen als er een triage handboek/schema en afspraken wat je van elkaar mag verwachten in de VVT komen, vergelijkbaar wat een doktersassistent bij de huisarts of triagist bij de HAP doet.</p>		Niet medisch inhoudelijk en verschillende werkwijze per organisatie	Niet opnemen in prioriterig
----	-----------------------------	-----------------------------	---	--	---	-----------------------------

Bijlage 6. Resultaten online enquête prioritering

Sleep de onderwerpen in de volgorde die voor jou belangrijk zijn om te herzien of te ontwikkelen. Nummer 1 is het onderwerp met de hoogste prioriteit en nummer 15 heeft de laagste prioriteit.



Heb je nog een opmerking die je ons wilt meegeven?

Opmerking
<p>Het zou mooi zijn als richtlijn ontwikkeling voor het werken in de eerste lijn enige voorrang zou kunnen krijgen aangezien er nog geen enkele richtlijn is. Een richtlijn voor en (gericht) geriatrisch assessment met diagnostiek naar dementie, valproblematiek, behandelen van gedragsproblemen bij dementie in de thuissituatie is dringend nodig. We zien dat huisartsen het vooralsnog niet hun expertise vinden om de WZD toe te passen. Aangezien we steeds meer mensen onder onze hoede krijgen met dementie en gedragsproblemen die thuis wonen of in een particuliere woonvorm is het dringend nodig dat hier ook handreikingen voor komen. Hoe stem je af met de huisarts, wie doet wat en hoe geef je het medebehandelen formeel vorm?</p> <p>Dank</p>
<p>Nieuwe vaardigheden ontwikkeling voor specialisten ouderengeneeskunde en lijkt noodzakelijk om op een passende zinvolle wijze ons mooie vakgebied te kunnen blijven ontwikkelen, onder andere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (h) erkennen van pestgedrag versus dominantie gedrag intercollegiaal, en interpersoonlijk bij patiënten - kennis van conflicthanteringsmogelijkheden - kennis van en over de geschiedenis van de ouderengeneeskunde - erkennen van redenen voor het ontstaan en doorontwikkelen van richtlijnen en herkennen van doodlopende zijsporen. - (h)erkennen van niet functionele adaptieve aanpassingen vanuit evolutionair perspectief - EMDR voor in de psychogeriatricie opgeleide specialisten ouderengeneeskunde - (h)erkennen van een delier volgens de richtlijn delier in de palliatieve fase - markeringspunten palliatieve zorg - prognosticering als instrument voor passende zorg
<p>ik denk dat de GRZ richtlijnen veel impact kunnen hebben in de GRZ wereld. het is fijn als we een landelijke globale kapstok hebben per GRZ zorgpad, die vervolgens in elke regio met de couleur lokale geïmplementeerd kan worden</p>

Succes!
Succes, fijn dat jullie de richtlijnen ontwikkelen!
Geen
Voorkeur voor eerst psychische richtlijnen ivm wzd en medicatie buiten richtlijnen
goed initiatief!
Richtlijn delier
Ik mis de het herzien van de richtlijn pijn. Dit probleem komt veel voor en heeft hoge impact op de kwaliteit van bestaan. De huidige richtlijn als 13 jaar oud m.u.v. kleine update 8 jaar geleden.
Nee
steeds meer palliatieve patiënten laatste jaren, met meer bpsd
Richtlijn huid problemen bij kwetsbare ouderen, evt opgesplitst in dermatologie en wonden zou ook heel bruikbaar zijn.
Verankering van de richtlijnen in epd in kader van beslisondersteuning kan de behandelaar meer alert maken im de richtlijnen toe te passen
Ik heb niet echt feeling voor de GRZ-thema's.
gebruik cholinesterase remmers meenemen in richtlijn dementie gezien uiteenlopende richtlijn nhg en geriatrie en eerste lijns advies rol SO
vooral behoefte aan praktische handreiking
Hebben jullie vast al naar gekeken, maar is er belangrijke nieuwe evidence voor een thema? Dan heeft dat thema prioriteit.