Geactualiseerde Kennisagenda ‘Ouderen in het Ziekenhuis’ 2026-2028

Aanleiding

De huidige kennisagenda ‘Ouderen in het ziekenhuis’ loopt van 2023 tot 2026. De gezamenlijke wetenschapscommissie Ouderengeneeskunde (GWO) van de NVKG en NIV Ouderengeneeskunde heeft vastgesteld dat een groot deel van de daarin opgenomen kennisvragen inmiddels is beantwoord. Tegelijkertijd is de Kennisagenda voor bepaalde subsidierondes, waaronder ZE&GG, de enige toegestane bron voor subsidieaanvragen. Om ook gedurende de doorlopende subsidieronde van ZE&GG (tot 2028) voldoende relevante kennisvragen beschikbaar te houden, is een tijdige actualisatie noodzakelijk.

Gezien de beperkte resterende looptijd van ZE&GG, de onzekerheid over de toekomstige inrichting van het programma, de doorlooptijd van circa één tot anderhalf jaar voor het opstellen van een nieuwe Kennisagenda via een SKMS-aanvraag en de beschikbaarheid van een bestand met 172 eerder geïnventariseerde mogelijk nog relevante kennisvragen, is besloten de bestaande Kennisagenda versneld te actualiseren.

Voor u ligt de geactualiseerde Kennisagenda Ouderen in het ziekenhuis 2026-2028, met elf geprioriteerde kennisvragen die richting geven aan toekomstig onderzoek en de verdere verbetering van de zorg voor ouderen in het ziekenhuis.

Achtergrond

Tijdens de GWO-vergadering van 11 december 2025 is vastgesteld dat zes van de elf geprioriteerde kennisvragen uit de Kennisagenda 2023-2026 grotendeels zijn beantwoord, in uitvoering zijn of op andere wijze zijn opgepakt.

Bij de ontwikkeling van de Kennisagenda 2023-2026 is daarnaast een Excelbestand opgesteld met 172 kennisvragen, geordend per thema. Deze vragen zijn destijds als relevant beoordeeld en omvatten onder meer de top vijf kennisvragen per thema die tijdens de prioriteringsbijeenkomst zijn vastgesteld.

Uitgangspunt bij het opstellen van de Kennisagenda was dat, wanneer een geprioriteerde kennisvraag was beantwoord, een andere relevante vraag binnen hetzelfde thema (bijvoorbeeld ‘Cognitie’) kon worden doorgeschoven vanuit de thematische top vijf of de reservelijst, na beoordeling en goedkeuring door de besturen van de NVKG en NIV Ouderengeneeskunde. Dit uitgangspunt vormde de basis voor de huidige actualisatie.

Actualisatie Kennisagenda proces

Op 2 juni 2026 heeft een groep klinisch geriaters en internisten ouderengeneeskunde Kennisagenda geactualiseerd (voor deelnemers zie bijlage 1). Deze deelnemers hadden gereageerd op een oproep die onder de hoogleraren van de NVKG en NIV Ouderengeneeskunde, leden van de GWO en leden van verschillende Special Interest Groups (SIG’s) verspreid was. Degenen die niet aanwezig konden zijn, maar wel input wilden leveren, konden dit voorafgaand aan de bijeenkomst schriftelijk aanleveren.

De deelnemers werden in verschillende groepen ingedeeld op basis van hun aandachtsgebied. Het startpunt van het actualiseren van de Kennisagenda was het doorlopen van de lijst met de 172 niet-geprioriteerde kennisvragen, aangevuld met de niet opgepakte kennisvragen van onze huidige

Kennisagenda. Om geen relevante kennislacunes te missen, zijn ook kennishiaten uit richtlijnen geïnitieerd door NVKG/NIV Ouderengeneeskunde[1] aan dit bestand toegevoegd.

De agenda was als volgt:

1. **Schrappen niet-relevante kennisvragen**

    a. Schrapcriteria waren:
    - kennisvragen die niet over de klinische geriatrie of interne (ouderen)geneeskunde gaan;
    - kennisvragen die geen zorgevaluatie betreffen; (dus niet in aanmerking komen voor huidige subsidies)
    - kennisvragen waar al onderzoek naar loopt;
    - kennisvragen waar al kennis voorhanden is, maar nog geen standpunt over opgenomen is in een richtlijn;
    - kennisvragen waarbij de kennis al wel aanwezig is en waarvoor een aanbeveling wordt gedaan in een richtlijn, maar die (nog) niet is geïmplementeerd;
    - kennisvragen die niet meer relevant zijn;
    - kennisvragen die zeer moeilijk te onderzoeken zijn of waar geen onderzoekbare onderzoeksvraag bij kan worden geformuleerd.

2. **In de opgeschoonde lijst ZE&GG vragen identificeren en prioriteren**

    a. Hierbij werd ook de input die via de mail binnengekomen was, meegenomen.
    b. Prioriteringscriteria waren:
    - Onderzoekbaarheid/haalbaarheid
    - Relevantie (ernst, prevalentie, kosten)
    - Urgentie
    - Impact op vakgebied
    - Impact op maatschappij
    - Implementeerbaarheid
    - Niet concurrerend met een huidig lopende studie van NVKG/NIV Ouderengeneeskunde
    - Er is bekend dat iemand deze vraag kan en wil oppakken in de ronde van oktober 2026 of februari 2027

3. **Top-3 kennisvragen per aandachtsgebied plenair bespreken**

De deelnemers hebben elf kennisvragen geprioriteerd (één per aandachtsgebied) en waar mogelijk een top-3 per aandachtsgebied samengesteld die gebruikt kan worden voor het doorschuiven van vragen als de geprioriteerde vraag van dat aandachtsgebied is opgepakt.

De geactualiseerde conceptkennisagenda is op 16 juni 2026 aan de GWO voorgelegd en deze is met de Kennisagenda akkoord gegaan voor een geldigheid van 2026-2028, die ingaat op 1 augustus 2026. Op 19 en 22 juni 2026 hebben achtereenvolgens de besturen van de NVKG en NIV Ouderengeneeskunde de Kennisagenda ‘Ouderen in het Ziekenhuis’ 2026-2028 geaccordeerd.

[1] Chirurgie bij kwetsbare ouderen, Comprehensive geriatric assessment (CGA), Delier, Dementie, Duizeligheid bij ouderen, Leidraad Organisatie van spoedzorg voor ouderen met een kwetsbare gezondheid, Leidraad Starten of Verbeteren van een Geriatrische Trauma Unit (GTU), Ondervoeding en sarcopenie bij ouderen met een kwetsbare gezondheid, Polyfarmacie bij ouderen Preventie van valincidenten bij ouderen en Vermoeden van ouderenmishandeling in het medisch-specialistische zorgdomein.

Top-11 geprioriteerde kennisvragen

De onderstaande kennisvragen staan op willekeurige volgorde.

1. **Wat is het effect van intensief cardiovasculair risicomanagement, en in het bijzonder intensieve bloeddrukregulatie, op progressie tot dementie bij patiënten met mild cognitive impairment door cerebral small vessel disease?**

2. **Wat zijn de effecten en risico's van de aanbevolen combinatie van geneesmiddelgroepen in de richtlijn hartfalen bij ouderen met een kwetsbare gezondheid?**

3. **Welke minimale set aan onderzoek dient er te worden gedaan in acute setting bij patiënten die zich acuut presenteren met een val en welke barrières zijn er ten aanzien van de implementatie van een minimale set aan onderzoek in de acute setting?**

4. **Welke maatregelen kunnen functioneel herstel bevorderen en mortaliteit voorkomen bij een oudere patiënt met kwetsbare gezondheid na een operatie voor een heupfractuur?**

5. **Wat is de effectiviteit en doelmatigheid van GEM teams voor ouderen met een kwetsbare gezondheid?**

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

7. **Hoe kun je palliatieve zorg bij een oudere met een andere culturele achtergrond het beste vormgeven? Welke relevante culturele verschillen hoe ouderen tegen de dood aankijken zijn er?**

8. **Kan de meerwaarde van nierfalenvoorlichting beter voorspeld worden bij ouderen met een verminderde nierfunctie en kan daarmee een meer zinvolle en doelmatige inzet hiervan bereikt worden?**

9. **Hoe kan digitale technologie een rol spelen bij passend medicatie voorschrijven (zoals het voorkomen van opnieuw voorschrijven van bewust gestaakte medicatie en het tijdig stoppen van niet chronisch voorgeschreven medicatie) en het herkennen van bijwerkingen bij ouderen?**

10. **Welke interventies (o.a. Home-monitoring, upfront dosis reductie) kunnen uitkomsten van oncologische behandelingen verbeteren en complicaties voorkomen bij ouderen met een kwetsbare gezondheid?**

11. **Kunnen transmurale zorginitiatieven het aantal heropnames bij ouderen met een kwetsbare gezondheid reduceren en/of bijdragen aan beslissingen om niet meer in te sturen naar het ziekenhuis?**

Top-3 per aandachtsgebied inclusief bronnen

De eerste vraag is geprioriteerd.

Cognitie

1. **Wat is het effect van intensief cardiovasculair risicomanagement, en in het bijzonder intensieve bloeddrukregulatie, op progressie tot dementie bij patiënten met mild cognitive impairment door cerebral small vessel disease?**

   Bron: Top-11 Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026

2. Diagnostisch onderzoek, bijvoorbeeld in de vorm van een diagnostisch algoritme, waarin de toegevoegde waarde aanvullende diagnostiek wordt onderzocht. Deze onderzoeksvraag combineert meerdere kennisvragen waarin onderzoek naar de meerwaarde van aanvullende diagnostiek (NPO, MRI, amyloid-PET, bloedbiomarkers (mn ptau217), tau-PET werd voorgesteld, en waarbij verschillende vergelijkingen en uitkomstmaten werden genoemd (bv diagnostiek versus alleen follow-up in de tijd), en verschillende uitkomstmaten (kwaliteit van leven, kosten)

   PICO:
   P patiënten op geheugenpoli (afgebakend tot oudere patiënten (bv >65) voor NVKG, NIV-O
   I aanvullende diagnostiek volgens een algoritme (beslisboom), waarin meerdere diagnostische middelen evt in combinatie en voor meerdere indicaties onderzocht kunnen worden (uit de vragen: NPO, liquor, MRI, FDG-PET (bloed ptau217, evt amyloid PET, tau-PET echter geen usual care nu)
   C klinische follow-up
   O kwaliteit van leven (pt en mz).

   Bron: Gereduceerde lijst kennishiaten Cognitie kennisvragen 5, 31 t/m 36 (herschreven)

3. Dit is een samenvoeging van 4 kennisvragen over de meerwaarde van het herkennen/identificeren (ook beschreven als screening in 2 vragen) van patiënten met dementie opgenomen in het ziekenhuis of op de polikliniek, met als uitkomstmaten kwaliteit van zorg, passende zorg, kosteneffectiviteit, opstarten van proactieve zorgplanning.
   Voor ZE&GG moet deze vraag worden gespecificeerd naar ofwel ziekenhuisopname, ofwel polikliniek. Nu gekozen voor ziekenhuisopname

   PICO:
   P patiënten 70 en ouder opgenomen in het ziekenhuis (op een niet geriatrie-afdeling?)
   I identificatie van dementie en aanpassen zorg op diagnose dementie
   C usual care (= bij onbekende dementie wordt dementie niet herkend, bij bekende dementie wordt informatie niet meegenomen in beleid)
   O zorgevaluatie: hoe wat zorg aangepast? Effect op ziekenhuisuitkomsten (ligduur, complicaties, delier, mortaliteit), kostenevaluatie, kwaliteit van leven.

   Bron: Gereduceerde lijst kennishiaten Cognitie kennisvragen 24 t/m 27 (herschreven)

Cardiologie

1. **Wat zijn de effecten en risico's van de aanbevolen combinatie van geneesmiddelgroepen in de richtlijn hartfalen bij ouderen met een kwetsbare gezondheid?**

   Bron: Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026 geprioriteerd kennishiaat buiten de top-11/ Gereduceerde lijst kennishiaten Cardiologie kennisvraag 14 (herschreven)

2. Wat is de optimale behandeling van perifeer vaatlijden bij kwetsbare ouderen (amputatie, conservatief, revascularisatie)?

   Bron: Gereduceerde lijst kennishiaten Cardiologie kennisvragen 8 t/m 10 (herschreven)

3. Hoe kan samen beslissen optimaal worden ingebed in de ziekenhuiszorg voor oudere hart- en vaatpatiënten?

   Bron: Gereduceerde lijst kennishiaten Cardiologie kennisvraag 26

Valpreventie

1. **Welke minimale set aan onderzoek dient er te worden gedaan in acute setting bij patiënten die zich acuut presenteren met een val en welke barrières zijn er ten aanzien van de implementatie van een minimale set aan onderzoek in de acute setting?**

   Bron: Gereduceerde lijst kennishiaten Valpreventie kennisvragen 25 & 26 (herschreven)

2. Welke diagnostisch work-up (en welke afkapwaarden) presteert het beste ten aanzien van identificatie van klinisch relevante orthostatische hypotensie bij ouderen en welke interventies zijn effectief om klinisch relevante orthostatische hypotensie bij ouderen te behandelen?

   Bron: Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026 geprioriteerd kennishiaat buiten de top-11/ Gereduceerde lijst kennishiaten Valpreventie kennisvraag 11 (herschreven)

3. Welke diagnostische aanpak is optimaal om cardiovasculaire valrisicofactoren te identificeren (als onderdeel van de multifactoriële valanalyse) en welke cardiovasculaire interventies kunnen de uitkomst van de multifactoriële valpreventieve aanpak verbeteren?

   Bron: Gereduceerde lijst kennishiaten Valpreventie kennisvraag 12

Traumatologie

1. **Welke maatregelen kunnen functioneel herstel bevorderen en mortaliteit voorkomen bij een oudere patiënt met kwetsbare gezondheid na een operatie voor een heupfractuur?**

   Bron: Gereduceerde lijst kennishiaten Geriatrische Traumatologie kennisvraag 5

2. Wat is de meerwaarde van structurele slikscreening direct postoperatief en dieetaanpassing indien slikscreening afwijkend, om postoperatieve pneumonie en ziekenhuismortaliteit te voorkomen bij heupfractuur patiënten en of postoperatieve patiënten in het algemeen?

   Bron: Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026 geprioriteerd kennishiaat buiten de top-11/ Gereduceerde lijst kennishiaten Geriatrische Traumatologie kennisvraag 18

3. Wat zijn de meest relevante uitkomstmaten voor de heupfractuur patiënt?

   Bron: Gereduceerde lijst kennishiaten Geriatrische Traumatologie kennisvraag 16

Acute/spoedeisende hulp

1. **Wat is de effectiviteit en doelmatigheid van GEM teams voor ouderen met een kwetsbare gezondheid?**

   Bron: nieuwe vraag

Multimorbiditeit en organisatie van zorg

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

   Bron: Top-11 Kennisagenda ‘Ouderen in het ziekenhuis’ 2023-2026

2. Hoe bevorderen we passend medicatiegebruik bij ouderen (met polyfarmacie/multimorbiditeit)?

   Bron: Gereduceerde lijst kennishiaten Multimorbiditeit en organisatie van zorg kennisvraag 1

3. Hoe zet je een effectieve en doelmatige strategie in om niet concordante multimorbiditeit in het ziekenhuis te identificeren?

   Bron: Gereduceerde lijst kennishiaten Multimorbiditeit en organisatie van zorg kennisvraag 3

Palliatieve Zorg

1. **Hoe kun je palliatieve zorg bij een oudere met een andere culturele achtergrond het beste vormgeven? Welke relevante culturele verschillen hoe ouderen tegen de dood aankijken zijn er?**

   Bron: Gereduceerde lijst kennishiaten Palliatieve zorg kennisvraag 9

2. Welke interventie helpt bij het markeren van de palliatieve fase bij ouderen met een kwetsbare gezondheid (klinisch/poliklinisch) en heeft deze markering effect op het inzetten van interventies en/of wijzingen behandeling om de QoL te verbeteren?

   Bron: Gereduceerde lijst kennishiaten Palliatieve zorg kennisvraag 7

Geriatrische nefrologie

1. **Kan de meerwaarde van nierfalenvoorlichting beter voorspeld worden bij ouderen met een verminderde nierfunctie en kan daarmee een meer zinvolle en doelmatige inzet hiervan bereikt worden?**

   Bron: Top-11 Kennisagenda ‘Ouderen in het ziekenhuis’ 2023-2026

Farmacologie

1. **Hoe kan digitale technologie een rol spelen bij passend medicatie voorschrijven (zoals het voorkomen van opnieuw voorschrijven van bewust gestaakte medicatie en het tijdig stoppen van niet chronisch voorgeschreven medicatie) en het herkennen van bijwerkingen bij ouderen?**

   Bron: Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026 geprioriteerd kennishiaat buiten de top-11 /Gereduceerde lijst kennishiaten Farmacologie kennisvraag 12 (herschreven)

2. Wat is de plaats van glucagon-like peptide 1 (GLP-1)-receptoragonisten in de behandeling van de oudere patiënt met diabetes?

   Bron: Gereduceerde lijst kennishiaten Farmacologie kennisvraag 6

Oncologie

1. **Welke interventies (oa. Home-monitoring, upfront dosis reductie) kunnen uitkomsten van oncologische behandelingen verbeteren en complicaties voorkomen bij ouderen met een kwetsbare gezondheid?**

   Bron: Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026 geprioriteerd kennishiaat buiten de top-11 (herschreven)

2. Wat zijn lange termijn uitkomsten van verschillende oncologische behandeltrajecten in ouderen met veel voorkomende vormen van kanker en welke factoren zoals cognitie zijn hiervoor modificerend?

   Bron: Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026 geprioriteerd kennishiaat buiten de top-11/ Gereduceerde lijst kennishiaten Oncologie kennisvraag 8 (herschreven)

3. Wat is de toxiciteit en kosten/baten van nieuwe oncolytica zoals immuno/targeted therapy bij ouderen met een kwetsbare gezondheid en wat zijn de relevante uitkomsten voor ouderen?

   Bron: Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026 geprioriteerd kennishiaat buiten de top-11 (herschreven)

Overig

1. **Kunnen transmurale zorginitiatieven het aantal heropnames bij ouderen met een kwetsbare gezondheid reduceren en/of bijdragen aan beslissingen om niet meer in te sturen naar het ziekenhuis?**

   Bron: Kennisagenda 'Ouderen in het ziekenhuis' 2023-2026 geprioriteerd kennishiaat buiten de top-11/ Gereduceerde lijst kennishiaten Overig kennisvraag 5 (herschreven)

2. Aan welke criteria moeten E-health toepassingen voldoen om (effectief) ingezet te kunnen worden bij ouderen?

   Bron: Gereduceerde lijst kennishiaten Overig kennisvraag 25

3. Wat zijn goede voorspellers voor veerkracht of resillience bij ouderen met een kwetsbare gezondheid die een geplande ingreep moeten ondergaan?

   Bron: Gereduceerde lijst kennishiaten Overig kennisvraag 10

Bijlage 1 Deelnemerslijst bijeenkomst 2 juni 2026

- **Dr. H.C. Willems** | klinisch geriater, internist ouderengeneeskunde (voorzitter GWO)
  Amsterdam Universitair Medisch Centrum, Amsterdam (NVKG)

- **Dr. M.A.E. van der Kaaij** | internist ouderengeneeskunde (voorzitter GWO)
  Ziekenhuis Amstelland, Amstelveen (NIV)

- **Dr. J.A.H.R. Claassen** | klinisch geriater (bestuurslid Wetenschap)
  Radboud universitair medisch centrum, Nijmegen (NVKG)

- **Dr. R.L. van Bruchem-Visser** | internist ouderengeneeskunde
  Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam (NIV)

- **Prof. dr. F. van den Bos** | internist ouderengeneeskunde
  Leids Universitair Medisch Centrum (NIV)

- **Prof. dr. M.H. Emmelot-Vonk** | klinisch geriater
  Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht (NVKG)

- **Dr. F.M. Engelaer** | internist ouderengeneeskunde
  Haaglanden Medisch Centrum, Den Haag
  Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden (NIV)

- **Dr. W. Knol** | klinisch geriater
  Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht (NVKG)

- **Dr. M.M.C. Prins** | aios internist ouderengeneeskunde
  Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht (NIV)

- **Prof. dr. R.J. van Marum** | klinisch geriater, klinisch farmacoloog
  Amsterdam Universitair Medisch Centrum, Amsterdam (NVKG)

- **Prof. dr. S.P. Mooijaart** | internist ouderengeneeskunde
  Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden (NIV)

- **Prof. dr. N. van der Velde** | klinisch geriater, internist ouderengeneeskunde
  Amsterdam Universitair Medisch Centrum, Amsterdam (NVKG)

- **Dr. W.R. Verberne** | internist ouderengeneeskunde
  Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden (NIV)

- **Dr. K.S. Versteeg** | internist ouderengeneeskunde
  Amsterdam Universitair Medisch Centrum, Amsterdam (NIV)

Met ondersteuning van:

- **Dr. K.M. Hurkmans** | Beleidsadviseur Opleiding & Wetenschap
  Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

- **Drs. M.E.J.A. L'Ortye** | Verenigingssecretaris
  Nederlandse Internisten Vereniging