



Handreiking
Geriatrisch assessment
door de specialist
ouderengeneeskunde

Inhoud

1. Inleiding	2
2. Het geriatrisch assessment	3
2.1 Inventarisatie	4
2.2 Anamnese	4
2.3 Psychiatrisch onderzoek	5
2.4 Lichamelijk onderzoek	5
2.5 Aanvullend (laboratorium)onderzoek	6
2.6 Behandelplan/-advies	6
2.7 Format (volgens SFMPC) voor het behandelplan/-advies	6
3. Meetinstrumenten	7
3.1 Meetinstrumenten bij anamnese	7
3.2 Meetinstrumenten bij psychiatrisch onderzoek	9
3.3 Meetinstrumenten bij lichamelijk onderzoek	10
4. Gebruikte bronnen	11

Colofon

Dit is een uitgave van Verenso, vereniging van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriater.

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. Onjuistheden en/of suggesties voor verbeteringen kunt u doorgeven aan Verenso.

Uitgave

© Verenso, 2014

De handreiking 'geriatrisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde' is tot stand gekomen met medewerking van:

Mw. M. (Mirjam) Bezemer, specialist ouderengeneeskunde
Mw. A. (Annemiek) van Oostveen, specialist ouderengeneeskunde
Mw. C. (Cora) Ritmeijer, specialist ouderengeneeskunde
Dhr. S. (Serge) Roufs, sociaal geriater
Dr. M. (Martin) Smalbrugge, specialist ouderengeneeskunde
Mw. A. (Ada) Vijfvinkel, specialist ouderengeneeskunde

1. Inleiding

Deze handreiking beschrijft het geriatrisch assessment (GA) zoals de specialist ouderengeneeskunde deze idealiter uitvoert binnen de huidige ontwikkeling van het specialisme.

De handreiking beoogt transparantie van en eenduidigheid in het handelen en stimuleert systematisch werken van de specialist ouderengeneeskunde. Er is weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de meerwaarde van het assessment voor de (setting van) de doelgroep van de specialist ouderengeneeskunde.

Meerwaarde van het assessment is echter zeer aannemelijk. Er wordt een eenduidig instrument gebruikt, daardoor is onderzoek en toetsing mogelijk en het vergroot de uniformiteit in werken.

Wij hebben er daarom voor gekozen geen richtlijn te ontwikkelen maar een handreiking. De richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) van de Klinisch Geriaters (NVKG, 2013) diende daarbij als uitgangspunt.

2. Het geriatrisch assessment

Het geriatrisch assessment is een multidisciplinair onderzoek waarin aandoeningen en problemen worden geïnventariseerd en gediagnosticeerd. Evenals de gevolgen daarvan op de kwaliteit van leven en zelfredzaamheid van de oudere patiënt worden hier in kaart gebracht. Daarnaast wordt de belasting van de mantelzorg geïnventariseerd. Het geriatrisch assessment resulteert in een behandelplan of een behandeladvies voor de verwijzer. De behandeldoelen zijn op de patiënt/mantelzorg afgesteld en met hen besproken.

Doel

Het bieden van passende, doelmatige en gewenste medische zorg aan kwetsbare ouderen en het voorkomen van zowel onder- en overdiagnostiek als onder- en overbehandeling.

Doelgroep

Voor een geriatrisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde komen kwetsbare oudere patiënten in aanmerking, die thuiswonend zijn of zijn opgenomen voor kortdurende of voor chronische zorg. Kenmerkend voor kwetsbare ouderen is dat zij een hoge leeftijd combineren met lichamelijke ziektes, geriatrische syndromen, polyfarmacie, verminderde functionaliteit en sociale problematiek.

Wanneer een geriatrisch assessment

Een geriatrisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde vindt plaats wanneer deze in consult wordt gevraagd door een verwijzer of als een patiënt wordt opgenomen voor kortdurende zorg zoals geriatrische revalidatie, of chronische zorg. Het geriatrisch assessment uitgevoerd door de specialist ouderengeneeskunde bestaat uit de volgende onderdelen:

1. Inventarisatie

- medische voorgeschiedenis
- bestaande afspraken rond advance care planning (ACP)
- medicatie

2. Anamnese

- speciële anamnese
- tractusanamnese
- functionele anamnese
- sociale anamnese
- hetero anamnese

3. Psychiatrisch onderzoek

4. Lichamelijk onderzoek

- algemeen lichamelijk onderzoek
- neurologisch onderzoek
- functioneel onderzoek

5. Aanvullend (laboratorium) onderzoek

6. Behandelplan/-advies

- analyse en conclusie
- vaststellen behandeldoelen in afstemming met de patiënt
- formuleren behandelplan/-advies en overleg met patiënt/mantelzorger en, eventueel, de verwijzer

In de volgende paragrafen vindt u een verdere uitwerking van de onderdelen van het geriatrisch assessment. Waar mogelijk en nodig is er een aanbeveling gedaan voor de te gebruiken meetinstrumenten. Deze worden in hoofdstuk 3 toegelicht.

2.1 Inventarisatie

Medische voorgeschiedenis en advance care planning

Een inventarisatie van de medische en psychiatrische voorgeschiedenis is onderdeel van het geriatrisch assessment. Tevens wordt gevraagd naar bestaande afspraken rond advance care planning zoals wilsverklaringen, afspraken over (on)gewenste medische handelingen, wel of niet reanimeren.

Medicatie

- huidige medicatie: voorgeschreven en zelfmedicatie
- zelfredzaamheid met betrekking tot medicatie
- gemak van toedieningsvormen van medicatie
- feitelijk gebruik: therapietrouw
- wijze van aanlevering

2.2 Anamnese

Hieronder worden de verschillende onderdelen van de anamnese beschreven. Bij onderdelen van de anamnese waarvoor goede meetinstrumenten aanwezig zijn, worden deze samengevat in hoofdstuk 3. De specialist ouderengeneeskunde kan deze meetinstrumenten als hulpmiddel gebruiken bij de anamnese om bevindingen in maat en getal vast te leggen, hetgeen voor prognostiek, behandeling en beoordelen van het effect van de behandeling van belang kan zijn.

Speciële anamnese

- belangrijkste klachten en symptomen inventariseren die aanleiding geven voor de verwijzing
- inzicht verkrijgen in de manier waarop de oudere met zijn ziekten en beperkingen omgaat
- aandacht voor de wensen/ behoeften van de patiënt en de mantelzorger

Tractusanamnese

- alle tracti met specifieke aandacht voor de geriatrische syndromen/problematiek zoals visusproblemen (bril gebruik), gehoorproblemen (hoortoestel gebruik), problemen rond vocht/ voeding intake (gebitsproblemen), incontinentie, mobiliteitsproblemen, vallen, pijnklachten, cognitieve problemen, stemmingsproblemen, verslechtering algehele conditie
- middelenmisbruik, intoxicaties en allergieën

Voor meetinstrumenten op het terrein van voedingsproblemen en pijn: zie paragraaf 3.1.

Functionele anamnese

- (I)ADL, om zelfredzaamheid van de patiënt in de eigen omgeving en daarbuiten te beoordelen
- mobiliteit
- inventarisatie hulpmiddelengebruik bij lopen en maken van transfers

Voor meetinstrumenten die de mate van zelfstandigheid meten en veranderingen hierin: zie paragraaf 3.1

Sociale anamnese

- sociale contacten
- daginvulling, participatie deelname
- eenzaamheid
- (in-)formeel zorgsysteem: aanwezigheid mantelzorg, draagkracht /-last mantelzorg, sociale steun, professionele steun, inzet vrijwilligers

Voor meetinstrumenten aangaande draagkracht/draaglast van de mantelzorger en participatie: zie paragraaf 3.1.

Hetero anamnese

- bij cognitieve of psychiatrische stoornissen, bij neurologische aandoeningen en bij hardhorendheid is een heteroanamnese een waardevolle aanvulling

2.3 Psychiatrisch onderzoek

Een psychiatrisch onderzoek vindt plaats bij vermoeden van cognitieve of psychiatrische problemen en kan bestaan uit onderstaande onderdelen:

- observatie uiterlijk, maken van contact en houding, klachtenpresentatie
- aandacht en mate van bewustzijn
- stemming (doodswens, suïcidaliteit), affect, angst
- hogere cognitieve functies (geheugen, taal, gnosis, praxis, executieve functies) en decorum
- waarneming, denken (vorm, tempo en inhoud)
- inschatting betrouwbaarheid psychiatrisch onderzoek

Voor meetinstrumenten bij cognitieve problemen, stemmingsproblemen, angstproblemen, gedragsproblemen/neuropsychiatrische problemen: zie de lijst van meetinstrumenten in paragraaf 3.2.

2.4 Lichamelijk onderzoek

Een lichamelijk onderzoek bij een geriatrisch assessment bestaat in principe uit de hieronder beschreven onderdelen, waarbij er per setting en per patiënt goed wordt afgewogen of elk onderdeel zinvol is en ook gedaan moet worden.

Algemeen lichamelijk onderzoek

- huid, oedeem, transpireren
- voedingstoestand en gewicht, bloeddruk en polsslag
- inspectie mond/gebite
- beluisteren hart en longen
- globaal buikonderzoek

Neurologisch onderzoek

- onderzoek van de hersenzenuwen
- kracht
- tonus
- sensibiliteit
- reflexen
- coördinatie
- houdingsreflexen
- looppatroon

Functioneel onderzoek

- onderzoek houdings- en bewegingsapparaat
- mobiliteit, sta- en loopfunctie, transfers

Voor meetinstrumenten bij onderdelen van het lichamelijk/functioneel onderzoek: zie paragraaf 3.3.

2.5 Aanvullend (laboratorium) onderzoek

Aanvullend onderzoek wordt gedaan op indicatie, gestuurd door bevindingen van anamnese en onderzoek en gestuurd door aanbevelingen van richtlijnen.

2.6 Behandelplan/-advies

Op basis van een analyse van de gegevens uit de gedane inventarisatie wordt er binnen twee dagen na de inventarisatie een behandelplan/-advies geschreven en deze wordt zo snel als mogelijk besproken. Het is van belang om in dit behandelplan vast te leggen hoe de verantwoordelijkheid voor de verschillende onderdelen van het geriatrisch assessment verdeeld zal zijn.

2.7 Format (volgens SFMPC) voor het behandelplan/-advies

Onderstaand format biedt handvatten voor het opstellen van een behandelplan dan wel een behandeladvies.

Inleiding		
Vraagstelling (bij consult extern) of reden van opname (bij opname in verpleeghuis voor kortdurende of langdurende zorg): ...		
Conclusie/samenvatting bevindingen geriatrisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde: ...		
SFMPC		
Somatisch	Probleem	
	Doelen	
	Acties	
	Verantwoordelijken	
Functioneel	Probleem	
	Doelen	
	Acties	
	Verantwoordelijken	
Maatschappelijk	Probleem	
	Doelen	
	Acties	
	Verantwoordelijken	
Psychisch	Probleem	
	Doelen	
	Acties	
	Verantwoordelijken	
Communicatie	Probleem	
	Doelen	
	Acties	

3. Meetinstrumenten

Waar goede meetinstrumenten beschikbaar zijn, zijn ze hieronder samengevat. Op de website van betreffend meetinstrument kan snel inzicht verkregen worden in de meeteigenschappen en de juiste wijze van afname.

3.1 Meetinstrumenten bij anamnese

Tractusanamnese

Ondervoeding

SNAQ RC - Short Nutritional Assessment Questionnaire Residential Care – (Kruizenga HM, Vet HCW de, Marissing CME van, et al, 2010). De SNAQ is geschikt voor routinematige screening van verpleeghuis- en verzorgingshuisbewoners. Klik [hier](#) voor de vragenlijst (u kunt hier op alfabet zoeken).

Pijn

Zelfrapportage van pijn is de gouden standaard om pijn te identificeren bij kwetsbare ouderen met een milde cognitieve/communicatieve beperking (Verenso, 2011). Bij kwetsbare ouderen met een ernstige cognitieve/communicatieve beperking is een observationele beoordeling essentieel voor het vaststellen van de aanwezigheid van pijn. De [multidisciplinaire richtlijn Pijn](#) (Verenso, 2011) meldt een aantal meetinstrumenten voor het meten en monitoren van pijn. Klik [hier](#) voor de verschillende meetinstrumenten.

- BPI - Brief Pain Inventory - (Keller et al, 2004; Dicle et al, 2009; Chaudakshetrin, 2009; Auret et al, 2008; Kalyadina et al, 2008; Gjeilo et al, 2007; Poundja et al, 2007) vragenlijst voor multidimensionele beoordeling van pijn.
- PEG - (Krebs et al, 2009) een verkorte, gevalideerde BPI voor multidimensionele beoordeling pijn.
- Landelijke pijnanamnese voor multidimensionele beoordeling pijn. Niet van alle items is de betrouwbaarheid vastgesteld (Oldenmenger et al, 2005), maar het instrument heeft een goede validiteit en is praktisch toepasbaar.
- Voor mensen zonder of met milde cognitieve dan wel communicatieve beperkingen: numerieke en verbale beoordelingsschaal voor beoordeling intensiteit van pijn.
- PACSLAC-D - Pain Assessment Checklist for Seniors with Severe Dementia - voor observatie van pijngedrag (Fuchs-Lacelle en Hadjistavropoulos, 2004. NI: Zwakhalen et al., 2006).
- DOLOPLUS-2 voor integrale beoordeling van pijn, bevat items voor somatische, psychomotorische en psychosociale reacties op pijn (Wary et al., 1999. NI: Zwakhalen et al., 2004).
- PAINAD - Pain Assessment IN Advanced Dementia - (Warden, Hurley, Volier, 2001. NI: Zwakhalen et al., 2004). Eenvoudige observationele schaal voor mensen met gevorderde dementie.

Functionele anamnese

Klik [hier](#) voor de verschillende meetinstrumenten (u kunt op alfabet zoeken).

(I)ADL

- KATZ-schaal, een observatie-/inventarisatielijst met als doel vast te stellen op welke gebieden iemand afhankelijk of onafhankelijk functioneert en om verandering in ADL te evalueren. (Katz S., et al, 1963; gemodificeerde versie Katz S., et al, 1976. Nederlandse versie VMS Zorg).
- IADL-schaal -Instrumentele Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen - (Lawton & Brody, 1969).
- Barthel Index. Met dit instrument wordt de mate van zelfstandigheid in ADL gemeten. Een observatie-versie (De Haan et al 1993) en een interview-versie (Post et al. 1995).
- Functional Ambulation Categories (FAC) – voor het vaststellen van de mate van zelfstandigheid van lopen. Oorspronkelijke versie: Holden MK et al. (1984), Nederlandse vertaling: Kwakkel G et al.
- Berg Balance Scale – voor evaluatie van het evenwicht (Berg K, et al (1989); Nederlandse versie: Stichting Revalidatiecentrum De Hoogstraat).
- 6 Minute Walk Test (6 MWT) – hiermee wordt gemeten welke afstand een patiënt in zes minuten kan lopen (Butland, et al (1989); Nederlandse versie: de Jong K, et al.).
- Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie (Post e.a., 2012, Revalidatiecentrum De Hoogstraat). Idem, inclusief stemming, pijn en cognitie. Deze schaal heeft een [eigen website](#).

Sociale anamnese

Draagkracht/draaglast mantelzorgers

- EDIZ en EDIZ-plus - Ervaren druk door Informele Zorg - (Pot et al., 1995). De EDIZ is ontwikkeld voor mantelzorgers van mensen met dementie. De EDIZ-plus kan gebruikt worden voor mantelzorgers van mensen met diverse problematieken. De items zijn meer arbeidsgelateerd en richten zich ook op de gezondheid van de mantelzorgers. Klik [hier](#) voor het meetinstrument.
- CSI - Caregiver Strain Index (Robinson, 1983) - voor het vaststellen en monitoren van overbelasting bij mantelzorgers. Klik [hier](#) voor het meetinstrument.
- Self-rated Burden Scale (Exel e.a., 2004).

Participatie

Klik [hier](#) voor de meetinstrumenten, u kunt zoeken op alfabet.

- Clinical COPD Questionnaire (CCQ) – bij COPD patiënten van der Molen T (2003).
- Canadian Occupational Performance Measure (COPM), semigestructureerd interview om door de cliënt zelf ervaren veranderingen van problemen in het dagelijks handelen in de tijd vast te stellen (Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko & Pollock, 1991; 1994; 1998; 2005) (Law, 2005) (Van Duijn HM e.a., 1999).

3.2 Meetinstrumenten bij psychiatrisch onderzoek

Cognitieve stoornissen

Klik [hier](#) voor de meetinstrumenten.

- MMSE – Mini-Mental State Examination - (Folstein, et al. (1975); NI: Kok RM, Verhey FRJ (2002).
- IQCODE-N (A.F. Jorm en P.A. Jacomb, 1989. NI: De Jonghe JFM en Schmand B).
- MOCA – Montreal Cognitive Assessment - specifiek ook geschikt voor hoger opgeleide patiënten (Nasreddin Z., 2004; NI: Dautzenberg PLJ, De Jonghe JFM). Klik [hier](#) voor het meetinstrument.
- Kloktekentest – (Smits, e.a.). Klik [hier](#) voor de test.
- CST-20 – Cognitieve Screenings Test - (De Graaf en Deelman, 1991), gericht op oriëntatie op tijd, plaats en persoon. Deze test is niet vrij beschikbaar.

Stemmingsstoornissen

Klik [hier](#) voor de meetinstrumenten.

- GDS (Brink et al., 1982 en Yesavage et al., 1983), er zijn drie versies gevalideerd voor het verpleeghuis: 30, 15 en 8. De 8 en 15 worden veel gebruikt.
- Cornell Scale (NI: Dröes RM, 1993).
- HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale - (Zigmond AS, Snaith RP, 1983, 1992, 1994. NI: Pouwer F, Snoek FJ, van der Ploeg, 1997) (HADS depressie subschaal).
- CCQ – stemming bij COPD patiënten.
- Allen Cognitive Level Screen (ACLS) (Earhart, Allen, & Blue, 1993) (Revised 2003). Het doel van de ACLS is om een eerste indruk te krijgen van het niveau van functioneren van de cliënt. Hiermee is advies te geven over de begeleiding, het soort activiteiten en de inrichting van de fysieke omgeving waardoor de cliënt kan handelen passend bij diens niveau (E. T. van Schouwen, 2010). Klik [hier](#) voor het meetinstrument.

Angst

- HADS, angst subschaal. Klik [hier](#) voor het meetinstrument.

Gedragsproblemen/neuropsychiatrische symptomen

- NPI-Q/ NPI-NH – Neuropsychiatrische Vragenlijst Questionnaire - interview met een familielid van de patiënt, gericht op het inventariseren van neuropsychiatrische symptomen die zich in de afgelopen maand hebben voorgedaan (D. Kaufer, MD and J.L. Cummings, MD (1994). NI: De Jonghe JFM, Kat MG en Kalisvaart CJ (1997)). Klik [hier](#) voor het meetinstrument.
- CMAI - Cohen-Mansfield Agitation Inventory – observatieschaal voor de intramurale situatie. (1986) (Vertaling: J.F.M. de Jonghe, 1997). Klik [hier](#) voor het meetinstrument.
- Bij verdenking op delier: [Deliriumschaal DOS](#) en [Delier-O-Meter](#) (De Jonghe, J.F.M. ea., 2005).

3.3 Meetinstrumenten bij lichamelijk onderzoek

- TUG – Timed 'up&go' (Mathias S. et al., 1986).
- Clinical COPD Questionnaire (CCQ).
- Performance-Oriented Mobility volgens Tinetti (Tinetti M., 1986) beoordeelt balans en gangpatroon.

Klik [hier](#) voor de meetinstrumenten.

4. Gebruikte bronnen

- Bogardus, S.T.; Bradley, E.H.; Williams, C.S.; Maciejewski, P.K.; van Doorn C.; Inouye, S.K. Goals for the care of frail older adults: do caregivers and clinicians agree? *Am J Med* 2001, 110: 97-102.
- Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44:2308-2314.
- Exel, N.J.A. van, W.J.M. Scholte op Reimer, W.B.F. Brouwer, B. van den Berg, M.A. Koopmanschap & G.A.M. van den Bos (2004). Instruments for assessing the burden of informal caregiving for stroke patients in clinical practice: a comparison of CSI, CRA, SCQ and Self rated burden. *Clinical Rehabilitation* (2004), vol. 18, no. 2, pp. 203-214.
- Glazier, S.R.; Schuman, J.; Keltz, E.; Vally, A.; Glazier, R.H. (2004) Taking the next steps in goal ascertainment: a prospective study of patient, team, and family perspectives using a comprehensive standardized menu in a geriatric assessment and treatment unit. 52: 284-9.
- Halfens, R.J.G., van Nie, N.C., Meijers, J.M.M. et. al. (2013). Landelijke Prevalentie Zorgproblemen. Rapportage resultaten 2013. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2013.
- Inouye, S.K., Studenski, S., Tinetti, M.E., Kuchel, G.A. (2007). Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr. Soc.*; 55:780-91.
- Inouye, S. K., Wagner, D. R., Acampora, D., Horwitz, R. I., Cooney, L. M., Jr., Hurst, L. D. et al. (1993). A predictive index for functional decline in hospitalized elderly medical patients. *J.Gen.Intern.Med.*, 8, 645-652.
- Kat MG, de Jonghe JF, Aalten P, Kalisvaart CJ, Droes RM, Verhey FR. [Neuropsychiatric symptoms of dementia: psychometric aspects of the Dutch Neuropsychiatric Inventory (NPI)]. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2002;33:150-155.
- Kraaij van, D. J., Haagsma, C. J., Go, I. H., & Gribnau, F. W. (1994). Drug use and adverse drug reactions in 105 elderly patients admitted to a general medical ward. *Neth.J.Med.*, 44, 166-173.
- Kramer SE, Kapteyn TS, Kuik DJ, Deeg DJ. The association of hearing impairment and chronic diseases with psychosocial health status in older age. *J Aging Health* 2002; 14(1):122-37.
- McCusker, J., Kakuma, R., & Abrahamowicz, M. (2002). Predictors of functional decline in hospitalized elderly patients: a systematic review. *J.Gerontol.A Biol. Sci.Med.Sci.*, 57, M569-M577.
- NHG. Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Utrecht: NHG, 2012.
- NVKG. Richtlijn Comprehensive geriatric assessment. Utrecht: OMS, zj.
- NVKG. Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen. Utrecht: NVKG, 2004.
- Slaets JPJ. (2007). De prevalentie van gecombineerde visus- en gehoorbeperking: het belang van comorbiditeitsonderzoek. *NTvG*, 151(26):1451-3.
- Smitse L.L. e.a. De Kloktekentest: Bespreking van de literatuur en voorbeelden uit de praktijk. In *Tijdschr v Neuropsych*, 2009.
- Steultjens, E.M.J., Cup, E.H.C., Zajec, J., Van Hees, S., (2013) Ergotherapie-richtlijn CVA. Nijmegen/Utrecht. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/ Ergotherapie Nederland.
- Tas, U., Verhagen AP., Bierma-Zeinstra SMA. et. al. (2007). Prognostic factors of disability in older people: a systematic review. *BJGP*, 57:319-23.
- Verenso. Diagnostiek van dementie. Stroomschema diagnostisch proces, uitwerking ziekte- en zorgdiagnostiek, handvatten voor de uitvoering. Utrecht: Verenso: 2008.
- Verenso (voorheen NVVA). Richtlijn mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen. Utrecht: Verenso, 2007.

- Verenso. Multidisciplinaire richtlijn Pijn. Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen. Utrecht: Verenso, 2011.
- Verenso. Triage instrument Geriatrische Revalidatiezorg. Utrecht: Verenso, 2013.
- Vries de OJ. (2007). Medicatielast bij ouderen. NTvG: 151(37): 2069.
- Wood S, Cummings JL, Hsu MA et al. The use of the neuropsychiatric inventory in nursing home residents. Characterization and measurement. Am J Geriatr Psychiatry 2000;8:75-83.
- www.expertisecentrummantelzorg.nl
- www.nkop.nl/praktijk/meetinstrumenten
- www.platformouderenzorg.nl
- www.psychiatrienet.nl
- www.stuurgroepdervoeding.nl

verenso



verenso

Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

Postbus 20069
3502 LB Utrecht

T 030 28 23 481
F 030 28 23 494

info@verenso.nl
www.verenso.nl