

# De WijkKliniek: ziekenhuisbehandeling voor oudere patiënten in een VVT-instelling

## Een beschrijving en tussentijdse analyse

✉ [Marthe Ribbink](#), Melissa Resodikromo, Hanna Willems, Monique Slee, Bianca Buurman

Het aantal ouderen met een acute zorgvraag op de spoedeisende hulp (SEH) neemt toe. Als ouderen daarna worden opgenomen in het ziekenhuis kan niet altijd de zorg geboden worden die voldoende passend is bij zowel de medische-, als geriatrische- en zorgproblematiek. Door ziekenhuiszorg dichterbij kwetsbare ouderen in de buurt te bieden kan passende zorg worden geboden en kunnen wellicht negatieve uitkomsten van ziekenhuisopname worden voorkomen.

De WijkKliniek is een afdeling voor ziekenhuiszorg in een VVT-instelling. Onder auspiciën van de klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde wordt er een behandeling geboden voor veelvoorkomende acute ziektebeelden bij ouderen. De WijkKliniek kan mogelijk dienen als springplank voor het in de toekomst leveren van acute zorg aan ouderen in de eerste lijn.

## Samenvatting

### Achtergrond en doel

De WijkKliniek biedt medisch specialistische zorg voor ouderen in een VVT (verpleging, verzorging, thuiszorg)-instelling. Dit is een alternatief voor ziekenhuisopname en bestaat sinds 2018 in Amsterdam-Zuidoost. We beschrijven wat de WijkKliniek inhoudt, wie er werkzaam zijn en welke populatie in aanmerking komt voor opname in de WijkKliniek.

### Methode

De organisatie en inhoud van de behandeling bij de WijkKliniek worden beschreven. Door middel van dossieronderzoek, hebben we gegevens zoals patiëntkarakteristieken en de reden van opname van reeds opgenomen patiënten verzameld. Het betreft een tussentijdse rapportage van een lopend gecontroleerd cohortonderzoek.

### Resultaten

Tussen juli 2018 en februari 2020 werden ruim 600 patiënten opgenomen in de WijkKliniek. De gegevens van 200 patiënten werden verzameld. De gemiddelde leeftijd in dit cohort was 82 jaar. Infectieziekten, waaronder pneumonie en urineweginfecties waren de belangrijkste redenen voor opname. Daarnaast werden patiënten opgenomen in verband met exacerbaties van COPD en hartfalen. Bij een aanzienlijke restgroep (26%) was de primaire reden van opname onder andere geriatrische multiproblematiek, delirium of vallen. De mediane ligduur was 8 dagen.

### Beschouwing

Het is mogelijk om ziekenhuiszorg voor ouderen in een WijkKliniek, buiten de muren van het ziekenhuis, aan te bieden. Met name ouderen met infectieziekten en exacerbaties van chronische aandoeningen met daarnaast geriatrische syndromen komen in aanmerking voor opname in de WijkKliniek. In de toekomst zou het mogelijk zijn dat er meer acute 24/7-zorg binnen eerstelijns zorgvoorzieningen geboden kan gaan worden.

## Achtergrond en doel

In de komende tien jaar zal het aantal 80-plussers in Nederland met 75% toenemen.<sup>1</sup> Deze groep ouderen bevindt zich vaak in de laatste jaren van het leven en zij worden in die fase vaker acuut in het ziekenhuis opgenomen. Deze acute zorgvragen zijn bijvoorbeeld nieuwe acuut medische problemen, heropnames na een eerdere ziekenhuisopname, een ontregeling thuis door complexe zorgvraag, overbelasting van de mantelzorger of een palliatieve zorgbehoefte die niet onderkend is. Ziekenhuisopname bij ouderen is geassocieerd met negatieve uitkomsten zoals functieverlies.<sup>2</sup> Daarnaast zijn deze opnames ook kostbaar en is de verwachting dat het aantal acute zorgvragen bij ouderen zal gaan toenemen.<sup>3</sup> Een deel van deze zorgvragen zou mogelijk buiten de muren van het ziekenhuis kunnen worden opgelost, zoals door betere preventieve zorg in de eerste lijn waardoor opnames voorkomen kunnen worden. Indien er toch een indicatie bestaat voor opname zou acute zorg ook in de eerste lijn geboden kunnen worden, zoals in de WijkKliniek gebeurt.

In juli 2018 is in Amsterdam Zuidoost in de locatie Eben Haëzer de WijkKliniek geopend. De WijkKliniek is een afdeling in een VVT- (verpleging, verzorging, thuiszorg) instelling waar medisch specialistische zorg wordt geboden aan oudere patiënten uit de regio Amsterdam. Dit gaat dan bijvoorbeeld om patiënten met een pneumonie, een exacerbatie COPD (chronic obstructive pulmonary disease) of ontregelde diabetes. De WijkKliniek is het resultaat van een innovatieve samenwerking tussen VVT-organisatie Cordaan, het Amsterdam UMC, locatie AMC en zorgverzekeraar Zilveren Kruis. Er zijn reeds 600 patiënten opgenomen geweest in de WijkKliniek en sinds de opening is er zowel vanuit de VVT als vanuit ziekenhuizen interesse geweest in dit concept. We beschrijven daarom hoe het WijkKliniek – concept is opgebouwd en welke patiënten in aanmerking komen voor opname in de WijkKliniek.

In dit artikel zullen wij in gaan op de volgende vragen:

- › Wat is het WijkKliniek concept?
- › Hoe is het WijkKliniek concept georganiseerd en welke professionals heb je nodig om in een VVT- instelling ziekenhuiszorg te kunnen bieden?
- › Welke groep patiënten is gebaat bij het ontvangen van ziekenhuiszorg buiten de muren van het ziekenhuis c.q. wat zijn de opnamediagnoses en patiënt karakteristieken van patiënten die behandeld kunnen worden in de WijkKliniek?
- › Hoe past het WijkKliniek concept in het toekomstmodel voor acute zorg die georganiseerd wordt vanuit eerste lijn?
- › Wat is de WijkKliniek - zorg voor ouderen vanuit de wijk opgebouwd met alle ketenpartners

De visie van de WijkKliniek is dat de (acute) zorg voor ouderen vanuit de wijk met alle ketenpartners in de eerste lijn (zoals huisartsen, wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde en apotheek) moet worden opgebouwd. We hebben een nieuw zorgconcept ontwikkeld wat hierop aansluit en de mogelijkheid biedt om ziekenhuiszorg in de eerste lijn te organiseren. Daar waar ouderen in het ziekenhuis vooral behandeling krijgen voor hun medische problemen is er beperkte expertise in de stappen die nodig zijn voor een optimale terugkeer naar huis. De ouderen die in de WijkKliniek terecht komen krijgen medisch specialistische zorg in de acute fase en gelijktijdig wordt gewerkt aan functiebehoud (door vroege revalidatie) en herstel met als doel zo goed begeleid mogelijk te terug te keren naar huis en het leven op te pakken. Daarbij vindt er tijdens en na de opname intensief afstemming plaats met de mantelzorgers en de eigen zorgverleners, zoals de huisarts, zodat er een optimale overdracht naar huis mogelijk is. Zie box 1 voor de redenen die aanleiding waren op het WijkKliniek concept te ontwikkelen.

De zorg in de WijkKliniek wordt bekostigd uit de basisverzekering. Samen met Zilveren Kruis hebben Cordaan en het Amsterdam UMC een beleidsregel innovatie aangevraagd bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) waardoor de WijkKliniek gedurende drie jaar als zorgproduct mag worden vergoed door zorgverzekeraars. Hierna zal worden gekeken of dit zorgproduct blijvend zal worden vergoed uit de basisverzekering.

We richten ons op het opnemen van patiënten met veelvoorkomende acute ziektebeelden en exacerbaties van chronische aandoeningen. De passende medische zorg kan dan in de WijkKliniek worden geboden: bijvoorbeeld het starten van intraveneuze medicatie zoals diuretica bij decompensatio cordis, intraveneuze antibiotica bij een pneumonie en het toedienen van zuurstof bij exacerbatie van COPD. Daarnaast wordt bij opname iedere patiënt in kaart gebracht door middel van een Comprehensive Geriatric Assessment (CGA).<sup>4</sup> Patiënten ontvangen multidisciplinaire zorg, onder andere door geleverd verpleegkundig specialisten, fysiotherapeuten en

verpleegkundigen, onder supervisie van een klinische geriatr (KG) of internist ouderengeneeskunde (IOG) (zie ook alinea 'De professionals werkzaam op de WijkKliniek'). De WijkKliniek heeft 23 bedden.

## Box 1. Vier belangrijkste redenen voor deze innovatie

### 1. **Beter passende zorg voor ouderen met een acute zorgvraag, waarvoor in het bestaande zorgaanbod geen optimaal aanbod is**

We focussen volledig op wat voor ouderen belangrijk is: namelijk tijdens en na acute gezondheidsproblemen, en na opname weer goed begeleid thuis hun leven oppakken. Door de innovatie met de zorgverleners in de wijk op te bouwen, werken we hier actief aan. Bij een normale ziekenhuisopname ligt de focus op behandeling van de ziekte. We geloven erin dat voor kwetsbare ouderen de acute zorg zo dicht mogelijk in de thuissituatie geboden moet worden zodat er contact blijft met hun naaste omgeving en bekende zorgverleners zoals de huisarts.

### 2. **Eerste stap in het veilig verplaatsen van acute medisch specialistische zorg naar de wijk**

Het is een innovatie waarbij de medisch specialistische zorg (ziekenhuisbehandeling) naar de wijk verplaatst wordt en waarmee we de capaciteit en infrastructuur voor acute ouderenzorg in de wijk opbouwen. Dit is nodig om een 24/7 zorgsysteem in de wijk op te bouwen. De zorg onderscheidt zich hiermee van innovaties als het eerstelijnsverblijf (ELV) of geriatrische revalidatiezorg (GRZ), die ingezet worden bij zorgproblemen of om te herstellen na een acute fase in het ziekenhuis.

### 3. **Verminderen van de druk op de SEH**

Het verminderen van de druk op de SEH kan alleen door alternatieven te ontwikkelen, waarbij niet iedere oudere meer op de SEH gezien hoeft te worden. In de WijkKliniek streven we uiteindelijk naar direct opnemen van patiënten op indicatie van de huisarts zonder tussenkomst van de SEH. Daarnaast focussen we op goede begeleiding na ontslag uit de WijkKliniek, waardoor aantal heropnames zal dalen.

### 4. **Een extra impuls om HBO-opgeleide verpleegkundigen te interesseren voor de acute ouderenzorg**

Het aantrekken van HBO-opgeleide verpleegkundigen, die op het snijvlak van het ziekenhuis en wijk willen werken, is belangrijk doel. We zien nu al dat de WijkKliniek een andere groep verpleegkundigen aantrekt dan die nu in de ouderenzorg werkzaam zijn.

## Opname in de WijkKliniek

Ouderen met een acute zorgvraag komen via de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) in het ziekenhuis terecht (figuur 1). Met de komst van de WijkKliniek is het mogelijk dat deze ouderen na melding op de SEH worden doorverwezen naar de WijkKliniek. In de toekomst willen we dat ook huisartsen rechtstreeks naar de WijkKliniek verwijzen.

Patiënten vanaf 65 jaar en woonachtig in omgeving Amsterdam worden direct vanaf de SEH in het opgenomen in de WijkKliniek. Voordat een patiënt kan worden overgedragen en opgenomen in de WijkKliniek moet er een diagnose en behandelplan zijn voor de acute medische-specialistisch zorgvraag. Dit is nodig omdat er behalve bloedafname, ECG en mogelijkheid tot wekelijkse röntgen opnamen geen aanvullende diagnostische mogelijkheden zijn in de WijkKliniek. Zie voor de in- en exclusiecriteria voor opname Box 2. Een opname in de WijkKliniek vanaf de SEH kan 24/7 per dag. De opname verloopt via de dienstdoende KG/IOG (WijkKliniek & AMC SEH). Patiënten kunnen ook worden opgenomen vanaf de spoedeisende hulp van het VU medisch centrum (VUmc) of Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG).

**Figuur 1. Opnamestroom en voorwaarden voor opname in de WijkKliniek, direct insturen door de huisarts is nu nog niet mogelijk**



## De professionals werkzaam in de WijkKliniek

In de WijkKliniek is dagelijks een KG of IOG aanwezig. Zij superviseren verpleegkundig specialisten, de fellow ouderengeneeskunde of de basisarts die werkzaam zijn in de WijkKliniek. Er wordt elke dag visite gelopen en eenmaal per week is er een multidisciplinair overleg gepland (MDO). Het verpleegkundig team bestaat uit hbo en mbo-verpleegkundigen, zowel met een achtergrond in het ziekenhuis als voormalig wijkverpleegkundigen. Er zijn ook fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten werkzaam in de WijkKliniek. Patiënten krijgen op indicatie een tot twee keer per dag fysiotherapie. De specialist ouderengeneeskunde is op dit moment niet werkzaam in de WijkKliniek, wel is er laagdrempelig overleg tussen de specialist ouderengeneeskunde en de KG of IOG van de WijkKliniek, bijvoorbeeld over het overplaatsen van patiënten van en naar de WijkKliniek. In de toekomst zou onderzocht kunnen worden of een specialist ouderengeneeskunde ook als supervisor op de WijkKliniek kan werken.

## Onderzoek in de WijkKliniek

### Methoden

Om de effectiviteit van het de WijkKliniek te meten worden ouderen die opgenomen zijn geweest in de WijkKliniek benaderd voor deelname aan dossier- en follow-up onderzoek. Zie Ribbink et al. voor een overzicht van het studieprotocol.<sup>5</sup> Dit is een prospectief cohortonderzoek waarvan de data zullen worden vergeleken met een cohort van patiënten die voor vergelijkbare indicaties opgenomen waren in het ziekenhuis. Dit onderzoek is gestart in februari 2019, inclusie en follow-up zijn op dit moment nog niet afgerond.

Voor deelname aan het onderzoek dient een patiënt:

- Opgenomen te zijn of zijn geweest in de WijkKliniek;
- Toestemming, informed consent, kunnen en willen geven voor het onderzoek of een wettelijk vertegenwoordiger hebben die, namens de patiënt, toestemming kan en wil geven.

In box 2 worden de in- en exclusiecriteria voor opname in de WijkKliniek vermeld.

### Box 2. In- en exclusiecriteria voor opname in de WijkKliniek

#### Inclusiecriteria voor opname in de WijkKliniek:

- Patiënt uit de nabije regio Amsterdam
- 65 jaar of ouder
- Patiënt met een acuut medisch specialistisch somatisch probleem, bijvoorbeeld
  - Cardiologie: hartfalen
  - Longziekten: pneumonie, exacerbatie COPD
  - Interne geneeskunde: urineweginfectie, onregelde diabetes, dehydratie, milde elektrolytstoornissen
  - Neurologie: neurologische observatie, bijvoorbeeld na val
  - Chirurgie: pijnstilling en mobilisatie na val zonder operatie
- Patiënt is hemodynamisch stabiel

5. Patiënt met één of meerdere geriatrische problemen, bijvoorbeeld:
  - Delier, dementie
  - Verhoogd valrisico
  - Verminderde zelfredzaamheid
6. Patiënt waarbij 24/7 medisch specialistische zorg en observatie nodig is zonder dat er op korte termijn diagnostiek nodig is welke niet plaats kan vinden op de WijkKliniek.

#### **Exclusiecriteria voor opname in de WijkKliniek zijn:**

1. Patiënten die na ziekenhuisopname een nazorg faciliteit nodig hebben
2. Patiënten met een monodisciplinaire problematiek zonder geriatrische problematiek
3. Patiënten die continue monitoring nodig hebben
4. Patiënten waarbij Intensive Care zorg nodig is
5. Patiënten die geopereerd moeten worden
6. Patiënten waarbij er alleen een zorgvraag is

#### **Uitkomstmaten**

Op basis van een tussentijdse analyse geven we in dit artikel een overzicht van de karakteristieken van de populatie die in de WijkKliniek werd opgenomen.

#### **Dataverzameling**

We verzamelen van alle deelnemers de demografische gegevens, zoals leeftijd, woonsituatie, sociale situatie en ziekenhuisopnames in de afgelopen zes maanden. We verzamelen de reden van opname en kijken naar het aantal comorbiditeiten door het scoren van de Charlson Comorbidity Index (CCI).<sup>6</sup> Bij opname in de WijkKliniek wordt onder andere ADL- functioneren (instrument Katz-15),<sup>7</sup> gezondheid-gerelateerde kwaliteit van leven (instrument EQ-5D)<sup>8</sup> en zorggebruik in kaart gebracht. Voor de tussentijdse analyse is er een sample van 200 patiënten die tussen februari 2019 en december 2019 waren opgenomen meegenomen. Het gaat om een beschrijvende analyse.

## **Resultaten tussentijdse analyse**

#### **Patiëntpopulatie die zorg heeft ontvangen in de WijkKliniek**

Patiënten die opgenomen werden in de WijkKliniek hadden een mediane leeftijd van 82 jaar (tabel 1). Ruim de helft (52%) was vrouw en 31% was in de afgelopen zes maanden opgenomen geweest in het ziekenhuis. Het ADL- functioneren op basis van de Katz-ADL score lag bij opname mediaan (IQR: interquartile range) op 3 (1-5). De uitgangswaarde van de Katz-ADL score, twee weken voor opname lag mediaan (IQR) op 1 (0-3) . De Charlson Comorbidity index (standaard deviatie) was 2.8 (2.0). Figuur 2 geeft een overzicht van de reden van opname in deze patiëntengroep. Infectieziekten, zoals urineweginfecties (27.5%) waren de belangrijkste reden van opname en bijna altijd was er sprake van multimorbiditeit en/of geriatrische syndromen.

#### **Tabel 1. Patiëntkenmerken en variabelen bij opname**

Variabele bij opname	Aantal (N) = 200
Leeftijd, mediaan (IQR)	82 (75-89)
Aantal vrouwen, N (%)	105 (52)
Woonsituatie voor opname, N (%)	
Zelfstandig alleen	98 (49)
Zelfstandig met anderen (bv. met partner)	66 (33)
Verzorgingshuis/serviceflat	27 (13.5)
Verpleeghuis/anders	9 (4.5)
Katz-ADL (6 item) score	
- Twee weken voor opname, mediaan (IQR)	1 (0-3)
- Bij opname, mediaan (IQR)	3 (1-5)
Polyfarmacie, <sup>b</sup> N (%)	149 (75)
Ziekenhuisopname in de afgelopen 6 maanden, N (%)	58 (31)
Charlson Comorbidity Index <sup>c</sup> , gemiddelde (SD)	2.8 (2.0)

SD, standaard deviatie; IQR, interquartile range

<sup>a</sup>Score van 0-6, waarbij een hogere score duidt op meer ADL-afhankelijkheid

<sup>b</sup>Gebruik van 5 of meer medicijnen

<sup>c</sup>Score van 0-31, een hogere score duidt op meer comorbiditeit

### Gemiddelde opnameduur, uitstroom en terugkeer naar het ziekenhuis

Sinds de opening van de WijkKliniek ligt de opnameduur tussen de zeven en acht dagen. In de onderzochte populatie was dit mediaan acht dagen. In het onderzochte cohort ging ~84% van de patiënten bij ontslag terug naar de oorspronkelijke woonsituatie c.q. naar huis. Daarnaast ging ~10% van de patiënten met ontslag naar het ELV en de GRZ. Ongeveer 5% van de patiënten (N=9) in het cohort werd alsnog opgenomen in het ziekenhuis gedurende de opname, 6% (N=12) is ingestuurd voor diagnostiek maar kon daarna terugkeren naar de WijkKliniek.

Figuur 2. Opnameredenen in de WijkKliniek, n=200. De belangrijkste redenen van opname waren infectieziekten (totaal 28%), de categorie anders (26%) bevat onder andere patiënten met o.a. geriatrische multiproblematiek, vallen, delier zonder bekend focus, elektrolystoornissen als belangrijkste reden van opname



### Patiënttevredenheid

Patiënten of diens vertegenwoordigers die deelnamen aan het onderzoek zijn in het algemeen tevreden over de zorg in de WijkKliniek, zij waarderen deze gemiddeld met een 8.3. Een groot deel van de patiënten had ook eerder in het ziekenhuis gelegen en zou een volgende keer graag terugkomen in de WijkKliniek, door de persoonlijke aandacht, de ruime kamer en de focus op bewegen tijdens de opname.

### Belasting van de spoedeisende hulp

Waar in 2016 nog 44% van de ouderen die de SEH van het Amsterdam UMC, locatie AMC bezocht werd opgenomen, heeft er een daadwerkelijke ombuiging van zorg plaatsgevonden. In 2019 werd nog 33% van de ouderen die de SEH

bezoekt opgenomen. Komend jaar gaan we ook werken aan het direct opnemen in de WijkKliniek, zonder tussenkomst van de SEH.

## Beschouwing

Uit onze eerste ervaringen met de implementatie van de WijkKliniek en de gevonden resultaten blijkt dat het mogelijk is om ziekenhuiszorg voor ouderen in een WijkKliniek, buiten de muren van het ziekenhuis, aan te bieden. Met name ouderen met infectieziekten en exacerbaties van chronische aandoeningen komen in aanmerking voor opname in de WijkKliniek. Patiënten zijn relatief ADL-afhankelijk bij opname en hebben ook relatief veel comorbiditeit, terwijl het merendeel, nog in een zelfstandige, al dan niet met anderen, woonsituatie woont. Wij denken dat met name kwetsbare ouderen met een acute zorgvraag die nog thuis wonen goed kunnen worden opgenomen in de WijkKliniek. Gezien het aandeel ouderen dat thuis woont toe zal nemen in de toekomst is het mogelijk dat er meer acute 24/7 zorg binnen de eerstelijns zorgvoorziening geboden zal kunnen, en moeten worden, voor deze groep.

## Toekomstvisie op acute ouderenzorg

Wij voorzien dat in de komende 5-10 jaar substitutie gaat plaatsvinden van de ziekenhuiszorg naar de eerste lijn. De grenzen tussen medisch-specialistische zorg en generalistische zorg zullen daarbij vervagen en netwerkvorming tussen gemeente, eerste lijn en ziekenhuis is essentieel. Over 5-10 jaar is de acute zorg voor ouderen vanuit de eerste lijn opgebouwd en draagt daarmee bij aan het verminderen van acute zorgvragen die leiden tot een ziekenhuisopname. Om de acute zorg vanuit de eerste lijn te kunnen bieden is het de komende jaren nodig om capaciteit op te bouwen van artsen en verpleegkundigen en sociale wijkteams die deze zorg kunnen bieden. Dit vraagt onder andere opleiden om deze zorg te kunnen bieden, aanpassing van de wet- en regelgeving en andere bekostiging (figuur 3).<sup>9</sup> Met de WijkKliniek hebben we succesvol de eerste benodigde stappen gezet om deze infrastructuur voor acute zorg in een VVT-instelling op te bouwen.

Figuur 3. De toekomst van de kortdurende zorg zodat er een 24/7 model in de eerste lijn ontstaat. De kortdurende zorg en ondersteuning moet verder ontwikkeld worden. Extramuraal zodat in de thuissituatie zorg tijdelijk geïntensiveerd kan worden, maar ook intramuraal moet complexere ziekenhuiszorg in de wijk geboden kunnen worden. De kortdurende zorg is ondersteunend aan de zorg die de huisarts en wijkverpleegkundige biedt, wordt tijdelijk ingezet en weer overgedragen als acute probleem voldoende behandeld is (uit BM Buurman, huisarts & wetenschap, artikel gepubliceerd november 2019).<sup>9</sup>



## Auteurs

- > Drs. Marthe E. Ribbink, arts-onderzoeker Amsterdam UMC
- > Drs. Melissa Resodikromo, klinisch geriater WijkKliniek, Amsterdam UMC en Cordaan
- > Dr. Hanna Willems, klinisch geriater en internist-ouderengeneeskunde, hoofd afdeling ouderengeneeskunde Amsterdam UMC
- > Drs. Monique Slee-Valentijn, directeur kortdurende zorg Cordaan
- > Prof. dr. Bianca M. Buurman, hoogleraar acute ouderenzorg Amsterdam UMC

## Literatuur

1. StatLine Centraal Bureau voor de Statistiek. Prognose huishoudens naar type; leeftijd, burgerlijke staat, 2016-2060 <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=83228NED&D1=0&D2=a&D3=0%2c95-111&D4=0&D5=0-4%2c14%2c24%2c34%2cl&HDR=T%2cG1&STB=G3%2cG4%2cG2&VW=T>. Published 2015. Accessed 17 augustus, 2017.
2. Buurman BM, Hoogerduijn JG, de Haan RJ, et al. Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: prevalence and one-year survival and functional decline. *PloS one*. 2011;6(11):e26951.
3. de Kousemaeker G, Vandermeulen L. *Ontwikkelingen Langdurige Zorg Fluent Healthcare* Amsterdam 2017.
4. Stuck AE. [Multidimensional geriatric assessment in the acute hospital and ambulatory practice]. *Schweizerische medizinische Wochenschrift*. 1997;127(43):1781-1788.
5. Ribbink ME, Macneil-Vroomen JL, van Seben R, Oudejans I, Buurman BM. Investigating the effectiveness of care delivery at an acute geriatric community hospital for older adults in the Netherlands: a protocol for a prospective controlled observational study. *BMJ Open*. 2020;10(3):e033802.
6. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of chronic diseases*. 1987;40(5):373-383.
7. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1983;31(12):721-727.
8. Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 1996;37(1):53-72.
9. Buurman- van Es BM. Kortdurende zorg bij ouderen als antwoord op spoedzorg. *Huisarts & Wetenschap*. 2019;2020(1):37-40.