

University of Groningen

Kenmerken en beloop van patiënten in het eerstelijnsverblijf

Holtman, Gea; Luijendijk, Dika; Havinga, H; Zuidema, Sytse

Published in:
Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2017

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Holtman, G., Luijendijk, D., Havinga, H., & Zuidema, S. (2017). Kenmerken en beloop van patiënten in het eerstelijnsverblijf. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*. <https://www.verenso.nl/magazine-juni-2017/no-3-juni-2017/wetenschap/kenmerken-en-beloop-van-patienten-in-het-eerstelijnsverblijf>

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Kenmerken en beloop van patiënten in het eerstelijnsverblijf

Inhoudsopgave

Kenmerken en beloop van patiënten in het eerstelijnsverblijf	2
--------------------------------------------------------------------	---

Kenmerken en beloop van patiënten in het eerstelijnsverblijf

Kenmerken en beloop van patiënten in het eerstelijnsverblijf

[Gea Holtman](#), Dika Luijendijk, Henk Havinga, Sytse Zuidema

Steeds meer kwetsbare ouderen verblijven thuis en het is belangrijk om onnodige, belastende en dure ziekenhuisopnames te voorkomen. In dit artikel beschrijven de auteurs de uitkomsten van hun onderzoek, waarin ze de opnames in het eerstelijnsverblijf in De Twaalf Hoven in kaart hebben gebracht.

Samenvatting

Achtergrond en doel

Het eerstelijnsverblijf (ELV) is een medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in het verpleeghuis of zorgcentrum voor kwetsbare ouderen die tijdelijk niet thuis kunnen wonen en voor wie opname in het ziekenhuis niet aangewezen is. Het doel van dit onderzoek was om de opnames in het ELV in De Twaalf Hoven te Winsum in kaart te brengen.

Methode

Dit is een beschrijvend onderzoek over het ELV tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2017. Het aantal opnames, de patiëntkarakteristieken, kenmerken van geleverde zorg en ontslagbestemming werden uit het elektronisch cliëntendossier verzameld, geanalyseerd en beschreven.

Resultaten

Voor tijdelijke zorg en palliatieve zorg werden respectievelijk 44 en 16 patiënten opgenomen met een mediane opname duur van 5 en 2 weken. Van patiënten in het ELV (tijdelijke zorg) keerden 24 (55%) weer terug naar hun eigen woning.

Discussie

De patiëntenpopulatie in het ELV was gevarieerd, maar de meeste patiënten werden opgenomen om aan te sterken en weer terug te gaan naar hun eigen woning. Met het afwegingsinstrument van Verenso kan de huisarts samen met andere zorgprofessionals

bepalen of er een indicatie is voor het ELV en welke. Voor de juiste zorg aan kwetsbare ouderen is samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde belangrijk.

Inleiding

In de afgelopen decennia is het aantal oudere mensen met chronische aandoeningen en multimorbiditeit toegenomen.¹ Het is een uitdaging om kwalitatief goede zorg te organiseren voor deze kwetsbare ouderen.²⁻⁴ Volgens de huidige opvattingen is het belangrijk om de ondersteuning van kwetsbare ouderen te verbeteren, hen zo lang mogelijk thuis te laten wonen en betrokkenheid van de samenleving te vergroten. Dit vraagt om veranderingen in de ouderenzorg. In Nederland is hiervoor in 2015, naast de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), de Wet Langdurige Zorg (Wlz) ingevoerd. Daarnaast werd wijkverpleging overgeplaatst naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verder is een transitie van zorg van landelijke naar gemeentelijke overheid en van tweede naar de eerste lijn uitgevoerd.

Doordat kwetsbare ouderen langer in hun eigen omgeving wonen is een calamiteitenopvang nodig. Vormen van tijdelijke opvang zijn respijtzorg, logeeropvang (crisisbedden) en geriatrische revalidatiezorg (GRZ).⁵ Het ELV is een nieuwe oplossing in Nederland en valt sinds 1 januari 2017 onder de Zvw. Het ELV is een medisch noodzakelijk kortdurend verblijf van minimaal 24 uur tot maximaal 18 weken voor kwetsbare ouderen die tijdelijk niet meer thuis kunnen wonen, maar ook niet in het ziekenhuis opgenomen hoeven te worden. Het doel van een ELV is het analyseren van de aandoening(en) en/of beperking(en) en de gevolgen hiervan te stabiliseren zodat terugkeer naar de oorspronkelijke woonsituatie mogelijk is. Als terugkeer geen optie blijkt te zijn, wordt vastgesteld welke vervolgzorg passend is voor de patiënt.

In 2015 is De Twaalf Hoven te Winsum gestart met het ELV. De verwachting was dat het ELV zou resulteren in verbetering van de gezondheid van de patiënt en dat de meeste patiënten terug gaan naar hun eigen woning. Er is echter nog geen onderzoek gedaan naar de kenmerken van patiënten opgenomen op een ELV. Het doel van dit onderzoek was om de opnames in het ELV in de Twaalf Hoven in Winsum te beschrijven. De vragen waren hoeveel en welke patiënten gebruik maken van het ELV en wat de geleverde zorg en ontslagbestemming zijn.

Methoden

Dit is een beschrijvend onderzoek van het ELV in De Twaalf Hoven in Winsum gedurende de periode tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2017. Zowel tijdelijke zorg met als doel diagnostiek of behandeling en zo mogelijk terugplaatsing naar huis als palliatieve zorg kunnen indicaties zijn voor opname in het ELV.⁶ In de resultaten wordt de palliatieve zorg apart gepresenteerd, omdat deze zorg gericht is op symptoomverlichting en begeleiding voor de problemen rondom een levensbedreigende aandoening. De Medische Ethische Toetsingscommissie van het

Universitair Medisch Centrum Groningen heeft dit beschrijvende onderzoek besproken en geconcludeerd dat het onderzoek niet onder de reikwijdte van de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen valt.

Populatie

De studiepopulatie bestond uit patiënten die gebruik maakten van het ELV in De Twaalf Hoven te Winsum. Voor de volgende patiënten kan ELV geïndiceerd zijn: 1) Patiënten in de thuissituatie die een niet-complex medisch probleem hebben (zonder noodzakelijke bemoeienis van de tweede lijn) en ten gevolge van het medische probleem tijdelijk een 24-uurszorgbehoefte hebben door dreigend gezondheidsverlies; 2) Patiënten die in het ziekenhuis medisch uitbehandeld zijn, maar nog niet voldoende hersteld zijn om naar huis terug te kunnen gaan, maar buiten het GRZ indicatiegebied vallen; 3) Patiënten die palliatieve zorg nodig hebben.⁶ Er waren geen exclusiecriteria.

Dataverzameling

We hebben informatie uit het elektronisch cliëntendossier (ECD) van het verpleeghuis verzameld. Een onderzoeker extraheerde de gegevens naar een gestructureerde database. Alle gegevens werden gecodeerd zodat zij niet herleidbaar waren tot een patiënt. De volgende gegevens zijn verzameld: patiëntkarakteristieken (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, woonomstandigheden, diagnoses en opname indicatie) en kenmerken van geleverde zorg (professionals die zorg hebben geleverd, medicatieveranderingen, duur opname, succesvol ontslag en verblijf na opname). Van succesvol ontslag was sprake als de patiënt binnen 18 weken terugkeerde naar zijn eigen woning.

Statistische analyses

Beschrijvende statistiek werd gebruikt om het aantal opnames per maand te berekenen en de patiëntkarakteristieken en geleverde zorg te beschrijven. De analyses werden uitgevoerd met IBM SPSS versie 24 (IBM Corp., Armonk, NY, USA).

Resultaten

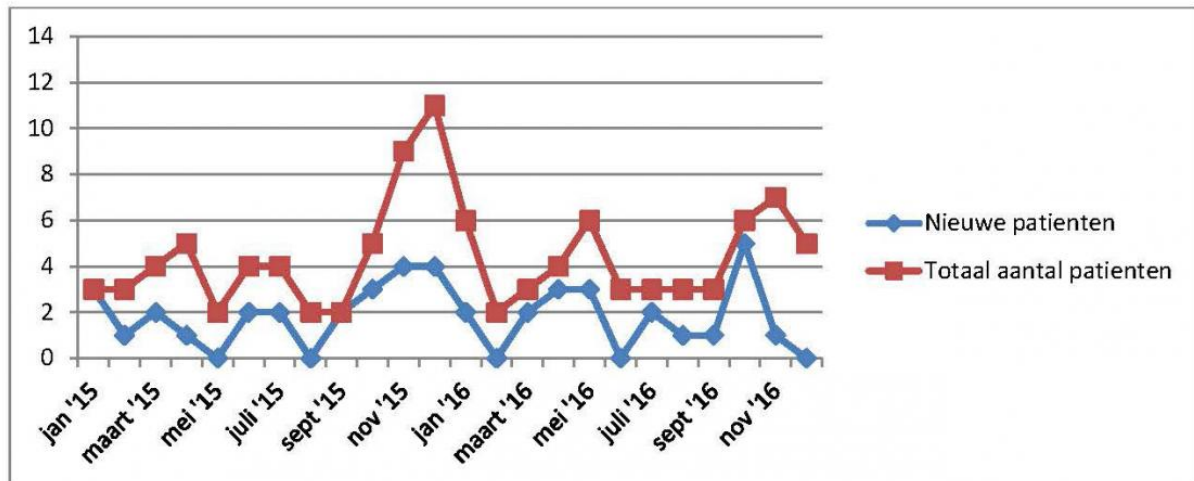
Tijdelijke zorg

Aantal opnames

In de periode van 1 januari 2015 tot en met 1 januari 2017 zijn 44 patiënten opgenomen voor tijdelijke zorg, waarvan 24 patiënten in 2015 en 20 patiënten in 2016. Figuur 1 geeft aan hoeveel patiënten per maand gebruik hebben gemaakt van de tijdelijke zorg. De aanmeldingen van patiënten per maand varieerde van 0 tot 5 patiënten. Het totaal tegelijkertijd opgenomen

aantal patiënten varieerde van minimaal 2 patiënten tot maximaal 11 patiënten (in december 2015).

Figuur 1. Nieuwe en totaal aantal patiënten die gebruikmaken van tijdelijke zorg per maand



Patiëntkarakteristieken

De mediane leeftijd van de 44 patiënten was 86 jaar (range 54 – 97 jaar) en minder dan de helft (41%) was man (zie tabel 1). Voor opname woonden 20 (46%) patiënten zelfstandig, 16 (36%) patiënten woonden samen met een partner en/of kinderen en van de overige 8 (18%) patiënten was dit niet genoteerd. De meeste patiënten werden verwezen door hun huisarts, maar een aantal patiënten (14%) werd aangemeld door het ziekenhuis. Meer dan driekwart (77%) van de patiënten had een of meerdere chronische aandoeningen, zoals diabetes mellitus of COPD. De meest voorkomende redenen om opgenomen te worden waren het verbeteren van mobiliteit (39%) en aansterken van de algehele gezondheidstoestand (20%). Een aanleiding van de verminderde mobiliteit of andere opname indicaties was bijvoorbeeld een valpartij. Dit was bij 9 (21%) patiënten het geval.

Tabel 1. Klinische gegevens van patiënten die gebruikmaken van eerstelijnsverblijf

Variabel	Aantal opnames ELV	
	Tijdelijke zorg (N = 44)	Palliatieve zorg (N = 16)
Leeftijd, in jaren, mediaan (range)	86 (54 - 97)	77 (55 - 91)
Man, n (%)	18 (41)	10 (63)
Verblijfplaats voor opname, n (%)		
Eigen woning	33 (75)	5 (31)
Verpleeghuis	2 (5)	3 (19)
Ziekenhuis	6 (14)	7 (44)
Onbekend	3 (7)	1 (6)
Aantal comorbide aandoeningen, mediaan (range)	2 (0 - 6)	2 (1 - 4)
Diagnoses, n (%)^a		
Diabetes Mellitus	9 (21)	7 (44)
CVA of TIA	10 (23)	4 (25)
Hartfalen	12 (27)	2 (13)
Carcinoom	10 (23)	10 (63)
Astma of COPD	11 (25)	3 (19)
Letsel bewegingsapparaat	17 (39)	0 (0)
Mentale en psychische problematiek	19 (43)	6 (38)
Incontinentie	3 (7)	1 (6)
Urinerweginfectie	4 (9)	0 (0)
Opname indicaties, n (%)		
Mobiliteit verbeteren	17 (39)	
Aansterken	9 (20)	
Cognitief functioneren in kaart brengen	8 (18)	-
Mantelzorgers ontlasten	6 (14)	-
Passende woonruimte zoeken	3 (7)	-
Pijn onder controle krijgen	1 (2)	-
Palliatieve zorg	0 (0)	16 (100)

^a Ziekte of aandoeningen in de afgelopen 12 maanden. Meeste patiënten hadden meer dan één ziekte of aandoeningen.

Notitie: 3 patiënten zijn 2 keer opgenomen geweest.

Afkortingen: CVA: Cerebro Vasculair Accident; TIA: Transient Ischemic Attack; COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Kenmerken van geleverde zorg

Tabel 2 geeft een overzicht van de geleverde zorg. Tijdens het ELV (tijdelijke zorg) werd zorg geleverd door de specialist ouderengeneeskunde (100%), fysiotherapeut (68%), psycholoog (41%) en ergotherapeut (30%). Medicatieveranderingen waren na te gaan voor de periode van 1 januari 2015 tot 1 augustus 2016 (n = 36): bij 12 (33%) patiënten is het aantal medicamenten afgebouwd, bij 11 (31%) patiënten is medicatie toegevoegd, bij 10 (28%) patiënten is het aantal medicamenten gelijk gebleven en bij 3 (8%) patiënten werd geen medicatiereview gedaan, omdat de patiënten tijdens het verblijf waren overleden. De verblijfsduur van patiënten varieerde tussen 3 en 92 dagen (mediaan: 36 dagen). Bij de meeste patiënten werden de behandeldoelen bereikt en deze gingen binnen 10 weken (46%) weer terug naar hun eigen woning of binnen 10 tot 18 weken (9%). Deze patiënten kregen vaak thuiszorg. Zeventien (39%) patiënten kregen een indicatie voor een verpleeghuis en werden overgeplaatst naar een regulier bed. In totaal zijn er 3 (7%) patiënten overleden binnen 4 weken na opname voor tijdelijke zorg.

Tabel 2. Kenmerken van geleverde zorg

Variabel	Aantal opnames ELV	
	Tijdelijke zorg (N = 44)	Palliatieve zorg (N = 16)
Zorg verkregen door, n (%)		
Specialist ouderengeneeskunde	44 (100)	16 (100)
Fysiotherapeut	30 (68)	3 (19)
Psycholoog	18 (41)	3 (19)
Ergotherapeut	13 (30)	4 (25)
Logopedist	4 (9)	4 (25)
Maatschappelijke begeleider	3 (7)	0 (0)
Diëtist	1 (2)	0 (0)
Verzorgende	44 (100)	16 (100)
Medicatie veranderingen, mediaan (range)^a		
Vaste medicatie tijdens opname	7 (1 - 13)	-
Zo nodig medicatie tijdens opname	1 (0 - 3)	-
Kuren antibiotica tijdens opname	0 (0 - 2)	-
Vaste medicatie tijdens ontslag	7 (0 - 13)	-
Zo nodig medicatie tijdens ontslag	1 (0 - 3)	-
Kuren antibiotica tijdens ontslag	0 (0 - 1)	-
Dosis van medicatie verlaagd	0 (0 - 2)	-
Duur opname		
Aantal dagen, mediaan (range)	36 (3-92)	12 (1-126)
Ontslag/overleden binnen 10 weken, n (%)	40 (91)	14 (88)
Succesvol ontslag binnen 10 weken, n (%) ^b	20 (46)	-
Ontslag/overleden binnen 10 tot 18 weken, n (%)	4 (9)	2 (13)
Succesvol ontslag binnen 10 tot 18 weken, n (%) ^b	4 (9)	-
Verblijf na opname, n (%)		
Eigen woning	24 (55) ^c	0 (0)
Verpleeghuis	17 (39)	2 (13) ^d
Overleden	3 (7)	14 (88)

^a Alleen bepaald voor patiënten die in de periode 1-1-2015 tot en met 1-8-2016 zijn geweest (n = 36).

^b Succesvol ontslag: terugkeer naar eigen woning.

^c Twee patiënten zijn verhuisd naar een aanleunwoning.

^d Eén patiënt verplaatst naar een ander verpleeghuis dichterbij de woonplaats voor palliatieve zorg; één patiënt was nog in leven aan het einde van de studieperiode (1-1-2017).

Palliatieve zorg

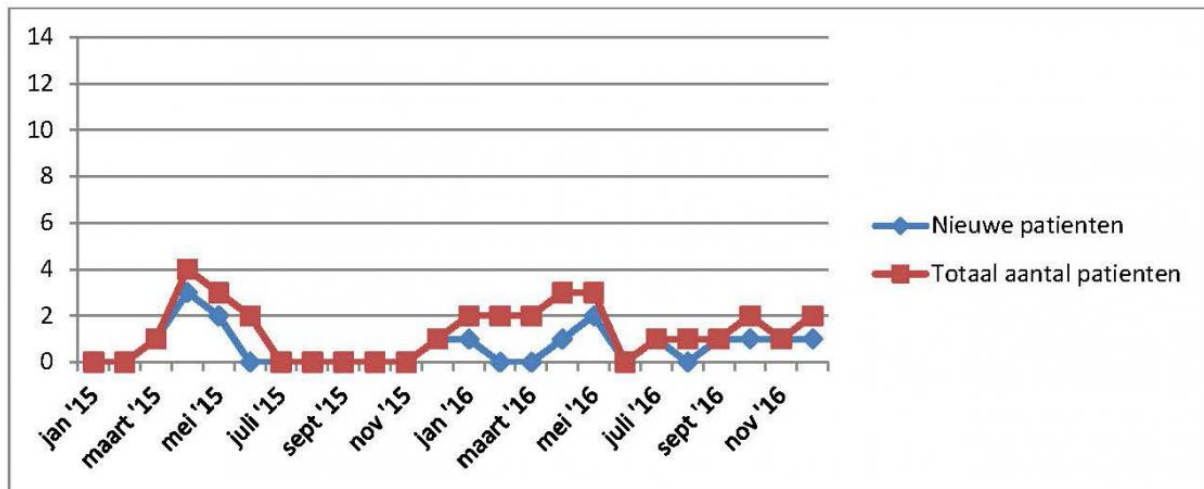
Aantal opnames

Er zijn 16 patiënten opgenomen voor palliatieve zorg, waarvan 7 in 2015 en 9 in 2016. Figuur 2 laat zien dat het aantal aanmeldingen per maand varieerde van 0 tot 3 patiënten. Het aantal palliatieve opnames varieerde van 0 tot 4 patiënten per maand.

Patiëntkarakteristieken

Van de 16 patiënten die palliatieve zorg kregen was de mediane leeftijd 77 jaar (range 55-91 jaar) en 63% was man (zie tabel 1). Er werden 7 patiënten opgenomen vanuit het ziekenhuis. Een groot deel van de patiënten (63%) werd opgenomen met gemetastaseerd carcinoom.

Figuur 2. Nieuwe en totaal aantal patiënten die gebruikmaken van palliatieve zorg per maand



Kenmerken van geleverde zorg

De palliatieve zorg werd verleend door de specialist ouderengeneeskunde en verzorgenden. Een aantal patiënten kreeg behandeling van een ergotherapeut (25%), logopedist (25%), fysiotherapeut (19%) of psycholoog (19%). Veertien van de 16 patiënten overleden binnen 1 tot 126 dagen, waarvan de meeste patiënten (75%) binnen een maand. Eén patiënt met palliatieve zorg werd verplaatst naar een andere instelling en een andere patiënt was in leven aan het einde van de studieperiode.

Discussie

In deze studie zijn het aantal opnames, de patiëntkenmerken, de geleverde zorg en de ontslagbestemming van het ELV in De Twaalf Hoven te Winsum tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2017 onderzocht. De patiëntenpopulatie in het ELV was gevarieerd, maar de meeste patiënten werden opgenomen om aan te sterken en binnen 18 weken weer terug te gaan naar hun eigen woning. Toch werd een deel van de patiënten met een Wlz-indicatie in een verpleeghuis opgenomen. De patiënten die palliatieve zorg kregen waren korter opgenomen dan patiënten die werden opgenomen voor tijdelijke zorg. De meeste van die patiënten waren binnen een maand overleden.

Het totaal aantal opgenomen patiënten in het ELV (tijdelijke zorg) varieerde per maand, met een minimum van 2 en een maximum van 11 patiënten. Verklaringen hiervoor zijn veranderingen in het aanmeldgedrag van huisartsen en in de financiering van het ELV. De stijging in het najaar van 2015 is mogelijk te verklaren door een betere bekendheid bij huisartsen en de daling in januari 2016 is te verklaren door een tijdelijke opnamestop vanwege het financieringsplafond. In de zorginstelling was er geen vast aantal bedden dat beschikbaar was voor het ELV, waardoor het niet mogelijk was om een bezettingsgraad te berekenen. De opgenomen patiënten hadden verschillende aandoeningen, variërend van lichamelijke tot

psychogeriatrische beperkingen.

Vanwege de grote variatie tussen patiënten en vanwege hun complexe casuïstiek kan het moeilijk zijn om een goede indicatie te stellen voor het ELV. Op verzoek van het VWS heeft Verenso daarom het 'afwegingsinstrument eerstelijnsverblijf' met een beslisboom ontwikkeld.⁶ De huisarts kan hiermee samen met andere zorgprofessionals en de patiënt(vertegenwoordiger) bepalen of er een indicatie is voor het ELV. De Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) heeft de bekostiging voor het ELV in drie categorieën ingedeeld: laag complex, hoog complex en palliatieve terminale zorg. Het afwegingsinstrument kan de beslissing ondersteunen of de patiënt een indicatie heeft voor het ELV en of het laag of hoog complexe zorg betreft. Bij laag complexe zorg blijft de huisarts behandelaar en bij hoog complexe zorg zal de medische zorg worden geleverd door de specialist ouderengeneeskunde. Palliatieve zorg wordt in het afwegingsinstrument niet meegenomen, omdat de indicering hiervoor al goed verloopt. Dit is ook terug te zien in de resultaten van ons onderzoek, waarin palliatieve zorg goed te onderscheiden was van andere zorg in het ELV. In de studieperiode werd nog geen gebruik gemaakt van het afwegingsinstrument en leverde de specialist ouderengeneeskunde alle medische zorg. Voor de juiste zorg aan kwetsbare ouderen is samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde belangrijk. Om die samenwerking binnen het ELV te laten slagen zijn regionale afspraken nodig. Ook voor het opnamebeleid van patiënten die uit het ziekenhuis komen moet zorgvuldige indicering plaatsvinden in overleg met de huisarts en/of specialist ouderengeneeskunde. ELV bedden bevinden zich steeds vaker in de buurt van GRZ bedden, omdat het soms moeilijk is om de benodigde zorg in te schatten en zo verhuizingen worden voorkomen.

De duur van het verblijf was voor geen enkele patiënt langer dan het maximum van 18 weken.⁶ De werkgroep van Verenso beschrijft dat de eerste twee weken gebruikt kunnen worden om acute medische problematiek te behandelen en verder te onderzoeken. Daarna volgt gerichte behandeling van maximaal acht weken en indien de doelen niet worden gehaald is er een eenmalig verlenging van nog eens acht weken mogelijk. Onze resultaten laten zien dat deze aanbevelingen passend en haalbaar zijn: 40 van de 44 patiënten verbleven minder dan 10 weken in het ELV (tijdelijke zorg) en 20 daarvan keerden terug naar huis. De 4 patiënten die langer dan 10 weken verbleven in het ELV keerden allemaal terug naar hun huis. Uit dit onderzoek met kleine aantallen blijkt niet dat een langere ELV opname een indicatie is voor permanente institutionele zorg.

Voor zover wij weten is dit het eerste onderzoek dat het ELV in Nederland evalueert. Er is wel onderzoek gedaan naar het ELV in Noorwegen en Engeland.⁷⁻⁹ Hoewel er verschillen zijn in de organisatie en opzet van deze zorg laten de studies zien dat de fysieke uitkomsten van de patiënten vergelijkbaar waren met die van de gebruikelijke zorg, zoals opname in ziekenhuis of wijkverpleging. De patiënten waren echter meer tevreden over de kwaliteit van zorg op basis van het ELV in vergelijking met de gebruikelijke zorg, omdat bijvoorbeeld de behandeling in kleinere instellingen plaatsvond en dicht bij huis. De auteurs concluderen dat het ELV een goed alternatief is.

Een beperking van dossieronderzoek is dat de resultaten afhankelijk zijn van de aanwezige gegevens en de kwaliteit daarvan. Hierdoor was het bijvoorbeeld niet mogelijk om gedetailleerde informatie te krijgen over het aantal, de aard en de inhoud van de consulten door een specialist ouderengeneeskunde en andere zorgprofessionals. Daarnaast werden er geen vragenlijsten bijgehouden over algemene gezondheid en dagelijks en cognitief functioneren. Toch hebben we met de beschikbare gegevens een algemeen beeld kunnen presenteren van de patiënten en de geleverde zorg in het ELV.

Steeds meer kwetsbare ouderen verblijven thuis en het is belangrijk om onnodige, belastende en dure ziekenhuisopnames te voorkomen. Uit de resultaten van ons onderzoek blijkt dat het ELV tijdelijke en goede medische zorg voor kwetsbare ouderen biedt waardoor een groot aantal ouderen weer terug kan keren naar huis. De huisarts, medisch specialisten en andere professionals dienen dan ook aan het ELV te denken bij kwetsbare ouderen die tijdelijk zorg nodig hebben.

Financiers: Universitair Medisch Centrum Groningen en De Hoven

Auteur(s)

- Dr. Gea A. Holtman, onderzoeker, afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde – Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen
- Dr. Dika Luijendijk, senior onderzoeker, afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde – Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen
- Drs. Henk Havinga, hoofd behandeldienst regio west De Hoven – De Hoven
- Prof. dr. Sytse U. Zuidema, hoogleraar ouderengeneeskunde en dementie, afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde – Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, De Hoven

Literatuur

1. Boyd CM, Martin Fortin M. Future of multimorbidity research: How should understanding of multimorbidity inform health system design? *Public Health Rev.* 2010;32(2):1.
2. Gillam S. Rising hospital admissions. *BMJ.* 2010;340:c636.
3. Hider P, O'Hagan J, Bidwell S, Kirk R. The rise in acute medical admissions. *Intern Med J.* 2000;30(2):252-260.
4. Young J. The development of intermediate care services in England. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009;49:S21-S25.
5. Verenso. Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde.
6. Verenso. Afwegingsinstrument eerstelijnsverblijf.

7. Lappegard Ø, Hjortdahl P. The choice of alternatives to acute hospitalization: A descriptive study from hallingdal, norway. *BMC family practice*. 2013;14(1):87.
8. Boston NK, Boynton PM, Hood S. An inner city GP unit versus conventional care for elderly patients: Prospective comparison of health functioning, use of services and patient satisfaction. *Fam Pract*. 2001;18(2):141-148.
9. Round A, Crabb T, Buckingham K, et al. Six month outcomes after emergency admission of elderly patients to a community or a district general hospital. *Fam Pract*. 2004;21(2):173-179.