

# Eerstelijns innovaties in de complexe ouderenzorg

Dr. H.J. Schers<sup>1</sup> en mevr. drs. M. Nieuwboer<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Huisarts, afdeling Eerstelijns geneeskunde UMC St Radboud, Nijmegen

<sup>2</sup>Onderzoeker, afdeling Eerstelijns geneeskunde UMC St Radboud, Nijmegen, mede namens Zorg voor Ouderen en Welzijn Netwerk Nijmegen (ZOWEL NN)

---

## Samenvatting

In dit artikel bespreken wij hoe in de regio Nijmegen een aantal innovaties in de complexe ouderenzorg worden uitgetest en geëvalueerd. Indien de evaluatie van deze projecten positief blijkt, dan zullen deze vervolgens breed geïmplementeerd worden in de regio. Belangrijke terreinen waarop innovatie in de ouderenzorg nodig is, zijn: meer preventief denken, meer gerichtheid op de wensen en behoeftes van de oudere patiënt, en betere netwerkzorg rondom de kwetsbare oudere. Innovatieve manieren om daarmee om te gaan zijn: een slimme identificatiemethode voor (toekomstige) kwetsbaarheid, een internetapplicatie waarin de oudere zijn eigen virtuele netwerk kan vormen en compacte multidisciplinaire samenwerking die de grenzen van zorg en welzijn overstijgt.

---

## Inleiding

De combinatie van innovatie en ouderenzorg is geen vanzelfsprekende. Bij innovaties worden nieuwe ideeën en processen ingevoerd, waarbij het erom gaat de dingen op een wezenlijk andere manier aan te pakken dan tot op dat moment gebruikelijk was. De innovatie is dus niet de slimme pillendoos zelf, maar juist de invoering ervan in de praktijk. Maar dergelijke veranderingen roepen vaak weerstand op bij professionals en ook bij patiën-

ten, zeker ook in de ouderenzorg. Ouderen zijn over het algemeen vaak minder verandingsgezind en hebben meer moeite om zich aan te passen aan nieuwe situaties. Wanneer ze cognitieve problemen hebben, wordt dit probleem nog eens versterkt. In deze bijdrage beschrijven we een aantal voorbeelden van innovaties in de complexe ouderenzorg, zoals die op dit moment ontwikkeld en onderzocht worden, en zetten dit af tegen de evidence die er voorhanden is.

### Kwetsbaarheid en complexiteit

Uiteraard zijn er veel gezonde en vitale ouderen. Voor deze groep werkt de huidige zorg redelijk goed. Maar er is ook een populatie ouderen die kwetsbaar is, wier lichamelijke en mentale conditie maakt dat ze sneller in de problemen komen. Bij een aantal van hen is de zorgsituatie bovendien complex. Dat betekent dat ze meerdere problemen tegelijkertijd hebben, waarvan oorzaak en gevolg niet altijd gemakkelijk te ontrafelen zijn.<sup>1</sup> Die problemen hebben betrekking op hun gezondheid, maar de mate van complexiteit heeft vaak ook te maken met problemen op het gebied van wonen en welzijn. Het betreft dus een kwetsbare groep ouderen die vaak een combinatie van multimorbiditeit heeft: aandoeningen die samenhangen met het ouder worden, beperkingen als gevolg van die ziekten en aandoeningen, kwetsbaarheid en sociale beperkingen. Er is een groeiend inzicht dat de zorg voor deze groep ouderen tekortschiet;<sup>2,3</sup> ze is vaak versnipperd en niet op elkaar afgestemd. Ook ontbreekt het aan regie en staan de wensen van de oudere vaak niet centraal.

Wezenlijke veranderingen in de zorg lijken noodzakelijk om de zorg voor ouderen met complexe problematiek weer op een kwalitatief hoog niveau te krijgen. Daarbij moet rekening worden gehouden met de door de vergrijzing groeiende belasting van het zorgstelsel. Op een drietal gebieden zouden deze veranderingen moeten plaatsvinden:

- 1 We moeten bij ouderen veel meer preventief gaan denken en minder curatief. Er moet, in andere woorden, meer aan onderhoud worden gedaan en minder aan reparatie.
- 2 De oudere zelf moet weer centraal komen te staan en niet de zorgverlenende instanties of de ketens waarin gewerkt wordt. De zorg moet dus minder systeemgericht en meer patiëntgericht worden.
- 3 De regierol in de zorg voor de oudere moet helder worden gedefinieerd. De zorg moet worden geleverd door een netwerk van met elkaar samenwerkende professionals en niet door individuen vanuit verkokerde instellingen.

Het is duidelijk dat dit een grote verandering vraagt van de eerstelijnszorg, het vraagt om innovatie. Maar innovatie gaat niet vanzelf.

### Stand van zaken

In de eerstelijnszorg, en in de huisartsenzorg in het bijzonder, is de zorg voor de oudere voornamelijk reactief. Als een oudere is gevallen, komt er een rollator; als hij depressief is, volgt diagnostiek; en als hij verward raakt, wordt gekeken of het aan de medicatie kan liggen. Daarin moet verandering komen, want repareren alleen is niet genoeg. Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft mede vanwege de gesignaleerde problemen in 2007 het *NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg. Huisartsgeneeskunde voor ouderen* uitgebracht.<sup>4</sup>

### NHG-beleid ouderen met complexe problematiek

In het NHG-Standpunt wordt beschreven welke innovaties de Nederlandse huisarts moet doormaken om goede ouderenzorg te kunnen leveren. Het vormen van een samenhangend zorgnetwerk is volgens dit standpunt cruciaal; de huisarts alleen kan het niet. Ook het maken van zorgplannen samen met verzorgenden en verplegenden is essentieel. Zonder een gezamenlijk afgesproken zorgaanpak is er vaak miscommunicatie en wordt dubbel werk verricht. Ook proactief werken en het periodiek bekijken van de medicijnlijst zijn onderdelen van de aanpak. Ten slotte vormt het vermeerderen van eigen kennis door consultatie een belangrijk onderdeel van het standpunt. Huisartsen blijken deze uitgangspunten grotendeels te onderschrijven.<sup>5</sup>

### Evidence

De uitdaging in de ouderenzorg lijkt te beginnen bij het anticiperend vaststellen of de individuele oudere kwetsbaar is of dit in de toekomst zal worden, en op grond daarvan een plan te maken om problemen in de toekomst te voorkomen. Dit betekent een fundamenteel andere aanpak van de groep ouderen in de praktijk; het betekent een proactieve aanpak. De groep ouderen moet als het ware worden doorgelicht. De kunst is uiteraard om dit effectief en doelmatig te doen. Daarna moet er op individueel niveau een plan van aanpak komen. Ondanks het feit dat velen de meerwaarde van een dergelijke screening en behandeling als vanzelfsprekend beschouwen, is er gek genoeg maar weinig bewijs voor de effectiviteit van enerzijds screenen

en anderzijds een proactieve, anticiperende aanpak in de eerste lijn.

Van veel screeningsactiviteiten die worden uitgevoerd onder ouderen is bekend dat ze niet voldoen aan de criteria van Wilson en Jungner. Een groep Nederlandse experts die volgens de methode RAND-UCLA de geschiktheid van een groot aantal screeningsmethodieken en -instrumenten voor ouderen onder de loep nam, concludeerde dat slechts enkele daarvan passend waren. Vooral voor de groep kwetsbare ouderen was er vaak onvoldoende bewijs om een bepaalde screeningsmethode te kunnen aanbevelen (nog niet gepubliceerd). Enerzijds had dat te maken met het feit dat de screeningsmethode zelf onvoldoende sensitief en specifiek was, anderzijds ontbrak het vaak aan bewijs dat er een effectieve interventie voorhanden was die de betreffende conditie gunstig kon beïnvloeden of genezen. Screenen zonder dat een werkzame behandeling kan worden aangeboden, wordt als onethisch beschouwd. Zo kan eenzaamheid weliswaar worden opgespoord, maar het ontbreekt nog aan uitvoerbare en effectieve interventies voor dit probleem. Er zijn weliswaar een aantal *best practices*, maar deze zijn nauwelijks geëvalueerd.<sup>6</sup>

Ook andere voorbeelden van nog niet effectief gebleken interventies zijn er volop. Het preventief bezoeken van ouderen in het kader van *friendly visiting* door wijkverpleegkundigen is in de Nederlandse situatie niet effectief gebleken.<sup>7</sup> Af en toe bij de oudere langsgaan en een vinger aan de pols houden, wordt wel als prettig ervaren door de patiënt, maar het leidt niet tot minder ziekenhuisopnames. Ook de meerwaarde van het periodiek evalueren en bijstellen van de medicatie bij patiënten met polyfarmacie is niet bewezen effectief. Het periodiek doorlopen van de medicatie met de apotheker leidt volgens een review van 150 artikelen niet tot significant minder ziekenhuisopnames.<sup>8</sup> Ook veel valpreventieprogramma's die zijn ontwikkeld voor de hoogrisicogroepen in de eerste lijn laten tegenvallende resultaten zien. Zo vonden Nederlandse onderzoekers bij een groep ouderen met een hoog valrisico geen effect van een uitgebreid valpreventieprogramma in de eerste lijn.<sup>9</sup> Kortom, het valt een beetje tegen in het tot nu toe geëvalueerde onderzoek. Maar er zijn ook lichtpuntjes. Probleemgestuurde interventies thuis, aansluitend op een breed geriatrisch assessment (met behulp

van het EASYcare-instrument) en uitgevoerd door een team van professionals (geriatrisch verpleegkundige thuis, geriater en huisarts), bleken echter wel effectief.<sup>10</sup>

Ondanks deze beperkte evidence is er een breed gedragen overtuiging dat het gewoon anders moet in de zorg voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn. Ouderen zelf geven dit ook aan. Zij willen niet naar 'zes dokters tegelijk', zij willen een proactieve houding van de huisarts, die ook de mantelzorg serieus neemt. Zij benoemen als knelpunten bijvoorbeeld dat de huisarts de geriatrische problematiek niet voldoende onderkent, onvoldoende zicht heeft op mogelijkheden van welzijn en niet op problemen van mantelzorg ingaat.<sup>11</sup>

Innovaties worden soms ingevoerd zonder dat hun effectiviteit op voorhand is aangetoond. Dat geldt dus ook voor een aantal screenings- of identificatie-instrumenten voor kwetsbaarheid in de eerste lijn. Daarom is het zinnig dat in 2008 het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) is opgestart, dat tot doel heeft om te onderzoeken of allereerste activiteiten in het kader van complexe ouderenzorg ook daadwerkelijk zinvol zijn.

### Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO)

Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) werd gestart in april 2008 in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). Het programma is opgezet om tegemoet te komen aan de urgente problemen die verwacht worden door de vergrijzing van de bevolking: stijgende zorguitgaven, toename van het aantal patiënten met complexe problematiek, tekortschieten van de huidige organisatie en financiering van de zorg ([www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl](http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl)). Dit programma is erop gericht om het veld te ondersteunen om wezenlijke transities in de ouderenzorg te bewerkstelligen. In het kader daarvan worden vele projecten in het land uitgevoerd. De transitie-experimenten moeten leiden tot meer zelfredzaamheid, meer functiebehoud, minder zorggebruik en minder zorg/behandelbelasting.

Er zijn ondertussen vierhonderd partijen (zorg- en welzijnsorganisaties, mantelzorgers, ouderen, verzekeraars en onderzoekers) gemobiliseerd die vanuit regionale netwer-

ken vorm geven aan innovatieprojecten. Nu het NPO twee jaar in uitvoering is, tekent zich een aantal vernieuwingsthema's af die zich vooral in de huisartspraktijk afspelen: vroege signalering en integrale diagnostiek, samenhangende eerstelijnszorg (multidisciplinaire teams, coördinatie), werken aan functieherstel na ziekenhuisopname (transmurale zorg), ketensamenhang voor kwetsbare ouderen, wijkgerichte ondersteuning en versterking van het sociaal netwerk.<sup>12</sup> De transitie in de complexe ouderenzorg bevinden zich op meerdere niveaus. De innovatie kan schuilen in de inhoud en aanpak van de problematiek waarmee ouderen kampen (gericht op onderhoud), in de manier waarop ouderen betrokken worden bij hun eigen zorg (patiëntgericht en eigen regie voor de oudere) en in de manier waarop professionals hun zorg organiseren (warme netwerkzorg).

## Innovaties in het NPO

### Identificatie van kwetsbaarheid (Easycare-TOS)

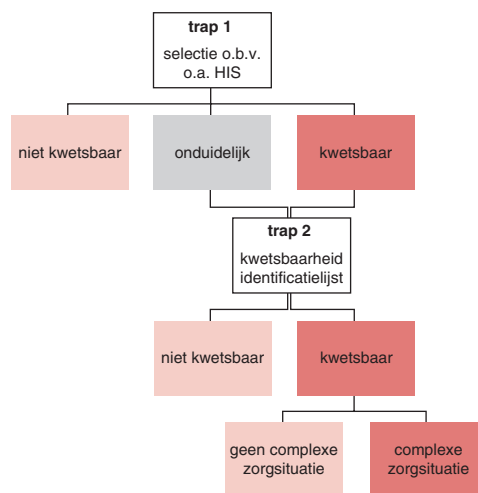
Vaststellen of een oudere kwetsbaar zal worden, is de beste manier om daarna gericht bij bepaalde ouderen een plan van aanpak te maken met het doel om problemen in de toekomst te voorkomen. Dit betekent wel een fundamenteel andere aanpak in de praktijk; het betekent een proactieve aanpak. De groep ouderen moet als het ware worden doorgeleefd. De kunst is uiteraard om dit effectief en doelmatig te doen.

Er zijn verschillende instrumenten om kwetsbaarheid vast te stellen. De *Groningen Frailty Indicator* (GFI) is een dergelijk instrument en ook de *Transmuraal Zorg Assessment Geriatrie Maastricht* (TRAZAG) is een veelgebruikt instrument. In 2010 is de *Tilburg Frailty Indicator* (TFI) ontwikkeld, een zelfrapportagevragenlijst die ook door zorgverleners in de eerstelijnszorg gebruikt kan worden.<sup>13</sup> Dit is een innovatieve methode die momenteel in de regio Nijmegen wordt getest in de Tweetraps-OuderenScreening (Easycare-TOS), waarin gebruik wordt gemaakt van de aanwezige voorkennis over patiënten bij huisarts en verpleegkundige. Hierin wordt voortgebouwd op de reeds met EASYcare verworven evidentie in de eerste lijn. Naast het identificeren van kwetsbaarheid wordt ook een inschatting gemaakt of er sprake is van een complexe

zorgsituatie (figuur 1). Het instrument werkt een aantal domeinen af waarop een oudere kwetsbaar kan zijn. In eerste instantie beantwoordt de huisarts een tiental vragen over de oudere met behulp van zijn contextkennis en de gegevens uit het HIS. Hij maakt daarna een inschatting van de kwetsbaarheid van de oudere: 'kwetsbaar', 'niet kwetsbaar' of 'er zijn onvoldoende gegevens om de inschatting te maken' (trap 1, duurt ongeveer vijf minuten per patiënt). De ouderen van wie in trap 1 geen inschatting gemaakt kon worden en de kwetsbare ouderen gaan vervolgens door naar trap 2. Deze groep ouderen heeft een hogere voorafkans op kwetsbaarheid en wordt door middel van de tweede trap beter in kaart gebracht. De tweede trap bestaat uit een vragenlijst die bij de oudere thuis wordt afgenomen door een praktijkondersteuner, verpleegkundige of welzijnsmedewerker – dit duurt ongeveer 30 minuten. De uitkomst wordt met de patiënt en de mantelzorger besproken. De uitvoerbaarheid, betrouwbaarheid, concurrente en predictieve validiteit van de TOS worden momenteel in onderzoek bepaald. De eerste ervaringen leren dat de uitkomst van de Easycare-TOS zeer bruikbare gegevens oplevert voor het opstarten van een gericht zorg- en welzijnsplan voor de oudere.

### De oudere meer centraal (ZWIP)

De meeste ouderen verkeren in de positie dat anderen voor hen beslissingen nemen, met



Figuur 1  
Tweetrapscreening TOS.

name wanneer ze kwetsbaar zijn. Mantelzorgers en zorgverleners nemen de verantwoordelijkheid vaak over van de oudere. De kwetsbare oudere zelf zit zelden aan het stuur. Het is echter bekend dat hij behoefte heeft aan meer informatie en ook aan meer regie. Veranderingen in de zorg die de oudere en kwetsbare oudere zelf aan het stuur proberen te zetten, zijn dus innovatief te noemen.

Eén van de innovatieprojecten die erop zijn gericht om de samenwerking tussen hulpverleners te verbeteren en het voor kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers mogelijk te maken om zelf de regie over hun eigen zorg te voeren, is 'de Zorg en Welzijns Info Pas' (ZWIP). Het leveren van goede zorg aan kwetsbare ouderen vereist coördinatie. Deze coördinatie wordt bemoeilijkt doordat bij kwetsbare ouderen vaak meerdere hulpverleners betrokken zijn, zowel vanuit zorg- als vanuit welzijnsinstellingen. Daarom is de continue uitwisseling van betrouwbare gegevens over de gezondheidssituatie van de oudere en over de handelingen van de betrokken hulpverleners vereist. De ZWIP sluit aan bij die behoefte van de toekomstige gebruikers, doordat zij voor hulpverleners betrouwbare informatie biedt die nodig is om de behandeling en begeleiding zo goed mogelijk af te stemmen met andere betrokken hulpverleners. De kwetsbare oudere of mantelzorger wordt ondersteund door betere voorlichting over hun zorg- en welzijnssituatie en toegankelijkheid tot hun eigen medische en welzijnsgegevens. Via de ZWIP kunnen zij zelf meer de regie in handen nemen en beter hun eigen keuzes maken.

De ZWIP is een geïndividualiseerde, via internet toegankelijke gegevensset die gebruikt kan worden door kwetsbare ouderen, hun mantelzorgers en hulpverleners. De pas bevat actuele informatie over de gezondheid, het functioneren en de sociale omstandigheden van kwetsbare ouderen, en hieraan verbonden is voorlichting op maat. Daarnaast bevat de ZWIP de contactgegevens van hulpverleners die bij de oudere betrokken zijn en maakt het voor hen mogelijk om in een afgeschermd omgeving met elkaar te communiceren. Het is een virtuele ronde tafel, waaraan de oudere en zijn mantelzorger de hulpverleners kunnen uitnodigen voor overleg. Vragen als: 'Kan een kwetsbare oudere daadwerkelijk via ZWIP communiceren?' en: 'Wordt de afstemming tussen hulpverleners echt be-

ter op deze wijze?', worden op dit moment getest. De vorm en inhoud van de ZWIP zijn om deze reden dan ook gezamenlijk bepaald door in de ontwikkelfase toekomstige gebruikers erbij te betrekken en samen met hen na te denken over de vorm en de inhoud die de ZWIP moet krijgen. In werkgroepen van hulpverleners (waar ook een aantal huisartsen en praktijkondersteuners aan deelnamen), ouderen en mantelzorgers is een probleem-analyse gedaan. Op basis daarvan is bekeken hoe de ZWIP eruit zou moeten zien om deze problemen op te lossen. Hulpverleners gaven aan dat er weliswaar problemen zijn op het gebied van informatieoverdracht, maar nog belangrijker achten zij communicatieproblemen. Als bijvoorbeeld onbekend is welke hulpverleners bij een kwetsbare oudere betrokken zijn, wat zij voor die oudere doen en hoe zij te bereiken zijn, dan wordt samenwerking bijna onmogelijk. Daarnaast gaven hulpverleners aan dat er bij het maken van zorgplannen meer rekening gehouden moet worden met de wensen en behoeften van kwetsbare ouderen zelf. In augustus 2010 startten de eerste huisartspraktijken in de regio Nijmegen met het gebruik van de ZWIP bij kwetsbare ouderen. Hiervoor is het noodzakelijk dat deze ouderen eerst geïdentificeerd worden. Dit kan bijvoorbeeld met behulp van de Tweetrapsouderenscreening (TOS).

#### **Innovaties in netwerkzorg (ZWS)**

Twee grote problemen die in de zorg voor ouderen met complexe problematiek worden gesignaleerd, zijn gebrek aan samenwerking en regie, en de kloof die gaapt tussen zorg en welzijn. In het huidige zorgsysteem werken de zorgprofessionals vaak vanuit hun eigen kokers. Welzijn is vaak volledig buiten het gezichtsveld van de (medische) zorgprofessional. Het komt regelmatig voor dat meerdere instanties zich met de oudere bemoeien zonder enig overleg. Ggz-functionarissen, welzijnswerkers, thuiszorg, huisartsen en anderen komen vaak met de beste bedoelingen bij de oudere met complexe problematiek, zonder dat duidelijk is wie het geheel coördineert en wie waarvoor verantwoordelijk is. Sociaal isolement, eenzaamheid en slechte woonomstandigheden zijn ziekmakend en vormen daarom een onlosmakelijk onderdeel van de complexe ouderenzorgproblematiek.

In het verleden werden al hometeams opge-

richt om dit probleem te lijf te gaan, maar die zijn nog slechts sporadisch operationeel door versnippering van wijken en ontbrekende financiering. Het klassieke hometeam zal bovendien in veel settings van huisartspraktijken vanwege zijn uitgebreidheid niet uitvoerbaar zijn. Ook hier is dus innovatie nodig. Hoe krijgen we zorgverleners om de tafel, liefst met de patiënt of mantelzorg(er) erbij?

In het innovatieproject *Zorg- en Welzijnsstandaard* wordt geëxperimenteerd met een zorgstandaard voor kwetsbare ouderen. Het eerstelijns deel van de interventie start met het classificeren van de kwetsbare ouderen met behulp van de TOS. Ouderen die als kwetsbaar en complex zijn aangemerkt, worden besproken in een multidisciplinair overleg (MDO), dat bestaat uit een kernteam. In het kernteam van het MDO nemen personen deel vanuit de medische, de verpleegkundige en de welzijnskant: meestal de huisarts, de praktijkondersteuner/wijkverpleegkundige, de ouderenadviseur en, afhankelijk van de setting, soms een specialist ouderengeneeskunde. Tijdens het eerste MDO bepaalt men gezamenlijk welke additionele gegevens verzameld moeten worden, bijvoorbeeld labonderzoek of extra vragenlijsten, bijvoorbeeld over depressie of angst. Het uitgangspunt is dat de patiënt vanaf het begin centraal staat. In enkele praktijken zal geëxperimenteerd worden met deelname van patiënt en mantelzorg(er) aan het MDO. Na identificatie van de grootste problemen wordt een zorg- en welzijnsactieplan opgesteld. Dit is een dynamisch instrument dat aangepast kan worden aan achteruitgang, doelverschuiving en intercurrente problemen. De focus van het plan wordt bepaald in nauw overleg met de patiënt en mantelzorg(er). De oudere zit zelf 'aan het stuur'. Het eigen inzicht van de ouderen over hoe zij het leven met de aanwezige aandoeningen en beperkingen vorm willen geven, bepaalt de inhoud van het actieplan. Dit is een innovatie op zich, want het vraagt een wezenlijk andere, *patient-centered*, houding van professionals. Ouderen worden minimaal twee keer per jaar in het MDO besproken. Bij alle patiënten hoort een medicatiereview tot de standaard, alsook afspraken over wie van de MDO-deelnemers de coördinatie van de zorg op zich neemt, zodat de oudere altijd een laagdrempelig aanspreekpunt heeft. Wanneer er behoefte is aan aanvullende kennis en inhoud, dan kan op afroep een expert

worden geraadpleegd via teleconferencing (bijvoorbeeld een geriater, ouderenpsychiater, specialistisch verpleegkundige of zingevingsexpert).

Naast het eerstelijns deel wordt een standaard ontwikkeld voor de transfers van thuis naar ziekenhuis en terug. In het tweedelijns deel richt het experiment zich op het bevorderen van de samenhang tussen de intramurale medisch specialisten, het actief houden van de ouderen tijdens de ziekenhuisopname en het continueren dan wel opstarten van het zorg- en welzijnsplan in overleg met de eerstelijnsprofessionals. In het onderzoek wordt bekeken of deze *Zorg- en Welzijnsstandaard* leidt tot betere zorg en een toegenomen kwaliteit van leven. Uiteraard zal daarbij gekeken worden naar doelmatigheidsaspecten. Omdat deze innovatie in de ouderenzorg gepaard gaat met de nodige investeringen in menskracht en middelen, zal deze vooral kans van slagen hebben wanneer er aan het eind van het project een betaaltitel ligt voor deze zorgstandaard.

## Literatuur

- 1 Rijdt-van de Ven AHJ van de. LHV-handreiking Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis. Handreiking samenhangende zorg in de eerste lijn. Utrecht: LHV, 2009.
- 2 Koopmans RPTM, Schers HJ. Heel de oudere. Echte innovatie van ouderenzorg vraagt om paradigmaverandering. *Med Contact* 2008;63:558-60.
- 3 Gezondheidsraad. Ouderdom komt met gebreken. *Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit*. Den Haag, januari 2008.
- 4 Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg. Huisartsgeneeskunde voor ouderen. Utrecht: NHG, 2007.
- 5 Schers HJ, Koopmans R, Olde Rikkert M. De rol van de huisarts bij kwetsbare ouderen. Een internetenquête onder huisartsen. *Huisarts Wet* 2009; 52:626-30.
- 6 Fokkema T, Tilburg TG van. Aanpak van eenzaamheid: Helpt het? Een vergelijkend effect- en procesevaluatieonderzoek naar interventies ter voorkoming en vermindering van eenzaamheid onder ouderen. Den Haag: NIDI, 2006.
- 7 Bouman AIE, Rossum E van, Ambergen TW, Kempen GLJM, Knipschild PG. Huisbezoeken aan ouderen met gezondheidsproblemen. Effect-

- ten van een gerandomiseerd experiment. *Ned Tijdschr Geneesk* 2009;153:B199.
- 8 Royal S, Smeaton L, Avery AJ, Hurwitz B, Sheikh A. Interventions in primary care to reduce medication related adverse events and hospital admissions: systematic review and meta-analysis. *Qual Saf Health Care* 2006;15:23–31.
  - 9 Vries OJ de, Peeters GMME, Elders PJM, Muller M, Knol DL, Danner SA, et al. Multifactorial intervention to reduce falls in older people at high risk of recurrent falls: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2010;170:1110-7.
  - 10 Melis RJ, Eijken MI van, Teerenstra S, Achterberg T van, Parker SG, Borm GF, et al. A randomized study of a multidisciplinary program to intervene on geriatric syndromes in vulnerable older people who live at home (Dutch EASYcare Study). *Gerontology: Medical Sciences* 2008;63:283-90.
  - 11 Zowel NN. Verslag startbijeenkomst Zowel NN, Nijmegen, Zowel NN 23 april 2008.
  - 12 Boekholdt M, Coolen J. Bewegingen in de zorg voor kwetsbare ouderen. Werkdocument, versie 12-09-2010. Den Haag: Nationaal Programma Ouderenzorg, 2010.
  - 13 Gobbens R. Frail elderly. Towards an integral approach. Ridderkerk:Ridderprint BV/Universiteit van Tilburg, 2010.