

Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T 071 518 18 18
F 071 518 19 20

TNO-rapport

KvL/B&G 2006.007

**Haalbaarheid voorbeeldproject ketenzorg preventie
van valongevallen bij ouderen**

Datum	Februari 2006
Auteur(s)	G.J. Wijnhuizen A.M.J. Chorus M. Fleuren P. du Bois M. Hopman-Rock
Aantal pagina's	34
Aantal bijlagen	3
Opdrachtgever	Ministerie van VWS Directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie
Projectnaam	Haalbaarheid ketenzorg vallen en ouderen
Projectnummer	011.75167

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoekopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

© 2006 TNO

Samenvatting

Inleiding

Valongevallen, die ca. 80% deel uitmaken van alle ongevallen bij ouderen, vormen een belangrijke bedreiging voor de gezondheid en zelfredzaamheid van ouderen.

Ongeveer één op de drie ouderen (65+) valt jaarlijks één of meerdere malen. Als gevolg van een valongeval overlijden jaarlijks naar schatting 1.700 ouderen (55+) en worden ca. 27.000 ouderen in het ziekenhuis opgenomen. Daarnaast worden jaarlijks ca. 67.000 ouderen op spoedeisende hulp afdelingen van ziekenhuizen behandeld en worden ca. 48.000 ouderen door de huisarts behandeld als gevolg van een val.

De kosten van behandeling van letsels, revalidatie en noodzakelijke (thuis)zorg zijn jaarlijks hoog; landelijk circa 370 miljoen Euro. Mede als gevolg van toenemende vergrijzing neemt de geschetste problematiek jaarlijks toe.

De determinanten van vallen kunnen worden gegroepeerd in factoren die:

- 1 de fysieke belastbaarheid (gezondheid) van ouderen beïnvloeden (bijvoorbeeld: chronische ziekten en aandoeningen, mobiliteitsproblemen, medicatie);
- 2 de fysieke belasting van ouderen beïnvloeden (bijvoorbeeld: aspecten van de woonomgeving, zichtcondities, vereiste kracht/ snelheid en nauwkeurigheid van handelingen);
- 3 eigen gedrag; de mate waarin een persoon met een bepaalde fysieke belastbaarheid zich blootstelt aan een bepaalde mate van fysieke belasting (bijvoorbeeld: gaan wandelen, fietsen, skiën, hardlopen).

Het algemene uitgangspunt voor preventie van vallen bij ouderen is dat verschillende partijen in de gezondheidszorg, welzijnszorg en wonen voor ouderen, vooral door een zo optimaal mogelijke afstemming van hun eigen complementaire kwaliteiten en rollen, een belangrijke bijdrage kunnen geven. In dat kader zijn drie ontwikkelingen van belang:

- 1 De ontwikkeling van ketenzorg,
- 2 De ontwikkeling van Valklinieken,
- 3 De ontwikkeling van Consultatiebureaus voor Ouderen (CbO).

De verschillende ontwikkelingen dragen mogelijk op termijn bij aan de vorming van een brede multidisciplinaire zorgketen rond het thema valpreventie. Om dat mogelijk te maken is het echter belangrijk om te laten zien hoe een dergelijke zorgketen in de praktijk kan functioneren, en hoe effectief de keten is ten aanzien van preventie van vallen. Daarvoor zou een proefproject geschikt kunnen zijn.

De haalbaarheid van een proefproject ketenzorg is echter vooralsnog niet duidelijk en zal nader in beeld gebracht moeten worden. In dit onderzoek wordt daaraan een bijdrage geleverd door Ketenzorg vanuit het perspectief van Valklinieken te belichten.

Doelstelling

Het doel van het project is om na te gaan wat de haalbaarheid is van het opzetten van een proefproject ketenzorg valpreventie bij ouderen.

Methode

Een beperkte verkenning is uitgevoerd ten aanzien van literatuur (beleid, praktijk, onderzoek) op het terrein van Ketenzorg, Valklinieken en Consultatiebureaus voor Ouderen.

Daarnaast zijn semi gestructureerde interviews gehouden met vertegenwoordigers van een aantal Valklinieken, waarvan de meeste aangesloten zijn bij het Landelijk Netwerk Valklinieken Klinische Geriatrie.

Mede op basis van de interviews is een vragenlijst opgesteld en verzonden aan de leden van het Landelijk Netwerk Valklinieken.

Conclusies en aanbevelingen

Conclusies

1. De cijfers met betrekking tot vallen bij ouderen laten zien dat de problematiek omvangrijk is. Dit betekent in termen van belasting en belastbaarheid, dat een grote groep ouderen te maken heeft met een (te) geringe marge tussen de belasting en belastbaarheid, waardoor personen de controle over de lichaamshouding regelmatig (dreigen te) verliezen.
2. Het multidisciplinaire geprotocolleerde diagnose-, en zorgaanbod van Valklinieken past goed op de multifactoriële oorzaken van vallen. De Valklinieken vormen daarmee een belangrijke schakel binnen (keten)zorg gericht op preventie van vallen bij ouderen. De impact van Valklinieken op de omvangrijke problematiek van vallen is op dit moment echter beperkt, omdat een relatief kleine groep ouderen jaarlijks kan worden 'gezien'. Daarbij is het van belang dat de instroom van cliënten in de Valkliniek zodanig is georganiseerd dat de 'juiste' cliënten op de Valklinieken terechtkomen, zodat de doelmatigheid van het zorgaanbod zo optimaal mogelijk is. Op het punt van de instroom van cliënten wordt verwacht dat de ontwikkeling en implementatie van een goed hanteerbaar doorverwijsprotocol een toegevoegde waarde kan hebben.
3. Aansluitend bij het vorige punt wordt geconstateerd dat, om de impact op de valproblematiek te vergroten, de ketenzorg gedifferentieerd zal moeten worden ingevuld. Dat wil zeggen dat naast de rol van Valklinieken (die een beperkte en specifieke groep ouderen kunnen behandelen) andere lokale/ regionale instanties zich moeten richten op risicogroepen. Het conceptueel model van ketenzorg zal, naast de stroom die verloopt via de Valkliniek, één of meerdere stromen moeten bevatten. Om te beginnen zijn daar de volgende zaken voor nodig:
 - a. Een sociale kaart met relevante lokale/ regionale instanties en hun deskundigheden;
 - b. Een goed hanteerbaar doorverwijsprotocol (relevantie moet worden ingezien door de doorverwijzers, en de doorverwijzing moet aansluiten bij de zorgvraag van de cliënt);
 - c. Een coördinerende instantie die de rol heeft om structureel of periodiek informatie te verzamelen/ terug te koppelen over de doelmatigheid/ kwaliteit van de geleverde ketenzorg. Deze rol zou mogelijk door het CbO kunnen worden vervuld;
 - d. Netwerken van relevante organisaties die belangstelling tonen voor het opzetten van een project brede ketenzorg valpreventie (breder dan Valkliniek);
 - e. Concretiseren van de criteria die door de inspectie in het 'Profiel voor ketenzorg' zijn genoemd. Daarbij dient te worden opgemerkt dat de binnen de keten betrokken (zorg)organisaties mede invulling zullen moeten geven aan de inrichting van de keten. Een mogelijk remmende factor voor een vergaande invulling en formalisering van de keten kan zijn, dat de organisaties op termijn mogelijk deel zullen gaan uitmaken van meerdere zorgketens die elk hun

specifieke eisen zullen stellen aan de (zorg)organisaties (protocollen, screeningsinstrumenten, behandeltermijnen, kwaliteitscriteria en informatie uitwisseling). De betreffende organisaties kunnen in dat verband met concurrerende verplichtingen te maken krijgen. Het valt echter buiten het bereik van dit project om op dit punt met suggesties te komen voor structurele oplossingen.

4. Het opzetten van een proefproject Ketenzorg Valpreventie bij Ouderen wordt wenselijk en haalbaar geacht om de volgende redenen en met de volgende randvoorwaarden:
 - a. Valpreventie bij ouderen een thema is dat in brede kringen in de zorg en welzijnssector van groot belang wordt geacht;
 - b. Valklinieken al (beperkte) ketens hebben gevormd, waarbij de aansluiting met de welzijnssector echter nog onvoldoende sterk is;
 - c. De ontwikkeling van Consultatiebureaus voor Ouderen (CbO's) een basis kan vormen voor sterkere uniformering van 'Casefinding' en het invullen van een regiefunctie in een te vormen keten;
 - d. Er behoefte bestaat, zowel bij Valklinieken als ook bij CbO's, om de doelmatigheid van hun werkwijze te evalueren, en te komen tot verdergaande standaardisering van procedures;
 - e. In het algemeen bestaat er grote behoefte om voorbeelden van ketenzorg op te zetten en hun doelmatigheid te evalueren;
 - f. Er zal een draagvlak moet zijn bij lokale/ regionale politiek en zorgverzekeraars om een faciliterende rol te spelen bij het realiseren, evalueren en continueren van een proefproject. Deze rol is van belang om tot een structurele inbedding te komen van de gewenste ketenzorg.

Aanbevelingen

- 1 Het opzetten en evalueren van een proefproject ketenzorg valpreventie bij ouderen is van groot belang om de problematiek van vallen bij ouderen op termijn terug te kunnen dringen. Een en ander sluit aan bij de aanbeveling van de Themacommissie Ouderenbeleid om de overheid zou het initiatief te laten nemen om professionals bij elkaar te brengen om meer afstemming binnen ketenzorg te bewerkstelligen.
- 2 Binnen het proefproject zal gestreefd moeten worden naar een brede ketenzorg waar een Valkliniek deel van uitmaakt, en waarbij een consultatiebureau voor ouderen een rol kan spelen bij ondermeer: 'casefinding', doorverwijzing naar Valkliniek of andere behandelaar in de keten, en tevens een regiefunctie kan hebben.
- 3 De onder conclusie 3 genoemde instrumenten en randvoorwaarden zullen moeten worden ontwikkeld.
- 4 De contacten met het Landelijk Netwerk Valklinieken Klinische Geriatrie moeten worden benut om tot optimale afstemming en uniformering te komen van werkwijzen en gebruik van ontwikkelde instrumenten.
- 5 Het is goed mogelijk om het beoogde proefproject onder meer in Heerenveen te ontwikkelen, omdat;
 - a. Met een groot aantal lokale en regionale partners gewerkt wordt aan het opzetten van een Valkliniek, waarbij gestreefd wordt naar een brede ketensamenwerking.

- b. In Friesland preventie van vallen bij ouderen op lokaal niveau maar ook op provinciaal niveau veel aandacht heeft;
- c. Zorgverzekeraar 'De Friesland' expliciet affiniteit heeft getoond met de problematiek. In de Zorgvisie worden relevante thema's als preventie, kwaliteit en ketenzorg besproken. De toetsingscriteria van het Innovatiefonds van 'De Friesland' passen op het beoogde initiatief (bijlage C).
- d. Er begin 2006 een project start met een Consultatiebureau voor Ouderen, waar valpreventie een aandachtsgebied is.
- e. Ondersteuning kan worden gegeven vanuit de kennis die voortkomt uit het initiatief in Leiden en omstreken van de 'Academische Werkplaats' waar ook TNO kwaliteit van Leven bij betrokken is.

Summary

Many older persons are involved in falls each year in the Netherlands resulting in serious health problems; about 1700 persons in the age of 55 years and over die each year, 27.000 are hospitalised, 67.000 are treated at the emergency departments of hospitals and 48.000 are treated by the general practitioner.

Determinants of falls are multifactorial. Therefore prevention of falls needs a multi-disciplinary approach in diagnosis and intervention in which healthcare and welfare organisations work closely together.

The aim of the study is to evaluate the feasibility of a pilot project of integrated care (health and welfare) centred around falls prevention among older persons.

The method of evaluation was mainly qualitative (reviewing documents, interviews with stakeholders, questionnaire to representatives of geriatric fall clinics).

It is concluded that a pilot project should be considered feasible, based mainly on the following developments:

- 1 Falls are generally recognised as an important threat for the health of older persons (Geriatric Giant).
- 2 Integration of care (health and welfare) is an important issue in (health)care policy, but needs examples of good practice;
- 3 Geriatric fall Clinics have already developed some integration of healthcare on falls prevention and also need evaluation of its impact on falls;
- 4 Many initiatives have started on preventive health centres for the elderly; falls prevention is a central issue in these centres.

These developments should be connected or integrated in order to build and evaluate an example of good practice of falls prevention.

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	8
1.1	Aard en omvang van problematiek van vallen bij ouderen.....	8
1.2	Uitgangspunten en initiatieven voor valpreventie	9
1.3	Ontwikkeling van Ketenzorg	10
1.4	Ontwikkeling van Valklinieken	12
1.5	Ontwikkeling van Consultatiebureaus voor ouderen	13
1.6	Probleemstelling	15
1.7	Doelstelling.....	16
1.8	Vraagstellingen	16
2	Methode	17
2.1	Algemene aanpak.....	17
2.1.1	Verkenning relevante literatuur/ opstellen algemeen model ketenzorg valpreventie	17
2.1.2	Interviews (semi gestructureerd).....	17
2.1.3	Vragenlijst Valklinieken	17
3	Resultaten	18
3.1	Welke partijen zijn van belang als deel van de zorgketen en welke rollen kunnen ze hebben? (Vraagstellingen 1,2).....	18
3.2	In welke mate zijn Valklinieken in Nederland onderdeel van zorgketens? (vraagstelling 3)	22
3.2.1	Respons.....	22
3.2.2	Doelstelling van Valklinieken.....	23
3.2.3	Aantal patiënten per jaar en tijdbesteding	23
3.2.4	Doorverwijzing van personen naar Valkliniek	23
3.2.5	Behandeling en doorverwijzing door Valkliniek	24
3.2.6	Evaluatie van Valklinieken	26
3.2.7	Interview Valkliniek Heerenveen	27
3.3	Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren en wat is nodig om belemmerende factoren te beperken? (Vraagstellingen 4,5)	28
4	Conclusies en aanbevelingen.....	30
4.1	Conclusies.....	30
4.2	Aanbevelingen	31
5	Literatuur	33
	Bijlage(n)	
	A Consultatiebureau's voor Ouderen	
	B Valanamnese	
	C Vragenlijst Valklinieken	
	D Zorgvisie en Innovatiefonds De Friesland	

1 Inleiding

1.1 Aard en omvang van problematiek van vallen bij ouderen

Valongevallen, die ca. 80% deel uitmaken van alle ongevallen bij ouderen, vormen een belangrijke bedreiging voor de gezondheid en zelfredzaamheid van ouderen.

Ongeveer één op de drie ouderen (65+) valt jaarlijks één of meerdere malen. Als gevolg van een valongeval overlijden jaarlijks naar schatting 1.700 ouderen (55+) en worden ca. 27.000 ouderen in het ziekenhuis opgenomen. Daarnaast worden jaarlijks ca. 67.000 ouderen op spoedeisende hulp afdelingen van ziekenhuizen behandeld en worden ca. 48.000 ouderen door de huisarts behandeld als gevolg van een val (Eckhardt, 2004).

De kosten van behandeling van letsels, revalidatie en noodzakelijke (thuis)zorg zijn jaarlijks hoog; landelijk circa 370 miljoen Euro. Mede als gevolg van toenemende vergrijzing neemt de geschetste problematiek jaarlijks toe.

De determinanten van vallen kunnen worden gegroepeerd in factoren die:

- 1 de fysieke belastbaarheid (gezondheid) van ouderen beïnvloeden (bijvoorbeeld: chronische ziekten en aandoeningen, mobiliteitsproblemen, medicatie);
- 2 de fysieke belasting van ouderen beïnvloeden (bijvoorbeeld: aspecten van de woonomgeving, zichtcondities, vereiste kracht/ snelheid en nauwkeurigheid van handelingen);
- 3 eigen gedrag; de mate waarin een persoon met een bepaalde fysieke belastbaarheid zich blootstelt aan een bepaalde mate van fysieke belasting (bijvoorbeeld: gaan wandelen, fietsen, skiën, hardlopen).

Uit recente analyse van gegevens over vallen bij ouderen (Wijlhuizen e.a., 2005) en uit (inter)nationale reviews (Close, 2005) komt naar voren dat vooral de factoren die de fysieke belastbaarheid (gezondheid) van ouderen negatief beïnvloeden de kans op vallen doen toenemen. In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van een aantal belangrijke risicofactoren voor vallen bij ouderen (Close, 2005).

Tabel 1 Risicofactoren voor vallen bij ouderen

Risicofactoren voor vallen bij ouderen			
Algemeen	Fysiologisch/ functioneel	Medisch	Medicatie
Leeftijd	Achteruitgang van:	Aantal diagnoses	Aantal medicijnen
Geslacht	- Spierkracht	Hartfalen	Psychotrope med.
Eerder gevallen	- Balans	CVA	Kalmerende med.
Alleen wonen	- Mobiliteit	Depressiviteit	Antidepressiva
	- Visus	Parkinson	Diuretica
	- Sensorische functies	Incontinentie	
	- Cognitieve functies	Artrose	

Gezien de aard van de bekende risicofactoren is het van belang dat partijen die betrokken zijn bij de gezondheidszorg voor ouderen (bijvoorbeeld: huisarts, apotheek, fysiotherapeut, geriater, verpleeghuisarts, neuroloog) een bijdrage leveren aan de preventie van vallen. Verschillende studies hebben laten zien dat interventies op één of meerdere gezondheid gerelateerde risicofactoren een reductie van vallen kunnen opleveren (Close, 2005).

Behalve aandacht voor verbetering van de belastbaarheid, zal tegelijkertijd ook aandacht moeten worden besteed aan vermindering van de kans op overbelasting tijdens het uitvoeren van (dagelijkse) activiteiten. Instellingen die bijvoorbeeld hulp(middelen) bieden en/of invloed kunnen uitoefenen op de woonomgeving zullen om die reden eveneens zoveel mogelijk een bijdrage moeten leveren aan valpreventie. Voorbeelden zijn: Thuiszorg, Gemeenten (WVG) en woningbouwverenigingen. Uit evaluaties van verschillende interventies waarbij als onderdeel van de strategie ook woningaanpassingen zijn aangebracht is gebleken dat deze hebben bijgedragen aan een reductie van vallen (Close, 2005).

1.2 Uitgangspunten en initiatieven voor valpreventie

Hieronder wordt een aantal relevante uitgangspunten en voorbeelden van initiatieven genoemd met betrekking tot valpreventie.

Uitgangspunten voor beleid op het gebied van valpreventie wordt in een aantal VWS nota's genoemd. In de nota 'Langer Gezond leven' (VWS, 2003) wordt de wenselijkheid van preventie aangegeven met betrekking tot privé-ongevallen, waarbij aangegeven wordt dat de stijging van valongevallen bij ouderen apart aandacht verdient. In de nota 'Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing' (VWS, 2005) wordt vallen bij ouderen gerekend tot de zes 'Geriatric Giants' die de komende jaren veel aandacht zullen vragen, mede gezien de complexiteit van de daaraan gerelateerde gezondheidsproblemen.

Een initiatief om in Nederland kennis over oorzaken van vallen en mogelijkheden voor preventie beschikbaar te stellen is de website www.kennisnetwerkvalpreventie.nl die door Consument en Veiligheid wordt beheerd. Ten aanzien van preventie worden verschillende doelgroepen onderscheiden, te weten: kwetsbare ouderen in zorginstellingen, thuiswonende kwetsbare ouderen, en (jonge) ouderen met relatief weinig gezondheidsproblemen.

Daarnaast is het landelijke valpreventie project 'Halt U Valt!' al enige jaren onder de aandacht gebracht van lokale gemeentelijke organisaties die een rol kunnen en/of wensen te spelen bij preventie van vallen bij ouderen. Het project betreft het promoten van een multifactoriële aanpak van vallen bij ouderen. In dit kader is een handboek met instrumenten en informatie ontwikkeld. Inmiddels zijn meer dan 200 handboeken door organisaties besteld en zijn op lokaal niveau tientallen projecten gestart.

In de praktijk blijkt het herhaaldelijk buitengewoon lastig om op lokaal of regionaal niveau te komen tot structurele samenwerking waarin relevante partijen uit zowel zorg, welzijn en wonen goed op elkaar afgestemd bijdragen aan valpreventie.

Het algemene uitgangspunt is niettemin, ook binnen het Halt U Valt! project, dat verschillende partijen in de gezondheidszorg, welzijnszorg en wonen voor ouderen, vooral door een zo optimaal mogelijke afstemming van hun eigen complementaire kwaliteiten en rollen, een belangrijke bijdrage aan valpreventie kunnen geven. In dat kader zijn drie ontwikkelingen van belang hieronder kort te schetsen; de ontwikkeling van ketenzorg, de ontwikkeling van Valklinieken, en de ontwikkeling van Consultatiebureaus voor Ouderen (CbO).

1.3 Ontwikkeling van Ketenzorg

Zoals hierboven al is genoemd, is een belangrijk kenmerk van de problematiek van vallen bij ouderen, dat deze multifactorieel is. Daarbij is de bijdrage voor preventie van vallen vanuit verschillende professionele invalshoeken (zorgverleners en instanties) van groot belang, waarbij optimale afstemming tussen verschillende betrokken zorgverleners en instanties de kwaliteit en doelmatigheid van valpreventie kunnen bevorderen. In het huidige zorgbestel is de cliënt (die is gevallen) omringd door verschillende zorgverleners en instanties die nog te vaak onvoldoende met elkaar samenwerken. Het creëren van zorgketens¹ kan, ook bij ouderen die vallen, in beginsel een belangrijke bijdrage leveren aan de doelmatigheid van de zorg waardoor de kans op vallen kan worden gereduceerd. Dit uitgangspunt wordt in algemene zin teruggevonden in de nota 'Langer Gezond leven' (VWS, 2003) waarin de verwachte gezondheidswinst van ketenzorg wordt benadrukt. Proefprojecten op verschillende terreinen (wondinfecties, doorliggen) hebben laten zien dat gezondheidswinst met ketenzorg te behalen valt. Verschillende aspecten ten aanzien van ketenzorg zijn onlangs geëvalueerd.

In november 2003 heeft de inspectie voor de gezondheidszorg een rapport uitgebracht over de Staat van de ketenzorg bij chronisch zieken (IGZ, 2003). Dit rapport is gebaseerd op het RIVM/NIVEL rapport: 'Afstemming in de zorg', een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening' (Baan, e.a., 2003).

De in het inspectierapport gehanteerde definitie van ketenzorg is: Het samenhangende geheel van zorginspanningen door verschillende zorgaanbieders bij één lijder aan een bepaalde ziekte.

Er zijn (geformaliseerde) afspraken over samenhang en continuïteit van de patiëntenzorg.

In het rapport wordt het belang van ketenzorg voor verschillende doelgroepen onderstreept, mede tegen de achtergrond van de ontwikkeling naar vraaggestuurde zorg.

Geconstateerd wordt dat experimenten met ketenzorg voor bijvoorbeeld mensen met diabetes of CVA hebben aangetoond dat de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg positief beïnvloed kan worden.

Tegelijkertijd worden de volgende constateringën gedaan:

- 1 Ketenzorg komt niet structureel van de grond;
- 2 Van systematische kwaliteitsborging van de hele keten is geen sprake. De effectiviteit van de ketenzorg wordt nauwelijks gemonitord, en fouten en incidenten in de keten worden niet altijd afzonderlijk geregistreerd;
- 3 Meer onderzoek is noodzakelijk naar effecten van ketenzorg en de risico's bij slechte afstemming;
- 4 Patiënten(organisaties) worden nauwelijks betrokken bij de totstandkoming van ketenzorg afspraken, terwijl beoogd wordt de zorg meer klantgericht te maken;
- 5 Er bestaan onvoldoende 'veldnormen' waartegen professionals het eigen handelen kunnen toetsen.

¹ Er is sprake van een (regionale) zorgketen wanneer in een regio een samenhangend, gecoördineerd en op individuele behoeften afstembaar aanbod van verschillende zorgvormen bestaat. Daarbij is een multidisciplinaire en transmurale samenwerking rond het zorgproces essentieel (NIVEL & NZi, 1999).

Voor de beoordeling van ketenzorg heeft de inspectie als (voorlopig) toetsingskader een profiel van ketenzorg ontwikkeld (zie tabel 2), waarbij gebruik is gemaakt van aspecten die genoemd zijn door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Noodzakelijk zijn volgens de Raad in ieder geval een gemeenschappelijk zorgplan waarin is vastgelegd wie medisch eindverantwoordelijk is, en de ontwikkeling van gemeenschappelijke protocollen.

Tabel 2 Toetsingskader profiel van ketenzorg (IGZ,2003)

(Zorg)aspect	Criteria
Toegankelijkheid van de zorg	– ongehinderde in- en doorstroom voor patiënten – afspraken over wachttijden b.v. conform Treeknormen* – bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorg
Patiëntgerichtheid	– informed consent met het zorg-/behandelplan – afstemming van de voorlichting aan patiënten – evaluatie van de patiënttevredenheid
Zorginhoud	– inbreng patiënten(organisaties) bij afstemmingsafspraken – gezamenlijke zorgvisie – gemeenschappelijke zorgplannen – gezamenlijke (multidisciplinaire) protocollen – handelen conform multidisciplinaire afspraken
Bekwaamheid / deskundigheid	– op ketenzorg gerichte en onderling afgestemde opleiding, bij- en nascholing
Afbakening taken en verantwoordelijkheden	– schriftelijk vastgelegde afspraken over taakverdeling en coördinatie – bekendheid met elkaars taken en bevoegdheden
Toegankelijkheid dossiergegevens	– benodigde dossiergegevens zijn op het geëigende moment beschikbaar voor alle professionals betrokken bij de ketenzorg, met behoud van de privacy van de patiënt
Kwaliteitsbewaking van de zorgketen	– gemeenschappelijke klachtenprocedure – gemeenschappelijke registratie van fouten en calamiteiten – gezamenlijk patiëntenoverleg – structurele evaluatie van de afstemmingsafspraken
Wet- en regelgeving	– geen belemmeringen voor continuïteit van ketenzorg
Financiering	– geen belemmeringen voor continuïteit van ketenzorg

*Busch MCM (RIVM). Welke normen zijn er voor aanvaardbare wachttijden in de zorg? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Zorg, 26 september 2005.

In haar rapport doet de inspectie de volgende aanbevelingen:

1. De inspectie vindt het voor de ontwikkeling van ketenzorg van belang dat landelijke veldnormen voor chronische aandoeningen tot stand komen. Hierin moeten multidisciplinaire richtlijnen en voorwaarden voor organisatorische inbedding van ketenzorg zijn opgenomen.
2. Bij de ontwikkeling van ketenzorg is het belangrijk consequenties voor het hele zorgtraject in kaart te brengen. Voorkomen moet worden dat het oplossen van een knelpunt in het begin van de keten leidt tot knelpunten verder in het traject.

3. Patiënten(organisaties) zouden betrokken moeten worden bij de totstandkoming van veldnormen voor ketenzorg. Bij het opstellen van landelijke en/of regionale richtlijnen is het zeer wenselijk patiënten(organisaties) te betrekken.
4. Wil ketenzorg tot volle wasdom komen (hetgeen in het kader van patiëntveiligheid en zorgcontinuïteit zeer wenselijk is), dan moeten de betrokken partijen hun respectievelijke verantwoordelijkheid nemen om over te gaan van het stadium van welwillendheid en lovenswaardige initiatieven naar een concreet plan van aanpak voor de praktische implementatie. De overheid moet ketenzorg faciliteren en obstakels in de financiering en regelgeving wegnemen. Beroepsbeoefenaren moeten hun zorgvisie en protocollen expliciteren en daarover communiceren met andere schakels in de keten. Het management van instellingen heeft de verantwoordelijkheid om toe te zien op de naleving van ketenzorgafspraken, wetenschappelijke verenigingen om veldnormen te ontwikkelen en de verzekeraars moeten ketenzorg bedingen bij het contracteren.
5. Ketenzorg moet in de opleiding van alle betrokken professionals worden opgenomen.
6. Een gespecialiseerd verpleegkundige kan een belangrijke bijdrage leveren aan het effectief functioneren van ketenzorg.
7. Zorg in een keten voor één aanspreekpunt (meestal aangeduid als casemanager). Leg dit vast en maak aan alle betrokkenen bekend wie dit is.
8. Ontwikkel een geïntegreerd dossier waarbij de mogelijkheid van een elektronische database met een gedifferentieerde toegang zou moeten worden geëxploreerd.
9. Binnen kwaliteitssystemen van de afzonderlijke zorgaanbieders moet het onderwerp ketenzorg specifiek worden opgenomen. Bij de toetsing van kwaliteitssystemen dient hier nadrukkelijk aandacht aan te worden besteed.
10. De zorgverzekeraars zouden een belangrijke rol bij de inbedding van ketenzorg in de reguliere gezondheidszorg kunnen spelen, omdat zij verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de ingekochte zorg. Ook een politiek bestuurlijke visie op het nut van ketenzorg en de wezenlijke rol daarvan voor de zorg aan met name chronisch zieken is van groot belang om ketenzorg verder tot ontwikkeling te laten komen. Voor het tot stand komen van ketenzorg is structurele financiering essentieel. De thans bestaande belemmeringen dienen daartoe te worden opgeheven.

De inspectie constateert voorts dat verder onderzoek nodig is om de effecten van ketenzorg scherp in beeld te brengen, bij voorkeur in een aantal gecontroleerde experimenten, waarbij de causale relatie tussen ketenzorg en de (ervaren) kwaliteit van de zorg wordt vastgesteld.

1.4 Ontwikkeling van Valklinieken

Binnen de Klinische Geriatrie is de problematiek van vallen bij ouderen de laatste vijf jaren in toenemende mate een belangrijk aandachtspunt geworden (Emmelot-Vonk, 2005). Met name de veelheid aan factoren die een rol kunnen spelen bij een valincident en het feit dat een groot deel van deze factoren modificeerbaar is heeft sterk bijgedragen aan de ontwikkeling van Valklinieken in Nederland. Gelijktijdig met deze ontwikkeling is het Landelijk Netwerk Valklinieken Klinische Geriatrie ontstaan dat wordt gecoördineerd vanuit de afdeling geriatrie van het UMC Utrecht.

Bij dit netwerk zijn momenteel 16 Valklinieken aangesloten, waarvan een deel nog in oprichting is (zie tabel 3).

Tabel 3 Valklinieken (*in oprichting) die zijn aangesloten bij het Landelijk Netwerk Valklinieken Klinische Geriatrie.

Nr.	Naam
1	Universitair Medisch Centrum Utrecht
2	Jeroen Bosch Ziekenhuis 's-Hertogenbosch
3	Erasmus Medisch Centrum Rotterdam
4	Ziekenhuis Gooi-Noord Blaricum*
5	Westfriesgasthuis Hoorn*
6	Tweestedenziekenhuis Tilburg
7	Medisch Centrum Leeuwarden
8	Amphia Ziekenhuis Breda
9	Leids Universitair Medisch Centrum Leiden
10	Albert Schweitzer Ziekenhuis Dordrecht*
11	Elkerliek Ziekenhuis Helmond
12	Medisch Centrum Alkmaar*
13	Academisch Medisch Centrum Amsterdam
14	Slingeland Ziekenhuis Doetinchem
15	Universitair Medisch Centrum St Radboud Nijmegen*
16	Alysis ziekenhuis Arnhem

Eén van de activiteiten van dit netwerk was het opzetten van een landelijk uniform Valkliniekprotocol, zodat alle patiënten op identieke wijze en evidence based worden onderzocht. Hierbij is gebruik gemaakt van de nieuwe CBO-richtlijn “preventie van valincidenten bij ouderen” (CBO,2004).

Op de Valkliniek worden oudere patiënten gezien die het afgelopen jaar tenminste 1 keer gevallen zijn. Zij krijgen van tevoren een vragenlijst opgestuurd, waarbij naar een aantal belangrijke risicofactoren en oorzaken van vallen gevraagd worden, met aandacht voor somatische, psychische en sociale factoren.

Gedurende de beoordeling op de Valkliniek zelf wordt de patiënt onderzocht door een multidisciplinair team waar een arts, verpleegkundige en een fysiotherapeut deel van uitmaken. Binnen het protocol wordt daarnaast een multifactorieel interventieprogramma beschreven dat is gekoppeld aan (combinaties van) risicofactoren. Aangegeven wordt dat er behoefte bestaat aan evaluatie onderzoek ten aanzien van de doelmatigheid en effectiviteit van de aanpak zoals die gehanteerd wordt door de Valklinieken Klinische Geriatrie (Emmelot-Vonk,2005). In Maastricht wordt momenteel een evaluatiestudie uitgevoerd van een multifactoriële klinische interventie (Hendriks e.a., 2005), die echter niet gebaseerd is op de protocollen van de Valklinieken Klinische Geriatrie.

1.5 Ontwikkeling van Consultatiebureaus voor ouderen

Het Kenniscentrum Ouderen (NIZW Zorg) heeft eind vorig jaar een rapport gepubliceerd over initiatieven op het terrein van het consultatiebureau voor ouderen (CbO) (Visser,2005). In bijlage A wordt per initiatief een korte beschrijving gegeven.

Uitgangspunt bij de initiatieven is, dat door het beter benutten van bestaande werkzame interventies op het gebied van gezondheidsbevordering er nog aanzienlijke gezondheidswinst te behalen is (Berg Jeths e.a., 2004). Het CbO betreft een multidisciplinaire consultatie, waarbij diverse facetten van de gezondheid aan de orde

komen: beweging, voeding, cognitie, hart-en vaten, valongevallen en botbreuken, psychisch en sociaal functioneren, visus, gehoor en bijvoorbeeld ook mantelzorgproblemen. De visie achter het CbO is dat ouderen zichzelf meer bewust worden van hun gedrag en dat (zodanig) aanpassen en tevens beter de weg weten te vinden naar de diverse welzijns- en zorgvoorzieningen.

De initiatieven streven in het algemeen één of meer van de volgende doelen na:

1. Met betrekking tot de ouderen zelf:
 - a. Vroegtijdige opsporing van gezondheidsproblemen, preventie en gezondheidsbevordering;
 - b. Behoud van eigen regie en zeggenschap.
2. Beoordeling/evaluatie of het consultatiebureau voor ouderen een geschikte methode is.
3. Lokaal organiseren van een preventieve zorgketen voor ouderen.
4. (Thuis)zorg behoefte bij ouderen verminderen/ uitstellen naar later moment;
5. Groei in de kosten (AWBZ/ gezondheidszorg) verminderen;
6. Werkdruk huisartsen verminderen.

Thuiszorg organisaties nemen veelal het initiatief voor het opzetten van een CbO, echter veelal in nauwe samenwerking met ouderenbonden en cliënten- of patiëntenorganisaties. Ook GGD-en, ziekenhuizen, huisartsen en brede ouderenzorginstellingen zijn initiatiefnemers of nauw betrokken bij initiatieven.

Op basis van een literatuuronderzoek, uitgevoerd door de GGD Rotterdam en omstreken en de GGD Zeeland (GGD, 2003), worden drie clusters van gezondheidsbedreigingen onderscheiden die relevant zijn voor preventief gezondheidsonderzoek, namelijk:

1. Hart en vaatziekten;
2. Valongevallen en botbreuken;
3. Psychosociale problemen.

Een belangrijke kwestie is op welke wijze ouderen worden benaderd om het CbO te bezoeken. In de lopende initiatieven is de werving van ouderen voor het CbO op verschillende manieren georganiseerd:

1. Open inschrijving: ouderen kunnen zichzelf aanmelden;
2. CbO nodigt ouderen uit;
3. Combinatie van bovenstaande wervingsmethoden.

Weinig is nog bekend over de meest doelmatige strategie om ouderen te betrekken bij het CbO. Het bereiken van veel ouderen kan van groot belang zijn om optimale gezondheidswinst te bereiken (iedereen schriftelijk uitnodigen), daarnaast is ook de motivatie van de betrokkenen zelf van belang om adviezen op te volgen (deze kan hoger zijn bij mensen die op eigen initiatief bij het CbO komen).

In het rapport van Visser (2005) worden ondermeer de volgende aanbevelingen gedaan met betrekking tot het CbO.

1. Meer onderzoek is gewenst naar (de effecten van) preventie bij ouderen.
2. Bundel zoveel mogelijk de kennis die bij CbO's wordt opgedaan en streef naar uniformering van CbO's.
3. Geef CbO een plek in de zorgketen. De Themacommissie Ouderenbeleid heeft eind 2005 met het rapport 'Lang zullen we leven!' advies uitgebracht aan de Tweede kamer en de Regering met betrekking tot hert ouderenbeleid (Tweede kamer, 2005). In haar rapport wordt ondermeer aanbevolen: 'Start consultatiebureaus voor

ouderen voor preventie, monitoring, signalering, informatie, advies en het leveren van diensten voor wonen, welzijn en zorg. De overheid dient voor de startfase een specifieke regeling te treffen’.

Vervolgens adviseert de commissie: ‘Het kabinet moet meer geld investeren in preventie. Eerder genoemde consultatiebureaus kunnen met preventieprogramma’s sociaal-economische gezondheidsverschillen bestrijden. In de wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) dient de doelgroep ouderen te worden opgenomen’.

Een recent initiatief in Leiden en omstreken dat in verband staat met de toenemende belangstelling voor het CbO betreft de voorbereiding van een ‘Academische Werkplaats Publieke Gezondheid’ in de regio Leiden/Den Haag waar ondermeer onderzoek gedaan zal worden naar aspecten van de doelmatigheid van CbO’s. Bij dit initiatief zijn de volgende partners betrokken: Leids Universitair Medisch Centrum, GGD Den Haag, GGD Hollands Midden, TNO Kwaliteit van Leven.

1.6 Probleemstelling

Geconstateerd is dat preventie van vallen bij ouderen een multidisciplinaire aanpak vraagt. Tot op heden is het moeilijk gebleken om verschillende relevante instanties (o.a.: sectoren: wonen, zorg, welzijn) structureel te laten samenwerken aan valpreventie bij ouderen. Een doelmatige multidisciplinaire aanpak vereist een goede afstemming van rollen informatieoverdracht tussen betrokken instanties. Ondanks gesignaleerde onvolkomenheden, wordt ketenzorg in het algemeen gezien als een belangrijk concept om de kwaliteit en doelmatigheid van zorg ten aanzien van bijvoorbeeld chronische aandoeningen te verbeteren. Tegelijkertijd is in de gezondheidszorg voor ouderen (geriatrie) een ontwikkeling gaande waarin binnen Valklinieken multidisciplinair wordt samengewerkt aan preventie van vallen; wat gezien kan worden als een vorm van Ketenzorg.

Verondersteld wordt dat ketenzorg voor valpreventie van ouderen zich goed verder zou kunnen ontwikkelen vanuit de ketens die zich bij Valklinieken al hebben gevormd. Daarvoor is allereerst meer inzicht nodig in de kenmerken van Valklinieken en de mate van multidisciplinaire samenwerking die daar al tot stand is gekomen en welke samenwerking vooralsnog ontbreekt.

Een derde relevante ontwikkeling is het feit dat er verschillende initiatieven zijn op het gebied van het Consultatiebureau voor Ouderen (CbO), waar in de praktijk ervaring mee is/wordt opgedaan. Het betreft een ontwikkeling die aanbevolen wordt door de Themacommissie Ouderenbeleid.

De verschillende ontwikkelingen dragen mogelijk op termijn bij aan de vorming van een brede multidisciplinaire zorgketen rond het thema valpreventie. Om dat mogelijk te maken is het echter belangrijk om te laten zien hoe een dergelijke zorgketen in de praktijk kan functioneren (bijvoorbeeld: welke oplossingen zijn gevonden voor de aspecten die in het toetsingskader zijn genoemd (IGZ,2003)), en hoe effectief de keten is ten aanzien van preventie van vallen. Daarvoor zou een proefproject geschikt kunnen zijn.

De haalbaarheid van een proefproject ketenzorg is echter vooralsnog niet duidelijk en zal nader in beeld gebracht moeten worden. In dit onderzoek wordt daaraan een bijdrage geleverd door Ketenzorg vanuit het perspectief van Valklinieken te belichten.

1.7 Doelstelling

Het doel van het project is om na te gaan wat de haalbaarheid is van het opzetten van een proefproject ketenzorg valpreventie bij ouderen.

1.8 Vraagstellingen

Voor het bepalen van de haalbaarheid zullen de volgende vragen moeten worden beantwoord:

- 1 Welke lokale/ regionale partijen zijn van belang als deel van de zorgketen?
- 2 Welke rol kunnen de verschillende partijen in de keten hebben?
- 3 In welke mate zijn Valklinieken in Nederland onderdeel van zorgketens?
- 4 Welke bevorderende en belemmerende factoren zijn er die het uitoefenen van de gewenste rollen van verschillende partijen in de keten beïnvloeden?
- 5 Wat is nodig om het aantal en het belang van de belemmerende factoren te beperken (kennis/ informatie, instrumenten, communicatiekanalen, financiën), en hoe kan daarin worden voorzien?
- 6 Is het uitvoeren van een proefproject ketenzorg valpreventie bij ouderen haalbaar?

2 Methode

2.1 Algemene aanpak

- 2.1.1 *Verkenning relevante literatuur/ opstellen algemeen model ketenzorg valpreventie*
Een beperkte verkenning is uitgevoerd ten aanzien van literatuur (beleid, praktijk, onderzoek) op het terrein van Ketenzorg, Valklinieken en Consultatiebureaus voor Ouderen.
- 2.1.2 *Interviews (semi gestructureerd)*
Semi gestructureerde interviews zijn gehouden met vertegenwoordigers van een aantal Valklinieken, waarvan de meeste aangesloten zijn bij het Landelijk Netwerk Valklinieken Klinische Geriatrie.
- 2.1.3 *Vragenlijst Valklinieken*
Mede op basis van de interviews is een vragenlijst opgesteld en verzonden aan de leden van het Landelijk Netwerk Valklinieken.

Gezien de beperkte reikwijdte van het project is de volgende aanpak gehanteerd:

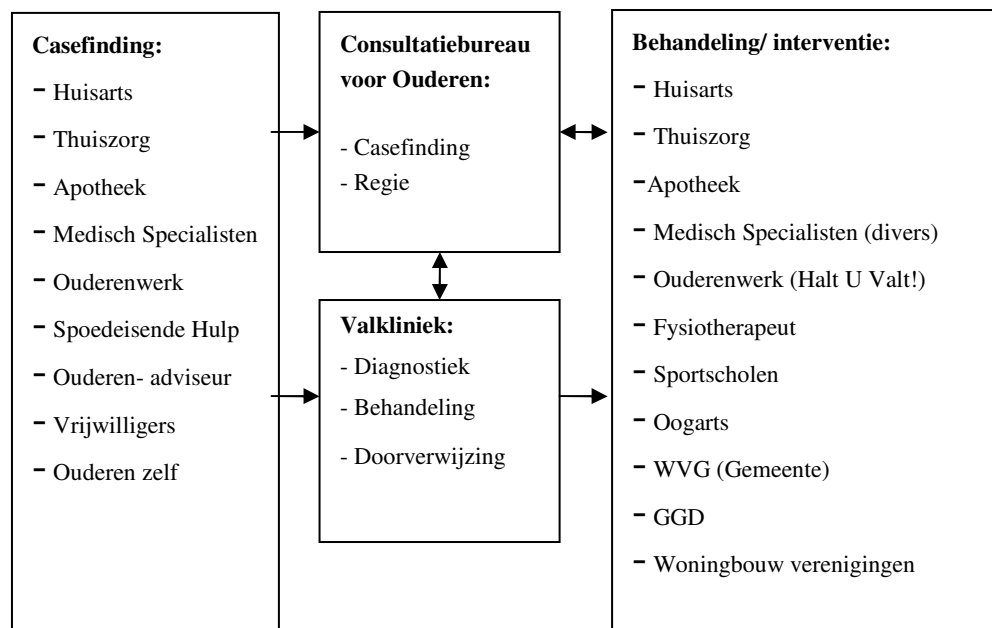
- 1 Het onderzoek richtte zich primair op regio's waar Valklinieken zijn. Het argument daarvoor was, dat het bestaan van een Valkliniek aangeeft dat er in de zorgverlening zich al een zekere multidisciplinaire kern heeft ontwikkeld waar specialistische medische expertise zich heeft gebundeld rondom de problematiek. Elke Valkliniek, die aangesloten is bij het 'Landelijk Netwerk' is schriftelijk benaderd, waarbij informatie is gevraagd over de mate waarin de Valkliniek deel uitmaakt van een zorgketen die zich uitstrekt tot buiten de ziekenhuismuren.
- 2 Voor één regio met een Valkliniek is in meer detail ingegaan op wel/niet gerealiseerde samenwerking en de bevorderende/ belemmerende factoren daarbij. Daarbij zijn interviews gehouden met relevante schakels in de keten en hun overwegingen en randvoorwaarden om wel/ niet deel uit te maken van de beoogde zorgketen. De regio die daarvoor wordt gebruikt is Heerenveen en omliggende gemeenten. Het belangrijkste argument voor deze keuze was, dat met name in Heerenveen e.o. de problematiek van vallen bij ouderen al geruime tijd onder de aandacht is gebracht van verschillende lokale/ regionale organisaties; in het kader van projecten als: Grip op eigen veiligheid (Wijlhuizen e.a., 2003) en de Preventie van nachtelijke valongevallen.

3 Resultaten

De resultaten zullen per vraagstelling (1 t/m 5) worden weergegeven. In hoofdstuk 4 'Conclusies en aanbevelingen' zullen de resultaten worden besproken in het kader van vraagstelling 6 van het onderzoek.

3.1 Welke partijen zijn van belang als deel van de zorgketen en welke rollen kunnen ze hebben? (Vraagstellingen 1,2)

In het algemeen model van ketenzorg ten behoeve van valpreventie (figuur 1) is de Valkliniek een centrale plaats gegeven, omgeven door twee belangrijke schakels. Allereerst partijen die een bijdrage kunnen leveren aan de instroom van cliënten in de Valkliniek (casefinding), en partijen die een rol kunnen spelen bij het nemen van maatregelen om vallen te voorkomen (behandeling/interventie). Daarbij is het Consultatiebureau voor Ouderen (CbO) apart weergegeven met de mogelijke rol in relatie tot casefinding, maar ook met een mogelijke rol in de regie binnen de ketenzorg valpreventie.



Figuur 1 Algemeen model van ketenzorg ten behoeve van valpreventie

Hieronder wordt een overzicht gegeven van de genoemde partijen en hun (mogelijke) rollen in de integrale ketenzorg voor valpreventie.

1 Huisarts en/of praktijkondersteuner.

Casefinding:

- Ouderen die gevallen zijn: naar het ziekenhuis doorverwijzen voor integrale diagnostiek;
- Alert zijn op patiënten die valrisico's lopen;
- Gerichte verwijzing van risicopatiënten naar andere partners in de keten die een voor de betreffende patiënt passend aanbod hebben.

Behandeling:

- In voorkomende gevallen: uitvoeren van de ‘Minimale Interventie Strategie Stoppen met benzodiazepines’ in samenwerking met de apotheker;
- Preventieve adviezen geven aan deze risicopatiënten.

2 Thuiszorg.

Casefinding:

- Verzorgenden: signaleren van valrisico's en gericht doorverwijzen naar andere partners in de keten die een voor de betreffende cliënt passend aanbod hebben;
- Huishoudelijke medewerkers: signaleren van valrisico's en gericht doorverwijzen naar andere partners in de keten die een voor de betreffende cliënt passend aanbod hebben;
- Verpleegkundige met aandachtsgebied valpreventie: afnemen van een val-anamnese (gericht op inzicht in bestaande risicofactoren) en op basis daarvan gerichte voorlichting geven en instructies vertrekken, welke kunnen leiden tot een verwijzing naar andere partners in de keten die een voor de betreffende cliënt passend aanbod hebben.

Behandeling:

- In het bewegingsapparaat gespecialiseerd verpleegkundigen: het in een speciaal veiligheidshuisbezoek individueel geven van voorlichting, instructie en advies aan ouderen welke door de al genoemde medewerkers van de thuiszorg valrisico's hebben gesignaleerd (in het kader van AIV-productie).

3 Apotheker.

Casefinding:

- Alert zijn op patiënten die valrisico's lopen;
- Gerichte verwijzing van risicopatiënten naar andere partners in de keten die een voor de betreffende patiënt passend aanbod hebben.

Behandeling:

- In voorkomende gevallen: uitvoeren van de ‘Minimale Interventie Strategie Stoppen met benzodiazepines’ in samenwerking met de huisarts;
- Preventieve adviezen geven aan deze risicopatiënten.

4 Medisch specialisten (o.a.: neuroloog, orthooped, cardioloog, geriater)

Casefinding:

- Tijdens/ na behandeling personen wijzen op mogelijk verhoogde valkans;
- Doorverwijzen van personen naar CbO of Valkliniek

Behandeling:

- Specifieke (chronische) aandoening behandelen.

5 Ouderenwerk (Lokale Stichting Welzijn Ouderen)

Casefinding/Behandeling:

- Organiseren en promoten van voorlichtingsprogramma's over valpreventie, waaronder het programma 'Halt u Valt!';
- Verspreiden van voorlichtingsmaterialen;
- Organiseren en promoten van bewegingsprogramma's, gericht op de versterking van de bovenbeenspieren (In Balans, Tai Tchi, Functioneel trainen, etc.);
- Organisatie van huisbezoeken bij ouderen waarin valpreventie aandacht krijgt.

6 Spoedeisende Hulp

Casefinding:

- Ouderen met een verhoogde kans op vallen doorverwijzen, bijvoorbeeld: als gevolg van het ontstaan letsel of omdat de persoon is gevallen.

7 Ouderenadviseur

Casefinding:

- Aandacht aan valrisico's geven tijdens huisbezoeken;
- Voorlichting geven aan en gericht verwijzen van risicogroepen;
- Traint de vrijwilligers die huisbezoeken afleggen bij ouderen.

8 Vrijwilligers

Casefinding:

- Vrijwilligers die huisbezoeken afleggen bij ouderen: signaleren van valrisico's en gericht doorverwijzen naar andere partners in de keten die een voor de betreffende cliënt passend aanbod hebben;
- Vrijwilligers die groepsvoorlichting aan ouderen geven: ouderen bewust maken van mogelijke valrisico's en hen informatie geven over de andere partners in de keten die mogelijk voor hen een passend aanbod hebben.

9 Ouderen zelf

- Open staan voor voorlichtingsboodschappen (schriftelijk en mondeling);
- Open staan voor huisbezoeken, waarin valpreventie aandacht krijgt;
- Bereid zijn om de aan hen verstrekte adviezen op te volgen.

10 Fysiotherapeut

Behandeling:

- Fysiotherapeuten in de eerstelijns: aanbieden van speciale bewegingsprogramma's, gericht op de versterking van de bovenbeenspieren (In Balans, Tai Tchi, Functioneel trainen, etc.).

11 Sportscholen

Behandeling:

- Aanbieden van speciale bewegingsprogramma's, gericht op de versterking van de bovenbeenspieren (In Balans, Tai Tchi, etc.).

12 Oogarts

Behandeling:

- Ouderen actief oproepen voor periodieke oogmeting en voorlichting geven over goede bril en noodzaak van goede verlichting.

13 Gemeente

Behandeling:

- Voldoende aanbod creëren van WVG / WMO-voorzieningen;
- Ruimhartige uitvoering van WVG / WMO-voorzieningen;
- Subsidiëren en stimuleren van proactieve voorzieningen en programma's ten behoeve van SWO, sportscholen, etc.;
- Dit alles zo mogelijk verankeren in het lokale gezondheidsbeleid.

14 GGD

Behandeling:

- Voorlichting aan het brede publiek (inclusief ouderen) over de verkeerde beeldvorming rondom vallen bij ouderen (de boodschap communiceren dat vallen niet per definitie bij het ouder worden hoort);

- Voorlichting aan professionals in de keten over de verkeerde beeldvorming rondom vallen bij ouderen (2 boodschappen communiceren: dat vallen niet per definitie bij het ouder worden hoort en dat er nooit een eenduidige oorzaak aan de val ten grondslag ligt)²;
- Uitvoering van voorlichtingsbijeenkomsten voor ouderen over vallen en valrisico's.

15 Woningbouwverenigingen

Behandeling:

- Ruimhartig uitvoeren van noodzakelijke aanpassingen die de veiligheid in en om huis bevorderen.

16 Valkliniek/ Ziekenhuis

- *Interne instroom:* Vanuit SEH-afdeling en verschillende aanwezige specialismen zoals bijvoorbeeld: neurologie, orthopedie, cardiologie.
Binnenkomende ouderen met valletsel intern doorverwijzen naar het diagnostisch team (zie hieronder).
- *Externe instroom:* De hierboven genoemde partijen kunnen, afhankelijk van hoe dit lokaal/ regionaal is georganiseerd, cliënten doorverwijzen naar de Valkliniek. Ook vanuit het CbO kunnen ouderen met verhoogde valkans worden doorverwezen naar de Valkliniek.
- *Diagnostiek:* door klinisch geriater (hoofdbehandelaar), fysiotherapeut, geriatrieverpleegkundige, neuroloog, ouderenpsychiater, en/ of ergotherapeut.
Diagnose van de val stellen en behandelplan opstellen. Voor het stellen van de diagnose is door het Landelijk Netwerk Valklinieken Klinische Geriatrie een protocol opgesteld. Daarnaast is een vragenlijst ontwikkeld (Carefall Triage Instrument) die door cliënten kan worden ingevuld en die een beeld geeft van de belangrijkste te beïnvloeden risicofactoren (bijlage B).
- *Behandeling:* Door klinisch geriater, neuroloog, fysiotherapeut, ergotherapeut en geriatrieverpleegkundige: behandelplan uitvoeren onder de regie van de klinisch geriater
- *Ontslag/overdracht naar huis of verpleeg- of verzorgingshuis organiseren:*
Klinisch geriater en geriatrieverpleegkundige: attendeert patiënt op andere partners in de keten die een voor de betreffende cliënt passend preventief aanbod hebben en maakt hiervan een aantekening in overdrachtdossier. De huisarts wordt daarbij betrokken en /of op de hoogte gesteld van de voorgestelde interventie;
- *Geriatricieverpleegkundige van het ziekenhuis* (of indien beschikbaar: de transmuraal verpleegkundige). Deze bewaakt de uitvoering van afspraken en volgt de instructies uit het overdrachtdossier op;
- *Verpleeghuisarts of huisarts van het verzorgingshuis:* Deze bewaakt de uitvoering van afspraken en volgt de instructies uit het overdrachtdossier op.

17 Consultatiebureau voor Ouderen (CbO)

Casefinding:

- Bij ouderen die CbO bezoeken kan worden nagegaan of ze een verhoogde kans op vallen hebben. Vervolgens kan desgewenst voorlichting worden gegeven en een behandeltraject worden voorgesteld (doorverwijzing).
- Afhankelijk van gekozen wervingsstrategie (uitnodigen of 'open inschrijving') kan casefinding systematisch worden uitgevoerd.

² Vandaar dat goede, integrale diagnostiek in het ziekenhuis van groot belang is voor behandeling en recidive- reductie

- Het CbO kan een plaats zijn waar andere instanties, die ‘casefinding’ tot hun taak hebben, personen waarvan vermoed wordt dat ze een verhoogde valkans hebben naar doorverwijzen. Op het CbO kan een meer gestructureerde toets uitgevoerd worden.

Regiefunctie:

- Als het CbO ouderen periodiek op bezoek krijgt, dan is er de mogelijkheid om een zekere mate van regie te voeren over de maatregelen die zijn voorgesteld. Als de uitvoering van maatregelen achterwege blijft, dan kan vanuit het CbO worden nagegaan op welke manier de uitvoering kan worden bevorderd.

3.2 In welke mate zijn Valklinieken in Nederland onderdeel van zorgketens? (vraagstelling 3)

In de voorgaande paragraaf is de Valkliniek centraal gesteld in de zorgketen preventie van vallen bij ouderen. In Nederland is een ‘Landelijk Netwerk Valklinieken Klinische Geriatrie’ opgericht dat door het UMC Utrecht wordt gecoördineerd.

Uit de gevoerde gesprekken met vertegenwoordigers van het Landelijk Netwerk Valklinieken (Tilburg, Utrecht, Leiden, Leeuwarden; zie paragraaf 3.2.1) kwamen in algemene zin de volgende gegevens naar voren:

- De instroom van cliënten is divers georganiseerd; veelal worden doorverwijzers (informeel) verzocht om cliënten door te verwijzen.
- Op basis van het ontwikkelde protocol vindt vooral binnen de kliniek ketenzorg plaats in de vorm zoals door de inspectie wordt beschreven. In het algemeen wordt per cliënt binnen de Valkliniek ca. 3-4 uren besteed aan diagnostiek en advisering, waarbij de verschillende disciplines samenwerken en afstemmen vanuit een gemeenschappelijk zorgplan. De capaciteit van Valklinieken varieert van ca. 60 tot 350 cliënten per jaar. Momenteel worden in Nederland naar schatting 1600 cliënten per jaar door de Valklinieken gezien. Er zijn indicaties dat een reductie in de valkans kan worden bereikt van 30-50%.
- De doorverwijzing naar externe partijen voor behandeling verloopt in de vorm van een advies aan de cliënt, waarbij in een aantal gevallen ook ondersteuning plaatsvindt voor het maken van eerste afspraken en waarbij het advies ook op schrift wordt gesteld.
- Terugkoppeling van informatie over de feitelijke uitvoering van de behandeling en de uiteindelijke impact daarvan (valreductie, tevredenheid van cliënt) vindt niet structureel plaats. Wel zijn er voorbeelden waarbij vanuit de Valkliniek na enkele weken/maanden eenmalig contact wordt gezocht met de cliënt over de uitvoering van de aanbevolen interventie.

Mede op basis van de bevindingen uit de interviews is een vragenlijst opgesteld (bijlage C), die is verstuurd aan de 11 aangesloten Valklinieken, waarmee een aantal kenmerken van de klinieken meer systematisch is verzameld.

3.2.1 Respons

De resultaten zijn verkregen van de hieronder genoemde 10 Valklinieken:

- 1 Centrum Geriatrie Leeuwarden;
- 2 Slingerland Ziekenhuis, Doetinchem;
- 3 Afd. Geriatrie UMC Utrecht;
- 4 Valpolikliniek, afdeling geriatrie, locatie WAZ, Den Bosch;

- 5 LUMC, afd. ouderengeneeskunde B3, Leiden
- 6 Erasmus MC, Afdeling Geriatrie, Rotterdam
- 7 Tweestedenziekenhuis Tilburg
- 8 AMC Amsterdam
- 9 Rijnstate Ziekenhuis, Afd. Geriatrie/Valkliniek, Arnhem
- 10 Elkerliek Ziekenhuis, Valkliniek afd. geriatrie, Helmond

De inhoudelijke resultaten die hieronder worden weergegeven, zijn niet herleidbaar tot individuele Valklinieken.

De bovenstaande Valklinieken zijn gestart in de periode mei 2002 en juni 2005.

3.2.2 *Doelstelling van Valklinieken*

De doelstellingen van de Valklinieken is niet altijd gelijklopend. De volgende verschillende accenten zijn door één of meer Valklinieken gerapporteerd.

- Reduceren fractures en valangst (voor reductie van fractures is casefinding ten aanzien van osteoporose een belangrijk aandachtspunt).
- Het aantal valincidenten (en fractures) verminderen
- Eén loket voor multidisciplinaire diagnostiek en de regie bij deze diagnostiek bij vallen
- Preventie val gerelateerde fractures, verbetering kwaliteit van leven door verbetering mobiliteit en stabiliteit.
- Analyse en behandeling van onderliggende oorzaken van onbegrepen valincidenten en advisering op preventie verdere valincidenten.
- Het opsporen van 65+ ers die een verhoogd valrisico hebben en mogelijk al eerder gevallen zijn.
- Diagnostiek naar onderliggende ziektebeelden en risicofactoren die het geriatrisch syndroom ‘vallen’ kunnen verklaren.
- Aan de hand van aanwezige ziektebeelden en risicofactoren een multifactorieel interventieprogramma samenstellen waarmee een belangrijke reductie van het aantal valincidenten bewerkstelligd kan worden.
- In kaart brengen risicofactoren voor vallen en preventie valincidenten bij patiënten ouder dan 65 jaar die tenminste 1 valpartij hebben doorgemaakt, valangst hebben of een verslechterde mobiliteit hebben waardoor de kans op vallen toeneemt.

Het overzicht laat zien dat zowel reductie van vallen, fractures en/of valangst als doelstelling wordt genoemd. Daarnaast is multidisciplinaire diagnostiek (opsporen van personen met een verhoogde kans op vallen) en multifactoriële interventie een onderdeel van de doelstellingen.

3.2.3 *Aantal patiënten per jaar en tijdbesteding*

De totale gerapporteerde capaciteit wat betreft het aantal ouderen dat per jaar kan worden ‘gezien’ is 1620. Vrijwel de gehele capaciteit is in het afgelopen half jaar benut; per maand werden ca. 130 ouderen ‘gezien’ op de Valklinieken.

Per persoon wordt gemiddeld 3,5 uur besteed op de Valkliniek, met een spreiding van 1 tot 5 uren (inclusief administratie).

3.2.4 *Doorverwijzing van personen naar Valkliniek*

De personen die in de Valkliniek worden gezien, worden door verschillende instanties naar de Valkliniek doorverwezen. In tabel 4 worden de belangrijkste doorverwijzers (casefinders) weergegeven van de in totaal 10 Valklinieken met het totaal aantal en percentage doorverwijzingen.

Tabel 4 Instanties die personen doorverwijzen naar Valkliniek

Doorverwijzer	Verwijzer naar Valklinieken (N)	Doorverwijzingen per jaar N (%)
Huisarts	10	968 (60)
SEH afdeling	7	356 (22)*
Neuroloog	5	68 (4)
Orthopeed	7	66 (4)
Cardioloog	4	42 (3)
Verpleeghuisarts	4	39 (2)
Andere specialisten in ziekenhuis	3	28 (2)
Geriatr	4	25 (2)
Fysiotherapeut	3	8 (0)
Clïënt komt op eigen initiatief	1	5 (0)
Verzorgingshuis	1	1 (0)
Stichting Welzijn Ouderen	0	0 (0)
Thuiszorg	0	0 (0)
Totaal		1606 (100%)

* Bij 1 Valkliniek komen 297 doorverwijzingen bij SEH vandaan.

Uit tabel 4 komt naar voren dat de meeste doorverwijzingen via de huisartsen naar de Valklinieken komen. Daarnaast lijkt ook de Spoedeisende Hulp (SEH) afdeling van het ziekenhuis een belangrijke doorverwijzer. Daarbij moet echter met nadruk worden gesteld dat er in 1 Valkliniek 297 personen per jaar worden doorverwezen vanuit SEH afdelingen. De aantallen die de andere zes SEH afdelingen doorverwijzen zijn betrekkelijk gering.

De doorverwijzing naar drie Valklinieken vindt vrijwel altijd plaats aan de hand van een protocol. Bij drie wordt er door soms een protocol gebruikt of is een protocol in voorbereiding (voor SEH afdeling, fractuurpoli). Bij de helft van de Valklinieken vindt de doorverwijzing niet plaats aan de hand van een protocol.

Met betrekking tot de doorverwijzing zijn er door drie Valklinieken schriftelijke afspraken gemaakt met de doorverwijzers. In de overige situaties is er veelal sprake van een verzoek (schiftelijk, mondeling) om personen door te verwijzen.

3.2.5 *Behandeling en doorverwijzing door Valkliniek*

De meeste Valklinieken hanteren één of meerdere inclusiecriteria voor toegang tot de Valkliniek. Deze criteria zijn niet voor alle klinieken identiek. De volgende inclusie criteria worden genoemd:

- De persoon moet 2 keer of vaker zijn gevallen in het afgelopen jaar; wordt vier keer genoemd;
- Leeftijdgrenzen worden vier keer genoemd: 70+ (1), 65+ (2), 60+ (1);
- 4 of meer risicofactoren op de CTI (Carefall Triage Instrument, bijlage B); wordt drie keer genoemd.

Een exclusie criterium dat is genoemd betreft dementie.

In de praktijk blijkt dat tussen de 65% en 100% van de personen die wordt doorverwezen naar de Valklinieken voldoet aan de inclusie/exclusie criteria die daar worden gehanteerd.

Vier van de tien Valklinieken ervaren geen problemen met betrekking tot de instroom van cliënten. Problemen die wel worden genoemd zijn:

- Onvoldoende cliënten worden vanuit SEH doorverwezen; drie keer genoemd;
- Tevoren is niet goed te beoordelen wat de belastbaarheid van een cliënt is, soms blijkt de cliënt relatief gezond en is de procedure van de Valkliniek te uitvoerig; soms blijkt dat de cliënt een zeer lage belastbaarheid heeft en dat er ook cognitieve problemen spelen, waardoor de diagnostiek wordt bemoeilijkt.

De diagnose/ behandeling wordt in negen van de tien Valklinieken uitgevoerd door een multidisciplinair team, bestaande uit een geriater, verpleegkundige en een fysiotherapeut. In één Valkliniek voert een internist deze werkzaamheden uit. Alle Valklinieken werken volledig (8) of gedeeltelijk (2) volgens het protocol van het 'Landelijk Netwerk'. De meeste Valklinieken (8) voeren zelf een deel van de behandeling uit en verwijzen ook door naar andere instanties. Twee Valklinieken behandelen zelf niet, maar verwijzen door.

In tabel 5 is aangegeven naar welke instanties personen worden doorverwezen door de Valklinieken.

Uit het overzicht blijkt onder meer dat bijna de helft (42%) van de personen naar de huisarts wordt doorverwezen, maar dat die afkomstig zijn van vier klinieken. Daarentegen verwijst elke Valkliniek door naar de fysiotherapeut, waar 40% van de personen naar wordt doorverwezen. Daarnaast verwijst ook elke Valkliniek door naar de cardioloog en neuroloog. Minder dan de helft van de Valklinieken verwijst door naar bewegingsprogramma's en welzijnsorganisaties.

Tabel 5 Instanties waar personen naartoe worden doorverwezen vanuit naar Valkliniek

Doorverwijzer	Verwijzing vanuit Valklinieken (N)	Doorverwijzingen per jaar N (%)*
Huisarts	4	675 (42)
Fysiotherapeut	10	641 (40)
Geriatr	3	224 (14)
Apotheek	3	224 (14)
Cardioloog	10	155 (9)
Neuroloog	10	144 (9)
Thuiszorg	5	159 (9)
Aanbieder beweeg/oefenprogramma's	4	150 (9)
Ergotherapeut	7	100 (6)
Orthopeed	5	47 (3)
Oogarts/ KNO arts	3	47 (3)
Overig: Verzorgingshuis, Revalidatiearts	2	25 (2)
Stichting Welzijn Ouderen	2	17 (1)
Valpreventie programma 'Halt U Valt!'	2	9 (0)
Gemeente (WVG)	1	2 (0)
Totaal		1606 (100%)

* Totaal % hoger dan 100% omdat een persoon naar meerdere behandelaars kan worden doorverwezen

Knelpunten die worden genoemd door vier van de tien Valklinieken met betrekking tot behandeling of doorverwijzing zijn:

- Doorverwijzing naar andere specialisten gaat zonder problemen, echter bij doorverwijzing naar bijvoorbeeld fysiotherapie en beweegprogramma's is er veel minder zicht op de kwaliteit van de follow-up. Het is onduidelijk of adviezen ook op de goede manier opgevolgd worden.
- Niet alle fysiotherapeuten zijn geschikt voor het behandelen van ouderen met balans- en loopstoornissen.
- De Wachtijd voor deelname aan bewegingsprogramma's zoals loopschool en Tai Chi bedraagt van enkele weken tot enkele maanden.
- In het algemeen worden adviezen niet altijd opgevolgd.

3.2.6 *Evaluatie van Valklinieken*

Op basis van diagnostiek worden personen doorverwezen naar andere instanties. Dat heeft onder meer tot gevolg dat de personen elders onder behandeling komen. Gevraagd is aan de Valklinieken of van de betrokken personen nog informatie wordt verkregen over, effecten van, de behandeling. De volgende vragen zijn gesteld:

Worden er gegevens verzameld over de opvolging van adviezen? (N=10)

Ja, structureel	3
Ja, incidenteel	5
Nee	2

Worden er gegevens verzameld over de tevredenheid van de cliënt? (N=10)

Ja, structureel	2
Ja, incidenteel	2
Nee	6

Worden er gegevens verzameld over de effecten op de valproblematiek bij cliënten? (N=10)

Ja, structureel	4
Ja, incidenteel	3
Nee	2
Geen antwoord:	1

Ervaart u knelpunten bij de monitoring van cliënten die een advies hebben gehad? (N=10)

Nee	6
Ja, namelijk:	3

- Dit moeten we nog helemaal op gaan zetten. Zijn wel bezig met een landelijke database + follow-up programma.
 - Afwezigheid van valkalenders, benodigde tijdsinvestering follow-up is niet mogelijk.
 - Follow-up is moeilijk uitvoerbaar.
- Geen antwoord: 1

Uit de resultaten blijkt dat bij een minderheid van de Valklinieken sprake is van een structurele terugkoppeling van de impact van de gegeven adviezen (opvolging adviezen, tevredenheid van cliënt, effect op vallen).

3.2.7 Interview Valkliniek Heerenveen

De situatie met betrekking tot de Valkliniek in Heerenveen (Tjongerschans) is als volgt:

- Er is op dit moment nog geen geformaliseerde Valkliniek in Heerenveen, maar wel wordt er zoveel mogelijk volgens het protocol van het ‘Landelijk Netwerk’ gewerkt.
- De opzet van de Valklinieken in Friese ziekenhuizen wordt gecoördineerd en afgestemd vanuit de Provinciale Vakgroep Geriatrie, waarvan alle in Friesland werkzame gerieters deel uit maken. Het doel van deze betrokkenen zijn eenduidig: in Friesland in alle ziekenhuizen gaan werken volgens de uniforme, Landelijke Standaard.
- Het belang van de ziekenhuisdirectie kan worden omschreven als het willen leveren van een zo volledig mogelijk pakket aan voorzieningen voor patiënten uit het adherentiegebied van het ziekenhuis.
- In eerste instantie zijn alle relevante interne disciplines betrokken. Daarnaast zijn er momenteel met externe instellingen vanuit de 0-de en eerstelijnszorg besprekingen gaande over de mogelijkheden voor samenwerking en betrokkenheid bij de Valkliniek, vanuit de gedachte van het brede ketenconcept. Bij het overleg in Heerenveen zijn de volgende organisaties betrokken: Ziekenhuis de Tjongerschans, GGD Fryslân, Thuiszorg ‘De Friese Wouden’, Stichting Welzijn Ouderen en Sportscholen (fysiotherapie).
- De ontwikkeling van de Valkliniek in Heerenveen vindt plaats binnen de volgende context die van belang wordt geacht om een brede ketenzorg op gang te brengen:
 - 1 Provinciaal is er veel aandacht voor het valpreventie project ‘Halt u Valt!’ (de helft van alle Friese Gemeenten is op enigerlei wijze met dergelijke projecten actief)
 - 2 Betrokkenheid van Friese gemeenten (Heerenveen, Drachten, Sneek, Harlingen) en de Provincie Friesland bij interventies en onderzoek op het gebied van valpreventie (Grip op eigen veiligheid, Lekker en veilig slapen), waarbij verschillende lokale partijen betrokken waren/ zijn.
 - 3 Aantoonbare belangstelling van zorgverzekeraar ‘De Friesland’ voor problematiek van vallen bij ouderen en voor ontwikkeling van ketenzorg voor specifieke doelgroepen.
 - 4 Start in 2006 van een consultatiebureau voor ouderen (CbO), waar de GGD Fryslân een belangrijke initiërende rol in heeft.

Uit de hierboven weergegeven resultaten blijkt dat Valklinieken al zorgketens hebben gevormd en/of aan het vormen zijn. De instroom van personen in de Valklinieken komt voor een belangrijk deel via de huisartsen tot stand. Daarnaast komen relatief veel ouderen naar de Valkliniek die binnen het ziekenhuis door de Spoedeisende Hulp afdeling of door een specialist worden behandeld. De diagnostiek binnen de Valklinieken is grotendeels uniform en geprotocolleerd.

Ten aanzien van de aard van de gevormde ketens valt op dat er in de instroom naar-, en ook in de doorverwijzing uit de Valklinieken relatief weinig verbindingen bestaan met thuiszorg, welzijnsorganisaties of gemeenten.

Daarnaast bestaan er relatief weinig geformaliseerde afspraken tussen schakels in de ketens, zowel met betrekking tot instroom als bij doorverwijzing. Aangegeven wordt dat er behoefte bestaat aan inzicht in de ‘impact’ van de aanpak van Valklinieken; er is momenteel onvoldoende inzicht in hoe de betrokkenen (behandelaars, ouderen) in de gevormde keten omgaan met de gegeven adviezen en hoe ze die waarderen

(tevredenheid). Onduidelijk is wie een regierol binnen de keten zou moeten spelen om de samenwerking tussen de schakels te kunnen optimaliseren.

3.3 **Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren en wat is nodig om belemmerende factoren te beperken? (Vraagstellingen 4,5)**

Uit geraadpleegde rapporten, de interviews die zijn gehouden en de vragenlijst die is afgenomen onder Valklinieken zijn de volgende meest opvallende bevorderende en belemmerende factoren naar voren gekomen die de haalbaarheid van ketenzorg voor valpreventie bepalen (en daarmee ook de haalbaarheid van een voorbeeldproject):

Bevorderende factoren

- 1 Ketenzorg wordt beschouwd als een concept dat verhoging van de doelmatigheid en kwaliteit van zorg kan bevorderen;
- 2 Binnen de Klinische Geriatrie, en ook daarbuiten staat het thema 'Vallen' in toenemende mate in de belangstelling;
- 3 Er is sinds 2002 in Nederland ervaring opgedaan met verschillende Valklinieken, waarbij al (beperkte) zorgketens tussen een aantal instanties tot stand gekomen zijn;
- 4 Valklinieken hebben als uitgangspunt voor diagnose en behandeling dat valongevallen multifactorieel veroorzaakt worden en dat ook een multifactoriële interventie veelal noodzakelijk is. Dit uitgangspunt is een belangrijke voorwaarde om te komen tot samenwerking met andere instanties om preventie van vallen te bevorderen;
- 5 Tijdens de diagnose worden regelmatig behandelbare oorzaken van de val gevonden door een veelal multidisciplinair team (geriater, verpleegkundige, fysiotherapeut);
- 6 Er is door het Landelijk Netwerk Valklinieken Klinische Geriatrie een landelijk uniform Valkliniek protocol ontwikkeld inclusief een door de Vrije Universiteit Amsterdam (VU) ontwikkelde vragenlijst die ingaat op de belangrijkste risicofactoren en oorzaken van het valongeval;
- 7 Opzetten van een Valkliniek kan veelal plaatsvinden gebaseerd op bestaande (financiële) kaders zoals geriatrie polikliniek- of dagklinieken van een afdeling klinische geriatrie;
- 8 De ontwikkeling van consultatiebureaus voor ouderen (CbO's), waar ook de problematiek van vallen bij ouderen veelal aandacht heeft vormt een mogelijkheid om 'casefinding' te standaardiseren en om een regiefunctie in onder te brengen ten aanzien van ketenzorg.

Belemmerende factoren

- 1 De instroom van cliënten is bij de verschillende Valklinieken via uiteenlopende kanalen georganiseerd (bijvoorbeeld: huisarts, SEH, verschillende specialisten binnen ziekenhuis, verpleeghuisarts), veelal op vrijwillige basis. Criteria voor doorverwijzing naar een Valkliniek lopen uiteen. Het landelijke protocol geeft een richtlijn die de mogelijkheid van een grote variatie aan instromende cliënten toelaat: 'oudere patiënten die het afgelopen jaar ten minste 1 keer gevallen zijn' en 'valangst'.
- 2 De multifactoriële oorzaken van vallen vraagt een multidisciplinaire interventie, waarbij vaak meerdere (externe) deskundigen, organisaties en instanties betrokken moeten worden. Bij het (laten) uitvoeren van de interventie vanuit een Valkliniek komen de volgende knelpunten naar voren:
 - a. Contacten en afspraken met externe partijen geschieden veelal op informele basis, niet altijd is duidelijk welke partijen de relevante deskundigheid hebben;

- b. Aantal en type bij de interventie betrokken externe partijen variëren tussen de verschillende Valklinieken; Thuiszorg, Ouderen Welzijnsorganisaties en Gemeenten ontbreken veelal in de keten;
 - c. Motivatie en mogelijkheden van cliënt om, onderdelen van, interventie uit te voeren variëren;
 - d. Structurele terugkoppeling van resultaten en waardering van interventie (kwaliteitssysteem) binnen de keten van betrokken partijen en regiefunctie over de gehele keten ontbreken veelal.
- 3 De verantwoordelijkheid voor financiering van faciliteiten die ketenzorg bevorderen is niet duidelijk. In haar rapport constateert de themacommissie ouderenbeleid (2005) op dit punt: 'Momenteel is het voor verzekeraars nog onmogelijk om een keten te contracteren. De overheid zou het initiatief kunnen nemen om professionals bij elkaar te brengen om meer afstemming binnen ketenzorg te bewerkstelligen. De verantwoordelijkheid in de ketenzorg moet wettelijk worden vastgelegd'.

Mogelijkheden om belemmerende factoren te beperken

- 1 Ten aanzien van de instroom van cliënten naar een Valkliniek wordt een betere structurering mogelijk wanneer het aantal partijen dat de instroom verzorgt beperkt is en wanneer ze gebruik kunnen maken van een eenvoudig hanteerbaar criterium voor doorverwijzing; het CbO zou daar een rol in kunnen vervullen.
- 2 Ten aanzien van de doorverwijzing van cliënten naar externe partijen die een deel van de interventie uitvoeren wordt betere structurering mogelijk als er op lokaal/regionaal niveau een sociale kaart beschikbaar is/komt waarop relevante partijen en hun mogelijke rollen binnen de keten van zorg rond valpreventie zijn weergegeven.
- 3 Vanuit het gezichtspunt van vraaggerichte zorg ligt het voor de hand dat er door één partij in de keten (mogelijk het CbO) een regierol wordt uitgeoefend. (o.a.: cliënt periodiek peilen over wanneer en in welke mate de zorg tot het gewenste resultaat heeft geleid).

4 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen puntsgewijs besproken. De hoofdlijnen van de bevindingen zullen daarbij worden betrokken.

4.1 Conclusies

1. De cijfers met betrekking tot vallen bij ouderen laten zien dat de problematiek omvangrijk is. Dit betekent in termen van belasting en belastbaarheid, dat een grote groep ouderen te maken heeft met een (te) geringe marge tussen de belasting en belastbaarheid, waardoor personen de controle over de lichaamshouding regelmatig (dreigen te) verliezen.
2. Het multidisciplinaire geprotocolleerde diagnose-, en zorgaanbod van Valklinieken past goed op de multifactoriële oorzaken van vallen. De Valklinieken vormen daarmee een belangrijke schakel binnen (keten)zorg gericht op preventie van vallen bij ouderen. De impact van Valklinieken op de omvangrijke problematiek van vallen is op dit moment echter beperkt, omdat een relatief kleine groep ouderen jaarlijks kan worden 'gezien'. Daarbij is het van belang dat de instroom van cliënten in de Valkliniek zodanig is georganiseerd dat de 'juiste' cliënten op de Valklinieken terechtkomen, zodat de doelmatigheid van het zorgaanbod zo optimaal mogelijk is. Op het punt van de instroom van cliënten wordt verwacht dat de ontwikkeling en implementatie van een goed hanteerbaar doorverwijsprotocol een toegevoegde waarde kan hebben.
3. Aansluitend bij het vorige punt wordt geconstateerd dat, om de impact op de valproblematiek te vergroten, de ketenzorg gedifferentieerd zal moeten worden ingevuld. Dat wil zeggen dat naast de rol van Valklinieken (die een beperkte en specifieke groep ouderen kunnen behandelen) andere lokale/ regionale instanties zich moeten richten op risicogroepen. Het conceptueel model van ketenzorg zal, naast de stroom die verloopt via de Valkliniek, één of meerdere stromen moeten bevatten. Om te beginnen zijn daar de volgende zaken voor nodig:
 - a. Een sociale kaart met relevante lokale/ regionale instanties en hun deskundigheden;
 - b. Een goed hanteerbaar doorverwijsprotocol (relevantie moet worden ingezien door de doorverwijzers, en de doorverwijzing moet aansluiten bij de zorgvraag van de cliënt);
 - c. Een coördinerende instantie die de rol heeft om structureel of periodiek informatie te verzamelen/ terug te koppelen over de doelmatigheid/ kwaliteit van de geleverde ketenzorg. Deze rol zou mogelijk door het CbO kunnen worden vervuld;
 - d. Netwerken van relevante organisaties die belangstelling tonen voor het opzetten van een project brede ketenzorg valpreventie (breder dan Valkliniek);
 - e. Concretiseren van de criteria die door de inspectie in het 'Profiel voor ketenzorg' zijn genoemd. Daarbij dient te worden opgemerkt dat de binnen de keten betrokken (zorg)organisaties mede invulling zullen moeten geven aan de inrichting van de keten. Een mogelijk remmende factor voor een vergaande invulling en formalisering van de keten kan zijn, dat de organisaties op termijn mogelijk deel zullen gaan uitmaken van meerdere

zorgketens die elk hun specifieke eisen zullen stellen aan de (zorg)organisaties (protocollen, screeningsinstrumenten, behandeltermijnen, kwaliteitscriteria en informatie uitwisseling). De betreffende organisaties kunnen in dat verband met concurrerende verplichtingen te maken krijgen. Het valt echter buiten het bereik van dit project om op dit punt met suggesties te komen voor structurele oplossingen.

4. Het opzetten van een proefproject Ketenzorg Valpreventie bij Ouderen wordt wenselijk en haalbaar geacht om de volgende redenen en met de volgende randvoorwaarden:
 - a. Valpreventie bij ouderen een thema is dat in brede kringen in de zorg en welzijnssector van groot belang wordt geacht;
 - b. Valklinieken al (beperkte) ketens hebben gevormd, waarbij de aansluiting met de welzijnssector echter nog onvoldoende sterk is;
 - c. De ontwikkeling van Consultatiebureaus voor Ouderen (CbO's) een basis kan vormen voor sterkere uniformering van 'Casefinding' en het invullen van een regiefunctie in een te vormen keten;
 - d. Er behoefte bestaat, zowel bij Valklinieken als ook bij CbO's, om de doelmatigheid van hun werkwijze te evalueren, en te komen tot verdergaande standaardisering van procedures;
 - e. In het algemeen bestaat er grote behoefte om voorbeelden van ketenzorg op te zetten en hun doelmatigheid te evalueren;
 - f. Er zal een draagvlak moet zijn bij lokale/ regionale politiek en zorgverzekeraars om een faciliterende rol te spelen bij het realiseren, evalueren en continueren van een proefproject. Deze rol is van belang om tot een structurele inbedding te komen van de gewenste ketenzorg.

4.2 Aanbevelingen

1. Het opzetten en evalueren van een proefproject ketenzorg valpreventie bij ouderen is van groot belang om de problematiek van vallen bij ouderen op termijn terug te kunnen dringen. Een en ander sluit aan bij de aanbeveling van de Themacommissie Ouderenbeleid om de overheid zou het initiatief te laten nemen om professionals bij elkaar te brengen om meer afstemming binnen ketenzorg te bewerkstelligen.
2. Binnen het proefproject zal gestreefd moeten worden naar een brede ketenzorg waar een Valkliniek deel van uitmaakt, en waarbij een consultatiebureau voor ouderen een rol kan spelen bij ondermeer: 'casefinding', doorverwijzing naar Valkliniek of andere behandelaar in de keten, en tevens een regiefunctie kan hebben.
3. De onder conclusie 3 genoemde instrumenten en randvoorwaarden zullen moeten worden ontwikkeld.
4. De contacten met het Landelijk Netwerk Valklinieken Klinische Geriatrie moeten worden benut om tot optimale afstemming en uniformering te komen van werkwijzen en gebruik van ontwikkelde instrumenten.

5. Het is goed mogelijk om het beoogde proefproject onder meer in Heerenveen te ontwikkelen, omdat;
 - a. Met een groot aantal lokale en regionale partners gewerkt wordt aan het opzetten van een Valkliniek, waarbij gestreefd wordt naar een brede ketensamenwerking.
 - b. In Friesland preventie van vallen bij ouderen op lokaal niveau maar ook op provinciaal niveau veel aandacht heeft;
 - c. Zorgverzekeraar 'De Friesland' expliciet affiniteit heeft getoond met de problematiek. In de Zorgvisie worden relevante thema's als preventie, kwaliteit en ketenzorg besproken. De toetsingscriteria van het Innovatiefonds van 'De Friesland' passen op het beoogde initiatief (bijlage D).
 - d. Er begin 2006 een project start met een Consultatiebureau voor Ouderen, waar valpreventie een aandachtsgebied is.
 - e. Ondersteuning kan worden gegeven vanuit de kennis die voortkomt uit het initiatief in Leiden en omstreken van de 'Academische Werkplaats' waar ook TNO kwaliteit van Leven bij betrokken is.

5 Literatuur

BAAN CA, HUTTEN JBF, RIJKEN PM , eds. Afstemming in de zorg, een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening. Bilthoven: RIVM, 2003.

BERG JETHS A van den, HOEYMANS N. Preventie loont. Gezondheid van ouderen. Demos 2004;20(7):49-52.

CBO. Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, 2004.

CLOSE JCT. Prevention of falls in older people. Disability Rehabil 2005;27:1061-1071.

ECKHARDT JW. Kerncijfers valongevallen bij ouderen. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid, 2004.

EMMELOT-VONK MH. Voorkomen dat ouderen vallen: een sleutelrol voor Valklinieken. Tijdschr Gerontol Geriatr 2005;36

GGD ROTTERDAM EO EN GGD ZEELAND. Op weg naar een preventief gezondheidsonderzoek onder ouderen; Literatuuronderzoek naar aandoeningen en gezondheidsrisico's. 2003

HENDRIKS MRC, HAASTREGT JCM van, DIEDERIKS JPM, EVERS S, CREBOLDER H, EIJK JTHM van. Effectiveness and cost-effectiveness of a multidisciplinary intervention programme to prevent new falls and functional decline among elderly persons at risk: design of a replicated randomised controlled trial. BMC Public Health. 2005; 5: 6.

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG. Staat van de gezondheidszorg 2003: Keten zorg bij chronisch zieken. Den Haag: IGZ, 2003.

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Nota Langer Gezond Leven, ook een kwestie van gezond gedrag. 's-Gravenhage: Ministerie van VWS, 2003.

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Nota Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing. 's-Gravenhage: Ministerie van VWS, 2005.

NIVEL & NZi. Brancherapport curatieve somatische zorg 1999. Ontwikkelingen, kengetallen, verdiepingsstudies. Utrecht: NIVEL/NZi, 1999.

TWEEDE KAMER DER STATEN-GENERAAL. Rapport Themacommissie Ouderenbeleid: lang zullen we leven! Vergaderjaar 2005-2006. Sdu Uitgevers, 's-Gravenhage, 2005.

VISSER G, SCHIPPERS, A. Het consultatiebureau voor ouderen: inventarisatie van vijftien consultatiebureaus voor ouderen (CbO's). Utrecht: NIZW zorg, Kenniscentrum Ouderen, 2005

WIJLHUIZEN GJ, RADDER JJ, GRAAFMANS WC. Effectevaluatie Grip op eigen veiligheid. Resultaten van een onderzoek naar het effect van een multimethode interventie gericht op reductie van ongevallen bij ouderen (65+) in Sneek. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2003B. Publ. nr. 03.191

WIJLHUIZEN GJ, CHORUS AMJ, GRAAFMANS WC. Ongevallen bij zelfstandige wonende ouderen (65+): een exploratieve studie naar risicofactoren voor fietsongevallen en vallen. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2005. Publ. nr. 04.329.

A Consultatiebureau's voor Ouderen

Momenteel zijn er in Nederland op diverse plaatsen CbO's operationeel. Deze initiatieven bevinden zich in verschillende fasen van ontwikkeling. Hieronder wordt een korte beschrijving gegeven van elk van de initiatieven. Bron: NIZW Kenniscentrum Ouderen (www.kenniscentrum-ouderen.nl).

Leiden

In Leiden heeft Thuiszorg Groot Rijnmond al in 2001 bij wijze van proef een consultatiebureau voor ouderen opgezet. Het doel is om gezondheids- en welzijnsproblematiek vroegtijdig te signaleren, ouderen te stimuleren tot een gezonde manier van leven met leefstijladviezen en ze op de hoogte te brengen van activiteiten en diensten die bijdragen aan een gezonde levensstijl. Alle ouderen die aan de proef deelnamen bleken zeer tevreden met de 'keuringen' en de adviezen die zij kregen. Het consultatiebureau voor ouderen wordt bij Thuiszorg Groot Rijnland Periodieke Controle Gezondheid Senioren (PCGS) genoemd. Vooral gewicht, bloeddruk, depressie en eenzaamheid worden bij 60-plussers in het oog gehouden. Inmiddels maakt de PCGS deel uit van het structurele aanbod van diensten van Thuiszorg Groot Rijnland.

Zaanstreek/Waterland

Ook bij Evean Thuiszorg in Zaanstreek/Waterland is na een proef in 2003 gestart met een periodieke controle gezondheid senioren. De senioren die gebruik hebben gemaakt van de gezondheidscontrole waren zonder uitzondering zeer tevreden.

Gorinchem

In Gorinchem is Zorggroep Rivas gestart met een proef met twee consultatiebureaus voor ouderen vanaf 58 jaar. Functies van de consultatiebureaus zijn:

- preventie van gezondheidsproblemen door voorlichting en activering
- vroegtijdige onderkenning van problemen op lichamelijk, geestelijk en sociaal gebied
- verwijzing naar gezondheids- en welzijnsinstanties

De consultatiebureaus voor ouderen in Gorinchem, die bij wijze van proef zijn gestart, worden nog steeds druk bezocht.

Pijnacker- Nootdorp

Het idee om in Pijnacker-Nootdorp een consultatiebureau voor ouderen op te zetten kwam van ouderen zelf. Zij vinden dat alle ouderen de mogelijkheid moeten krijgen om deel te nemen aan periodieke gezondheidscontroles. De gedachte hierachter is dat tijdige signalering, goede voorlichting en/of juiste verwijzing gezondheid en welbevinden van ouderen kan bevorderen. De proef is een initiatief van het Regionaal Netwerk Ouderen Delft Westland Oostland (RNO-DWO) en is uitgevoerd door het Regionaal Patient Consumenten Platform Delft Westland Oostland. Bij het project zijn meerdere samenwerkingspartners betrokken. Maatzorg-De Werven heeft bijvoorbeeld hiervoor een wijkverpleegkundige en de locatie geleverd. Dit heeft zeker een rol gespeeld bij het slagen van het project.

Maatzorg/De Werven is bezig om het CbO in september 2005 een doorstart te geven. Door omstandigheden is dit nog niet eerder gerealiseerd. De organisatie is momenteel

bezig met een raamwerk voor de opzet van een CbO, waarmee mee ook op andere locaties binnen het werkgebied van start kan gaan.

Dinkelland

In het oosten van Nederland is na een behoeftenonderzoek door wijkverpleegkundigen van Carint een start gemaakt met de pilot 'preventieve gezondheidsconsultatie senioren in de gemeente Dinkelland'. Het onderzoek richtte zich op de wenselijkheid van preventieve controles bij senioren onder zowel de gemeente Dinkelland, zorgaanbieders, welzijnsorganisaties en inwoners van de gemeente Dinkelland. Een belangrijke conclusie was dat de ouderen in Dinkelland zo lang mogelijk zelfstandig en zo gezond mogelijk in de eigen leefomgeving willen blijven. Maar op het gebied van preventie werden nog erg weinig activiteiten ondernomen, terwijl de behoefte er wel was. Ook de zorg- en welzijnsinstellingen, vrijwilligersorganisaties, huisartsen en de gemeente hebben aangegeven het belangrijk te vinden dat dit meer ontwikkeld wordt. Huisartsen zijn bijvoorbeeld minder gericht op het verrichten van primaire preventieve activiteiten.

Kop van Noord-Holland

In de Kop van Noord-Holland is de Thuiszorg Kop van Noord-Holland (TKN) gestart met een preventief seniorenspreekuur. Het vroegtijdig signaleren van gezondheidsproblemen wil men gebruiken om de kwaliteit van zorg aan ouderen in de huisartsenpraktijk te verbeteren. Verder kan het adviseren van ouderen over gezonde leefgewoonten een preventieve werking hebben. TKN heeft gekozen voor de doelgroep 70 jaar en ouder, omdat men veronderstelt dat jongere ouderen assertiever zijn en zelf beter de weg kunnen vinden als zij vragen hebben over gezond ouder worden.

Zwijndrecht en Dordrecht

In de regio Dordrecht hebben ouderen zelf aangegeven dat ze behoefte hebben aan periodieke controle van hun gezondheid en informatie over voorzieningen, activiteiten en begeleiding op het gebied van gezondheid en welzijn. In Zwijndrecht en Dordrecht zijn daarom in de periode 2004-2005 vier testdagen georganiseerd voor ouderen tussen 65 en 75. Deze hadden als doel vroegtijdig problemen te signaleren en ouderen te stimuleren gezond(er) te leven door het geven van leefstijladviezen en informatie over activiteiten en diensten die bijdragen aan een gezonde levensstijl. De testdagen zijn gefinancierd door Trias Zorgverzekeraar (vanuit innovatiegelden).

Omdat het om een proef ging, is het project nu afgelopen. Maar vanwege de grote belangstelling voor deze seniorentestdagen wordt overwogen om in de toekomst meer van deze dagen te organiseren. Stichting Opmaat (thuiszorg) wil de testdagen structureel in hun aanbod opnemen. Op dit moment worden verschillende alternatieven voor een vervolg overwogen.

Hilversum

Geriatric Ligthart van het Ziekenhuis Hilversum heeft het initiatief genomen om een consultatiebureau voor ouderen op te starten. Aanleiding hiertoe is dat er volgens hem in Nederland niet echt een geschikt loket is waar mensen terecht kunnen met vragen over gezond ouder worden. Met deze vragen gaan mensen niet gemakkelijk naar de huisarts, de kruisvereniging, de GGD of de thuiszorg. De gezondheidszorg kent ook

geen structureel preventieprogramma voor een gezondere oude dag. De huisartsen hebben al een groot takenpakket en kunnen moeilijk de taak van systematische preventie voor senioren erbij nemen. Een belangrijk doel van zijn plan is ook om wetenschappelijk te onderzoeken wat de haalbaarheid en het nut is van een consultatiebureau voor ouderen. Helaas kan dit project niet starten, omdat de subsidie vanwege bezuinigingen is teruggedraaid. De projectbeschrijving biedt echter veel interessante informatie voor organisaties die ook overwegen om een consultatiebureau op te starten.

Consultatiebureau voor ouderen Thebe Thuiszorg

In midden-Brabant is in 2005 door Thebe Thuiszorg het project Thebe consultatiebureau voor senioren gestart. Het doel van dit project is vroegtijdige problemen te signaleren op somatisch en psychosociaal gebied bij de ouder wordende mens om hen zo lang mogelijk gezond en zelfstandig te laten blijven. Daarnaast is het streven met het project bij te dragen aan de taakverrijking voor wijkverpleegkundigen.

Gezondheidsbureau voor volwassenen en ouderen

In Friesland start dit najaar het Gezondheidsbureau voor volwassenen en ouderen. GGD Fryslân heeft dit project opgezet in samenwerking met gemeenten, GGZ, welzijnsinstellingen, huisartsen, BGD, thuiszorg, apothekers, specialisten en patiëntenorganisaties. Daarbij hanteren ze de visie dat het mensen van 20 jaar en ouder in Friesland ontbreekt aan een voorziening waar op systematische wijze preventieve aandacht wordt gegeven aan gezondheidsproblemen, zoals hart- en vaatziekten, kanker, astma/COPD, overgewicht en depressie. Enerzijds gaat het bij deze laagdrempelige voorziening om systematische vroege opsporing en tijdige onderkenning van gezondheids- en welzijnsproblemen. Anderzijds gaat het om de voorlichting en advisering over leefstijl en het ter zake verwijzen en/of bevorderen van maatregelen. Hierdoor kan een solide basis worden gelegd voor een verdere gezonde levensloop. Omdat 30 tot 50 procent van alle gezondheidsklachten toe te schrijven zijn aan ongezonde leefwijzen, zal er tijdens de individuele contactmomenten veel aandacht uitgaan naar het verstrekken en monitoren van leefstijladviezen op maat.

Pilot Preventief Gezondheidsonderzoek voor Ouderen in de Oosterschelderegio

De GGD Zeeland start in januari 2006 starten met de pilot Preventief Gezondheidsonderzoek voor Ouderen in samenwerking met Allévo Thuiszorg. In deze pilot ligt het accent ligt op het zoeken naar de beste vorm voor een consultatiebureau voor ouderen door middel van een uitgebreid onderzoek/evaluatie. Voor het evaluatieonderzoek wordt samengewerkt met het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde, het Trimbosinstituut en het RIVM.

Het consultatiebureau voor senioren in Utrecht

Het consultatiebureau voor senioren is een initiatief van Thuiszorg Stad Utrecht en Cascade (Gefuseerd in Aveant). Stille kracht hierachter is de cliëntenraad van Thuiszorg Stad Utrecht. Dit orgaan wist dat er veel behoefte was aan een informatiepunt waar ouderen met hun zorgvragen terecht kunnen. Het consultatiebureau voor senioren wil een verscheidenheid aan doelgroepen bereiken, waaronder kwetsbare

senioren van 75 jaar en ouder, senioren met een verstandelijke handicap, senioren vanaf 55 jaar met sociaal economisch lage status, senioren (55 plus) die gezondheidsproblemen ervaren en senioren die op eigen initiatief hun gezondheid willen screenen zonder dat daarvoor een indicatie aanwezig is (de zgn. 'check-up').

Zuwe Seniorenconsult

Sinds september 2005 is het seniorenconsult op proef (tot eind 2005) gestart in de plaatsen Woerden, Mijdrecht en Wilnis. De ervaringen die worden opgedaan in de proefperiode, zullen worden gebruikt om de dienstverlening van Zuwe (Zuwe Hofpoort Ziekenhuis, thuiszorgorganisatie Zuwe WeideSticht en de zorgcentra Zuwe Maria-Oord, Zuwe Snavelenburg en Zuwe Zorgcentrum Woerden) te verbeteren en mogelijk verder uit te breiden.

Consultatiebureau voor Ouderen in Dongen (Volckaert: Verpleeghuis, Verzorgingshuis, Reactiveringscentrum)

De Volckaert is begin 2005 gestart met het Consultatiebureau voor Ouderen. Daarmee speelt de De Volckaert in op de groeiende verantwoordelijkheid van ouderen voor hun eigen gezondheid en welzijn. Het project wordt wetenschappelijk begeleid door de Universiteit van Tilburg. Er zal onderzocht worden wat de effecten van het consultatiebureau voor ouderen zijn en tevens zullen de twee groepen cliënten die uitgenodigd zijn en die zich vrijwillig hebben aangemeld vergeleken worden. Uitkomsten van dit onderzoek zullen eind januari 2006 bekend gemaakt worden.

Consultatiebureau voor ouderen in de regio Helmond

In de regio Helmond is eind 2005 een proef gestart met het consultatiebureau voor ouderen die een representatief beeld kan opleveren van het gebruik van het consultatiebureau (CbO) in een gemeente in landelijk gebied (Gemert-Bakel) en in Helmond als stedelijk gebied. Uitgangspunt is de wijkgerichte opzet en de ketenbenadering: aansluiting bij bestaande voorzieningen. In dat kader zijn contacten gelegd met o.a. de Stichtingen Welzijn Ouderen in de regio. Naast de Zorgboog en GGZ Oost Brabant zijn ook gemeente Gemert-Bakel en Helmond bereid gevonden om de pilot mede te financieren.

B Valanamnese

Val-vragenlijst

[in te vullen door degene die is gevallen, eventueel samen met een naaste]

Naam: _____ Datum: _____
 Geboortedatum: _____ O man O vrouw

Bent u door uw huisarts naar de spoedeisende hulp verwezen ? O Ja O nee

Woont u alleen? O Ja O nee

Kreeg u **voor** de val reeds hulp van partner, vrienden, buren of van thuiszorg/wijkverpleging ?

O Ja O nee

Krijgt u **sinds** de val hulp van partner, vrienden, buren of van thuiszorg/wijkverpleging ?

O Ja O nee

Hoe vaak valt u:

1. Was deze val uw eerste val ? O Ja O nee

Indien ja, kunt u doorgaan naar vraag 4

2. Hoe vaak bent u dan de afgelopen 12 maanden gevallen ? _____

3. Hoe vaak valt u gemiddeld? O dagelijks

O tenminste 1 keer per week

O tenminste 1 keer per maand

O tenminste 1 keer per jaar

Omstandigheden val:

4. Valt u meestal O thuis O elders O allebei

5. Wat was volgens u de oorzaak van de (laatste) val:

O ongelukje/struikelen O flauwvallen O weet niet O anders, namelijk _____

6. Is er iemand die een val gezien heeft: O nee O ja, namelijk _____

De volgende vragen betreffen alle valpartijen die u hebt meegemaakt, ook al was het de eerste keer.

7. Herinnert u zich hoe u valt? O ja O nee

8. Als u valt of het gevoel hebt bijna te vallen, treedt dit dan op: *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- a. bij het opstaan (uit bed of stoel) ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- b. na draaien met uw hoofd of scheren ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- c. 's nachts bij het uit bed gaan ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- d. binnen 2 uur na het eten
 van een maaltijd ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- e. tijdens het hoesten of lachen ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- f. op het toilet bij plassen of ontlasting ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- g. bij warm weer/een warme omgeving ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- h. na lang staan ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- i. bij emotionele stress/pijn ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- j. als gevolg van een ongelukje
 (bijvoorbeeld struikelen) ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- k. tijdens inspanning ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet

9. Voelt u de val aankomen? ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet

Indien ja, wat voor klachten heeft u voordat u valt: *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- a. duizeligheid ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- b. zwart voor de ogen of licht in het hoofd ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- c. hartkloppingen ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- d. pijn op de borst ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- e. tintelingen in handen of rondom mond ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- f. kortademigheid ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- g. opstijgend gevoel vanuit de buik ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- h. wazig zien/dubbelzien ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- i. hoofdpijn ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- j. transpireren ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- k. misselijkheid/braken ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet

10. Wat voor gelaatskleur heeft u voordat u valt? ☐ normale gelaatskleur

☐ bleek

☐ rood

☐ onbekend

11. Treden er tijdens of vlak na de val de volgende klachten op? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- a. bewustzijnsverlies ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet

Indien ja, hoe lang duurt dit? ☐ minder dan 1 minuut ☐ 1-5 minuten ☐ meer dan 5 minuten

- b. trekkingen van het lichaam ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- c. verstijving/verkramping van het lichaam ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- d. incontinentie van urine ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- e. incontinentie van ontlasting ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- f. bijten op de tong ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- g. niet kunnen opstaan na een val ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- h. uitval van kracht of van het
gevoel in ledematen ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- i. moeite met praten ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- j. verwardheid ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet
- Indien ja, hoe lang duurt dit? ☐ minder dan 1 minuut ☐ 1-5 minuten ☐ meer dan 5 minuten

Mobiliteit voor de (laatste) val

12. Had u moeite met lopen? ☐ ja ☐ nee
13. Gebruikte u een hulpmiddel bij het lopen? ☐ ja ☐ nee
- Indien ja, welk hulpmiddel(len)? ☐ stok ☐ rolstoel
☐ driepoot ☐ scootmobiel
☐ rollator ☐ anders, nl _____
14. Had u een goed evenwicht? ☐ ja ☐ nee
15. Had u pijn in uw voeten of benen? ☐ ja ☐ nee
16. Had u een minder gevoel in uw voeten of benen? ☐ ja ☐ nee
17. Had u minder kracht in één of beide benen? ☐ ja ☐ nee
18. Had u klachten van stijfheid van de gewrichten? ☐ ja ☐ nee

19. Was u voor de val bang om te vallen? (kruist u het hokje aan dat van toepassing is)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

↑

niet
bang

heel erg

bang

20. Bent u bang om te vallen? (kruist u het hokje aan dat van toepassing is)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

niet
↑
bang

heel erg
bang

Botontkalking

21. Heeft u wel eens iets gebroken na het 50^e levensjaar? ☐ Ja, nl _____ ☐ nee

22. Heeft u een of meerdere ingezakte rugwervels? ☐ Ja ☐ nee ☐ weet niet
(hoeft niet gerelateerd te zijn aan een val)

23. Heeft u moeder ooit haar heup gebroken? ☐ Ja ☐ nee ☐ weet niet

24. Weegt u minder dan 60 kg (vrouw) of minder dan 67 kg (man)? ☐ Ja ☐ nee

25. Ligt u meer dan 20 uur per dag in bed of op de bank? ☐ Ja ☐ nee

26. Hoe vaak komt u buiten? ☐ dagelijks ☐ wekelijks
☐ maandelijks ☐ (vrijwel) nooit

27. Gebruikt u melkprodukten? ☐ ja
(zoals melk, kaas en yoghurt) ☐ nee

Indien ja, hoeveel glazen melk/karnemelk per dag? _____ glazen per dag
hoeveel boterhammen met kaas per dag? _____ boterhammen per dag
hoeveel schaaltes yoghurt/vla per dag? _____ schaaltes per dag

28. Hoe vaak doet u aan lichamelijke inspanning? ☐ dagelijks
(bijv ½ uur wandelen, fietsen of zwemmen) ☐ 3 keer per week
☐ wekelijks
☐ maandelijks
☐ (vrijwel) nooit

Gezichtsvermogen

29. Kunt u de krant goed lezen? ☐ Ja ☐ nee

30. Kunt u de laatste 6 maanden aanzienlijk minder goed zien? ☐ Ja ☐ nee

31. Maakt u gebruik van een hulpmiddel voor het zien? ☐ Ja ☐ nee

Indien ja, welke hulpmiddel(len) _____

Urinewegen

32. Heeft u moeite om de plas op te houden? O Ja O nee

33. Hoe vaak moet u 's nachts uit bed om te plassen ? _____

Sociale situatie:

34. Leefsituatie? O gehuwd O weduwe/weduwnaar

O gescheiden O alleenstaand

O woont samen met _____

35. Hoe woont u? O zelfstandig wonend zonder hulp

O zelfstandig wonend met hulp (bv partner/ thuiszorg)

O verzorgingshuis

O verpleeghuis

36. Bezoekt u sinds de val een fysiotherapeut ? O ja O nee

Indien ja, hoe vaak gaat u naar de fysiotherapeut ? _____ keer per week

_____ keer in totaal

37. Bent u na uw val bij uw (waarnemend) huisarts geweest ? O ja O nee

Indien ja, hoe vaak bent u bij uw (waarnemend) huisarts geweest ? _____ keer

38. Is uw (waarnemend) huisarts na de val bij u thuis geweest ? O ja O nee

Indien ja, hoe vaak is uw (waarnemend) huisarts bij u geweest ? _____ keer

39. Rookt U? O nee O ja, namelijk _____ sigaretten/dag

40. Gebruikt u alcohol? O nee O ja, namelijk _____ glazen/week

41. Heeft u zich de afgelopen maand somber, depressief of wanhopig gevoeld? O ja O nee

42. Had u de afgelopen maand weinig interesse of plezier in dingen? O ja O nee

43. Kruis aan voor welke onderstaande ziektebeelden u behandeld bent (geweest)

O diabetes mellitus (suikerziekte) O hoge bloeddruk

O beroerte / herseninfarct O hartaanval

O oogafwijkingen O schildklierafwijkingen

O kanker O anders, nl _____

44. Wat voor medicijnen gebruikt u op dit moment?

Naam medicijn	Dosis	Hoe vaak gebruikt u dit medicijn?
---------------	-------	-----------------------------------

(evt achterzijde verder gaan)

Hartelijk bedankt voor het invullen van deze vragenlijst !

C Vragenlijst Valklinieken



Vragenlijst Valklinieken

Oktober 2005

**TNO KWALITEIT VAN LEVEN
BEWEGEN & GEZONDHEID
LEIDEN**

TNO Kwaliteit van Leven
Afd. Bewegen en Gezondheid
2300 VB Leiden

Vragenlijst Valklinieken

Toelichting

TNO Kwaliteit van Leven voert in opdracht van het Ministerie van VWS een onderzoek uit naar de haalbaarheid van het opzetten van een voorbeeldproject ketenzorg preventie van valongevallen bij ouderen. Het doel van het onderzoek is om na te gaan wat de haalbaarheid is van het opzetten van een proefproject ketenzorg valpreventie bij ouderen. Het gaat daarbij om het in kaart brengen van de wenselijkheid daarvan (ook gezien vanuit de praktijk) en de randvoorwaarden die daarbij een rol spelen.

Bij de verkenning is aangesloten bij de ontwikkelingen die zich voordoen rondom de valklinieken in Nederland. Daarbij is ondermeer contact gelegd met het Landelijk Netwerk Valklinieken Klinische Geriatrie (UMC Utrecht), en zijn oriënterende gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van valpoli's (in oprichting). Op basis van deze gesprekken is de korte vragenlijst samengesteld, waarvan de inhoud is afgestemd met het UMC Utrecht. Uw e-mail adres is via het UMC Utrecht beschikbaar gesteld om u te kunnen aanschrijven.

Wij willen u vragen of u deze vragenlijst wilt invullen en aan ons wilt terugsturen. U kunt de vragenlijst op de computer invullen, de ingevulde vragenlijst bewaren en via de e-mail aan TNO terugsturen. Het mail adres is: GJ.Wijlhuizen@pg.tno.nl

Voor het invullen zijn er de volgende varianten:

Een grijs veld al dan niet tussen haken []. U kunt daar met de cursor op gaan staan en tekst of een getal invoeren; Een vierkant. ☐ Als u die aanklikt, verschijnt er een kruisje.

Alle gegevens zullen worden geanonimiseerd en op groepsniveau worden geanalyseerd en gerapporteerd zodat ze niet herleidbaar zijn tot individuele valklinieken. De resultaten zullen via het Landelijk Netwerk aan u worden teruggemeld.

Voor vragen of opmerkingen kunt u bellen met: Gert Jan Wijlhuizen 071 5181690.

Ik dank u hartelijk voor uw medewerking.

Gert Jan Wijlhuizen
Projectleider
TNO Kwaliteit van Leven
Afd. Bewegen en Gezondheid

Kenmerken van de valkliniek

1 Wat is het adres van de valkliniek?

2 Startdatum van valkliniek?

Maand

Jaar

3 Wat is de doelstelling van de valkliniek?

4 Wat is het aantal cliënten dat per jaar kan worden 'gezien'
(Capaciteit)

Aantal:

Instroom van cliënten

5 Wat zijn de inclusie/ exclusie criteria voor de cliënten van de valkliniek?

6 Hoeveel cliënten zijn er gemiddeld per maand het afgelopen half jaar gezien?

Aantal:

7 Welk aandeel (geschat percentage) van de cliënten komt bij de onderstaande doorverwijzers vandaan?

[%] ¹	Huisarts	[%] ¹	SEH afdeling
[%] ¹	Fysiotherapeut	[%] ¹	Neuroloog
[%] ¹	Thuiszorg	[%] ¹	Orthopeed
[%] ¹	Stichting welzijn ouderen	[%] ¹	Cardioloog
[%] ¹	Verzorgingshuis	[%] ¹	Geriatr
[%] ¹	Verpleeghuisarts		
[%] ¹	Cliënt komt op eigen initiatief		
[%] ¹	Andere, namelijk:		

8 Gebeurt de doorverwijzing aan de hand van een protocol?

- ☐¹ Ja, vrijwel altijd
☐² Ja, soms
☐³ Nee
☐⁴ Anders, namelijk:

9 Zijn er afspraken gemaakt met de doorverwijzers ?

- ☐¹ Ja, schriftelijke afspraken
☐² Ja, mondelinge afspraken
☐³ Ja, anders, namelijk:
☐⁴ Nee, ze zijn gevraagd om door te verwijzen
☐⁵ Nee, anders, namelijk:

10 Welk percentage van de doorverwezen cliënten voldoet aan inclusie/ exclusie criteria?

Percentage dat voldoet aan criteria: (schatting, zonodig afronden op 10%)

11 Ervaart u knelpunten bij de instroom van cliënten?

- ☐¹ Nee
☐² Ja, namelijk:

Diagnostiek

12 Wordt er volgens het protocol van het Landelijk Netwerk gewerkt?

- ☐¹ Ja, volledig
☐² Ja, gedeeltelijk
☐³ Nee
☐⁴ Anders, namelijk:

13 Welke disciplines behoren tot de kerninformatie van de valkliniek?

- ☐¹ Geriater
☐¹ Verpleegkundige
☐¹ Fysiotherapeut
☐¹ Ergotherapeut
☐¹ Anders, namelijk: 1

2

3

- 14 Wat is de gemiddelde tijdbesteding per cliënt?
 Uren
 Minuten
- 15 Ervaart u knelpunten bij de diagnostiek van cliënten?
☐¹ Nee
☐² Ja, namelijk:

Behandeling /doorverwijzing van cases

- 16 Vindt er binnen de valkliniek behandeling plaats?
☐¹ Nee, maar wel doorverwijzing
☐² Ja, in combinatie met doorverwijzing
☐³ Ja, alle behandelingen worden binnen de valkliniek uitgevoerd
☐⁴ Anders, namelijk:
- 17 Welk aandeel (geschat percentage) van de cliënten wordt naar één of meer van de onderstaande partijen doorverwezen? (Totaal kan meer dan 100% zijn)
- | | | | | |
|------------------|----|--------------|--|--------------|
| [| %] | ¹ | Huisarts | |
| [| %] | ¹ | Thuiszorg | |
| [| %] | ¹ | Fysiotherapeut | |
| [| %] | ¹ | Ergotherapeut | |
| [| %] | ¹ | Apotheek | |
| | | | | |
| [| %] | ¹ | Gemeente (WVG) | |
| [| %] | ¹ | Gemeente (Stichting Welzijn Ouderen) | |
| [| %] | ¹ | Aanbieders | van beweeg-/ |
| oefenprogramma's | | | | |
| [| %] | ¹ | Cardioloog | |
| [| %] | ¹ | Orthopeed | |
| | | | | |
| [| %] | ¹ | Neuroloog | |
| [| %] | ¹ | Geriatr | |
| [| %] | ¹ | Valpreventie programma: 'Halt U Valt!' | |
| [| %] | ¹ | Anders, namelijk: | 1 |
| | | | | 2 |
| | | | | 3 |

- 18 Ervaart u knelpunten bij de behandeling of doorverwijzing van cliënten?

☐¹ Nee

☐² Ja, namelijk

Monitoring

- 19 Worden er gegevens verzameld over de opvolging van adviezen?

☐¹ Ja, structureel

☐² Ja, incidenteel

☐³ Nee

- 20 Worden er gegevens verzameld over de tevredenheid van de cliënt?

☐¹ Ja, structureel

☐² Ja, incidenteel

☐³ Nee

- 21 Worden er gegevens verzameld over de effecten op de valproblematiek bij cliënten?

☐¹ Ja, structureel

☐² Ja, incidenteel

☐³ Nee

- 22 Ervaart u knelpunten bij de monitoring van cliënten die een advies hebben gehad?

☐¹ Nee

☐² Ja, namelijk:

D Zorgvisie en Innovatiefonds De Friesland

De Friesland Zorgverzekeraar geeft in de zorgvisie haar visie op de gezondheidszorg weer. De gezondheidszorg is een dynamisch en complex terrein en dit zal naar verwachting de komende jaren zeker niet afnemen. Alleen al de komst van de Zorgverzekeringswet brengt veel veranderingen met zich mee. Daarnaast spelen er zowel ontwikkelingen aan de vraagzijde als aan de aanbodkant in de gezondheidszorg. Ontwikkelingen als vergrijzing en stijging van de levensverwachting zullen van invloed zijn op het zorggebruik. Het aantal chronisch zieken zal in de komende jaren fors toenemen.

Ontwikkelingen

Naast de ontwikkelingen in de vraagkant doen zich ook ontwikkelingen voor aan de aanbodkant. Het aandeel vrouwen dat werkzaam is in de gezondheidszorg zal steeds meer toenemen, daarnaast is er een beweging te zien dat steeds meer mannen parttime gaan werken. Gevolg is dat voor dezelfde hoeveelheid werk steeds meer mensen nodig zijn.

Verder vindt er een verschuiving plaats van instellingsgebonden zorg naar hulp- en zorgverlening aan mensen in de thuissituatie, zodat mensen langer zelfstandig kunnen wonen. Tevens is er een ontwikkeling te zien van verschuiving van taken van verzekeraars (AWBZ) naar gemeenten.

Richting geven aan ontwikkelingen in de zorg

De Friesland wil zo goed mogelijk inspelen op bovengenoemde ontwikkelingen in de vraag- en aanbodkant. Om het aanbod af te stemmen op de vraag van verzekerden wenst De Friesland vanuit haar rol als belangenbehartiger van de verzekerde mede richting te geven aan de ontwikkelingen in de zorg. In de zorgvisie wordt een aantal thema's uitgewerkt als preventie, kwaliteit, ketenzorg, innovatie/ICT, spreiding en toegankelijkheid. De zorgvisie maakt onderdeel uit van de beleidskaders.

Gerelateerde links

[Download de Beleidskaders per 01-01-2006; Zorgvisie, Inkoopbeleid, Kwaliteitsbeleid, Ketenzorgbeleid](#)
[Downloaden Zorgvisie 2005](#)

Algemene informatie Innovatiefonds

De Friesland Zorgverzekeraar wil werk maken van vernieuwing in de zorg en heeft daartoe een Innovatiefonds ingesteld. Het fonds is bedoeld om zorgvernieuwend projecten te stimuleren en van de grond te krijgen. Ondersteuning kan bestaan uit:

- inbreng van deskundigheid;
- ondersteuning in natura;
- financiële ondersteuning.

De ondersteuning uit het fonds heeft een eenmalig karakter en is voor een bepaalde periode. Om in aanmerking te komen voor middelen uit het Innovatiefonds moeten ingediende projecten voldoen aan voorwaarden die zijn vastgesteld in de vorm van toetsingscriteria.

Naast het geld uit het Innovatiefonds van De Friesland is ook geld beschikbaar gesteld door de RVVZ. De beoordeling van projecten om voor financiële ondersteuning in aanmerking te komen, is in handen van De Friesland. Daarbij worden dezelfde criteria

gehanteerd als voor het Innovatiefonds. Dit geldt overigens alleen voor projecten die zich afspelen binnen het verzekeringsgebied van De Friesland. Voor andere regio's dient u in contact te treden met de betreffende zorgverzekeraars. Voor landelijke projecten is een centraal fonds ingesteld.

Wilt u hier meer over weten dan kunt u contact opnemen met [Marijke Sybrandy](#).

Gerelateerde links

[Toetsingscriteria](#)

[Voorbeelden](#)

[Downloaden aanvraagformulier Innovatiefonds](#)

Toetsingscriteria

De Friesland Zorgverzekeraar stelt jaarlijks een bedrag ter beschikking voor stimulering en ondersteuning van innovatieve activiteiten die in en samen met het zorgveld worden opgezet.

Ondersteuning kan bestaan uit:

- inbreng van deskundigheid
- materiële inbreng in de vorm van uitvoering van taken
- financiële ondersteuning

Doelstelling

Het Innovatiefonds van De Friesland is bedoeld ter ondersteuning van relatief grootschalige activiteiten die een innovatief en zorgvernieuwend karakter hebben of klantgericht zijn, die direct verband houden met de zorg en het zorgveld dan wel de zorgaspecten van het welzijn.

N.B. Onder klantgericht wordt in dit verband verstaan dat de klant/verzekerde/consument/patiënt centraal wordt gesteld en dat hij direct voordeel heeft bij het project.

Projecten kunnen zowel op initiatief van het zorgveld als op initiatief van de eigen medewerkers of verzekerden tot stand komen, de opzet en uitwerking zal echter steeds een gezamenlijke actie zijn.

Voorwaarden

De middelen uit het Innovatiefonds zullen onder de volgende voorwaarden besteed worden:

- Projecten dienen bij te dragen aan kwaliteitsverhoging en/of kostenbesparing in de zorg en dienen een vernieuwend karakter te hebben of klantgericht te zijn;
- Subsidieverlening heeft altijd een eenmalig karakter en is voor bepaalde duur;
- Het bedrag dient besteed te worden binnen de grenzen van de doelstelling van de verzoekende organisatie;
- Het bedrag dient met name ten gunste van De Friesland verzekerden besteed te worden, in aanzienlijke mate binnen de provincie Friesland;
- De activiteiten waarvoor een bijdrage wordt gevraagd dienen te passen in de beleidsvisie (zowel geschreven als ongeschreven) van De Friesland;
- De te subsidiëren activiteiten dienen bij te dragen tot een goede uitstraling van De Friesland als zorgverzekeraar en dienen pr-matig uitgenut te kunnen worden;
- Het project dient een regionale meerwaarde te hebben
- De Friesland is als enige verzekeraar betrokken bij het project en draagt het grootste deel van de kosten;

- Gestreefd wordt naar een gelijke verdeling van het bedrag over de diverse sectoren in de gezondheidszorg en een redelijke spreiding in de regio
- De persoon of organisatie die subsidie ontvangt is gehouden periodiek schriftelijk verslag te doen over de voortgang en resultaten van het gesubsidieerde project. Over aard en frequentie worden bij de toekenning afspraken gemaakt;
- Aan subsidieverlening kunnen door De Friesland aanvullende voorwaarden worden verbonden;
- Indien de toegekende financiering meer bedraagt dan € 50.000,00 dienen de uitgaven na afloop van het project te worden verantwoord, voorzien van een verklaring van een registeraccountant;
- Elk project staat op zichzelf en kan geen precedentwerking hebben.

Geen bijdrage zal worden geleverd indien

- Andere mogelijkheden van (reguliere) financiering bestaan*;
- De kosten behoren tot de normale bedrijfskosten die uit het budget c.q. inkomen dienen te worden voldaan;
- Persoonlijk belang voorop staat (bv. promotie);
- Sprake is van de bestendige kwaliteitsverbetering die verwacht mag worden van een professionele organisatie c.q. zorgverlener;
- Indien het aanvraagformulier niet volledig is ingevuld of niet is ondertekend.

** Indien het voornemen bestaat om tot subsidieverlening uit het Innovatiefonds over te gaan, doet De Friesland onderzoek naar voorliggende of aanvullende (inter)nationale subsidie-mogelijkheden voor het betreffende project.*