
HANDBOEK VALKLINIEK

Een praktische handleiding voor de implementatie van een valkliniek en regionale transmurale samenwerking

2^e versie, 2020

In opdracht van het Landelijk Netwerk Valklinieken

Werkgroep update Handboek:

Prof.dr. Nathalie van der Velde, internist-klinisch geriater

Afdeling Geriatrie Amsterdam UMC, locatie AMC

Prof.dr. Marielle Emmelot-Vonk, klinisch geriater

Afdeling Geriatrie UMC Utrecht

Drs. Judella Daal, klinisch geriater

Afdeling Geriatrie Dijklander Gasthuis

Dr. Floor van Deudekom, klinisch geriater i.o.

Afdeling Geriatrie OLVG

Drs. Harianne HM. Hegge, internist-klinisch geriater

Universitair Centrum Ouderengeneeskunde UMC Groningen

Wietske Hoekstra & Merei Lugtenberg

VeiligheidNL

Natascha de Ruiter-Bout, verpleegkundige

Afdeling Geriatrie Amsterdam UMC, locatie AMC

Inhoudsopgave

1. Inleiding & doelstelling

- 1.1 Aanleiding handboek
- 1.2 Landelijk Netwerk Valklinieken
- 1.3 Doelstelling handboek

2. Organisatie

- 2.1 Doelstellingen valkliniek
- 2.2 Patiënten profiel (risicoprofiel)
- 2.3 Administratie en planning
- 2.4 Patiëntendossier
- 2.5 Rapportage
- 2.6 Personeel
- 2.7 Verantwoordelijkheidsstructuur
- 2.8 Multidisciplinaire overlegstructuren
- 2.9 Financiering en producttypering

3. Werkwijze valkliniek

- 3.1 Het onderzoeksprogramma voor de patiënt
- 3.2 Werkwijze arts
- 3.3 Werkwijze verpleegkundige
- 3.4 Werkwijze fysiotherapeut
- 3.5 Multifactorieel interventieprogramma

4. Meetinstrumenten

- 4.1 Overzicht per valrisicofactor
- 4.2 CAREFALL Triage Instrument

5. Foldermateriaal

5.1 Voorbeeld Patiënt informatiefolder valkliniek

6. Blauwdruk opzet regionaal zorgpad/samenwerking

6.1 voorwaarden effectieve implementatie

6.2 Stappenplan ontwikkeling regionaal zorgpad valpreventie

6.3 Best practices, tips&tricks

7. Weblinks

1. Inleiding & Doelstelling

1.1 Aanleiding handboek

Vallen en gerelateerd letsel zijn belangrijke en toenemende problemen onder ouderen. Een valongeval blijkt de belangrijkste oorzaak van letsel bij ouderen. In Nederland bezoekt iedere vier minuten een oudere een eerste hulp afdeling in verband met een valongeval. Het letsel opgelopen door een valongeval heeft daarnaast veel impact op de zelfredzaamheid van ouderen, het langer thuis kunnen wonen en de kwaliteit van leven.

Ook is 90% van alle dodelijke ongevallen per jaar bij ouderen het gevolg van een val, met nu in Nederland alleen al dertien doden per dag. Om het perspectief te schetsen: dit is ruim zeven keer zoveel als het aantal verkeersslachtoffers. Dit alles leidt tot flinke gezondheidszorgkosten, ruim 1% van het totale gezondheidszorgbudget is val-gerelateerd. Dat maakt vallen tot één van de top twintig duurste gezondheidszorgkosten. Met het oog op de vergrijzing zullen deze aantallen de komende jaren nog veel verder toenemen. Het toenemend aantal valincidenten met letsel wordt echter niet verklaard door de vergrijzing alleen. Er is meer aan de hand. Mensen leven langer met meer chronische ziektes en ook wonen ze langer thuis in kwetsbare toestand. Val-gerelateerd letsel is niet alleen een gevolg van slechter ter been zijn maar ook een symptoom van onderliggende ziektes of van bijwerkingen van medicatie.

De bovenstaande getallen maken duidelijk dat er een sterke noodzaak is om effectieve preventieve maatregelen te implementeren. Met preventie zou potentieel veel leed en een groot deel van de bezoeken aan zorgverleners vanwege een valincident voorkomen kunnen worden. Want bijvoorbeeld 80% van de ouderen die zich op de eerste hulp presenteert, heeft voorafgaand aan hun val al minimaal 1 risicofactor om te vallen. Het is zodoende wenselijk om ouderen in een eerder stadium te screenen op valrisico om tijdig gerichte preventieve activiteiten in te kunnen zetten. Dit is bewezen effectief en wordt dan ook aanbevolen in de landelijke richtlijn 'Valpreventie bij ouderen'. Hierin wordt onder andere aanbevolen dat de betrokken zorgverleners hierover regionale afspraken maken. Voor effectieve valpreventie is ontwikkeling van regionale, transmurale, multidisciplinaire zorgpaden met huisartsen, ziekenhuisspecialisten, fysiotherapeuten, apothekers en andere zorgverleners essentieel.

In 2017 is, ondersteund door het kennisinstituut van Medisch Specialisten, de herziene versie van deze landelijke multidisciplinaire 'evidence-based' richtlijn 'Valpreventie bij ouderen' uitgegeven, gericht op de secundaire en tertiaire preventie van valincidenten bij ouderen, toepasbaar in de thuissituatie (zelfstandig wonende ouderen), het verpleeghuis en het ziekenhuis. In deze richtlijn worden aanbevelingen gedaan met betrekking tot risicoschatting, risicobeoordeling en behandeling van het valrisico voor de verschillende settingen. De volledige richtlijn inclusief alle aanbevelingen is te vinden op www.richtlijndatabase.nl.

1.2 Landelijk netwerk valklinieken

In navolging van de aanbeveling voor multidisciplinaire diagnostiek zijn er inmiddels in vrijwel alle ziekenhuizen valklinieken opgericht. Ook zijn er inmiddels een aantal eerstelijns valklinieken gestart en hebben een aantal regio's succesvol een regionale samenwerking opgezet ten aanzien van valpreventie, zogenaamde 'best practices'.

De valklinieken hebben zich in 2003 verenigd in het Landelijk Netwerk Valklinieken en deze groep valt inmiddels onder de special interest groups (SIG) van het Nederlandse Vereniging Klinische voor Geriatrie. Het is een multidisciplinaire SIG waarin zowel zorgverleners van verschillende disciplines als onderzoekers op dit onderwerp elkaar vinden om de nieuwste kennis rondom valpreventie met elkaar te delen.

Naast vertegenwoordiging van onder andere verpleegkundigen, fysiotherapeuten, specialisten ouderengeneeskunde en apothekers (KNMP), is ook VeiligheidNL nauw betrokken, met officiële vertegenwoordiging in het netwerk. Onderstaand vindt u de doelstellingen en de activiteiten van het netwerk.

Doelstellingen Landelijk Netwerk Valklinieken

- Kennisdisseminatie op het gebied van valpreventie bij medische professionals
 - Faciliteren van uniforme, evidence-based werkwijze valklinieken in Nederland
 - Faciliteren van netwerkvorming professionals op het gebied van valpreventie. En in het bijzonder ondersteunen van ontwikkeling van regionale zorgpaden op het gebied van valpreventie.
 - Expertise verlenen op het gebied van valpreventie aan kennisdragers zoals leerboeken en factsheets (VeiligheidNL)
 - Coördineren, opzetten, uitvoeren en publiceren van wetenschappelijk onderzoek
 - Adviseren over ontwikkeling en optimalisering van valpreventie bij relevante organen regionaal en landelijk
 - Contacten onderhouden en samenwerken met Europese en Internationale partners en partijen waaronder SIG Falls and Fracture Prevention van de EuGMS en World Falls Guideline Initiative
 - Bevorderen van de kennis op het gebied van valpreventie voor AIOS en medisch specialisten
-

Activiteiten Landelijk Netwerk Valklinieken

- Jaarlijkse vergadering SIG/Landelijk Netwerk Valklinieken
- Jaarlijks landelijk symposium valpreventie in samenwerking met VeiligheidNL
- Update landelijke richtlijn valpreventie, publicatie online 2017
- Modulaire update landelijke richtlijn valpreventie waar relevant, 1^e aanpassing gepland 2021
- Update handboek valklinieken, gepland 2020
- Onderwijs en kennisdisseminatie op het gebied van valpreventie waaronder de LOAG en ontwikkelen/faciliteren van onderwijs en informatiemateriaal voor professionals en patiënten
- Samenwerking met VeiligheidNL en andere relevante partners op het gebied van kennisdisseminatie en onderzoek
- Beheer database Landelijk Netwerk Valklinieken Klinische Geriatrie
- Ontwikkelen IGZ indicator valpreventie in het ziekenhuis, gepland 2019-20

Deelnemende klinieken

Een overzicht van de vertegenwoordigers van de deelnemende klinieken kunt u vinden op de website van de NVKG. <https://www.nvkg.nl/professionals/nvkg/commissies-werkgroepen/sig-valpreventie>

Voor meer informatie over het Landelijk Netwerk Valklinieken of vragen ten aanzien wetenschappelijk onderzoek op het gebied van optimaliseren van valklinieken/valpreventie kunt u contact opnemen met prof.dr. Nathalie van der Velde, Amsterdam UMC, locatie AMC. Telefoonnummer 020-5665991, email: p/a Marlien Splinter, managementassistente: m.splinter@amsterdamumc.nl.

1.3 Doelstelling handboek

De eerste valklinieken moesten individualistisch bedenken hoe deze valpreventie poliklinieken op te richten en welke diagnostiek en instrumenten toe te passen. De belangrijkste doelstelling van het Landelijk Netwerk Valklinieken is dan ook het faciliteren van een uniforme en ‘evidence-based’ werkwijze. Hiertoe is in 2006 het eerste handboek Valklinieken opgesteld, gebaseerd op de eerste versie van de landelijke, multidisciplinaire richtlijn uit 2004.

Nu in 2020 is door de werkgroep in samenwerking met de leden van het Landelijk Netwerk Valklinieken een herziene versie opgesteld. Deze tweede versie is aangepast aan de aanbevelingen uit de herziening van de richtlijn in 2017. Er is een extra hoofdstuk toegevoegd dat zich specifiek richt op implementatie van regionale zorgpaden en andere samenwerkingsverbanden om valpreventie te bevorderen.

Doelstelling Handboek

Het handboek is bedoeld als praktisch document ter ondersteuning bij het opzetten of evalueren van een valkliniek en/of een regionaal zorgpad (zowel in als buiten het ziekenhuis). In deze handleiding staat de opzet voor de organisatie en dagelijkse praktijkvoering van een multidisciplinaire valkliniek zoals die door het Landelijk Netwerk Valpreventie is vastgesteld.

De hoofddoelstelling is om een zoveel mogelijke uniforme werkwijze te hanteren zodat voldoende kwaliteit van de valkliniek is gewaarborgd.

2. Organisatie

2.1 Doelstellingen valkliniek

De valkliniek bestaat uit een patiëntvriendelijk en efficiënt ambulant onderzoeksprogramma waarin de diagnostiek van vallen bij geriatrische patiënten wordt uitgevoerd. De bij deze populatie vaak voorkomende oorzaken worden in samenhang en systematisch onderzocht. De patiënt wordt betrokken in de besluitvorming rondom analyse en de uiteindelijke beoogde valpreventieve adviezen. Bijdragende factoren voor vallen (en fracturen) worden geïdentificeerd en vervolgens worden praktische behandeladviezen aan de huisarts en/of de verwijzer (indien dit niet de huisarts is) gegeven, die zoveel mogelijk verantwoordelijk blijft voor uitvoering hiervan. Indien nodig worden specialistische interventies ingezet. Valpreventie is het uiteindelijke doel. Om deze doelstelling goed aan te laten sluiten bij de wensen en doelen van de patiënt zijn gezamenlijke besluitvormingstechnieken en aanpak essentieel. Mede omdat valpreventie niet voor alle patiënten direct herkenbaar is als relevant voor hun wensen doelen zoals behoudt van zelfstandig functioneren.

Doelstellingen valkliniek

A. Medische doelstellingen

1. De valkliniek ziet uitsluitend patiënten met de hiervoor vastgestelde medische indicaties.
2. Het streven is om een patiënt binnen 4-6 weken na verwijzing te zien.
3. Iedere patiënt doorloopt een gestructureerd diagnostisch traject.
4. Verslaglegging naar de huisarts en/of verwijzer (indien dit niet de huisarts is) omvat in ieder geval de diagnostische uitslagen, de geïdentificeerde risicofactoren voor vallen en de algemene + valpreventie adviezen/interventies.

B. Service doelstellingen

1. De valkliniek heeft een uniforme transparante aanmeldroute met duidelijke criteria voor aanmelding.
2. De adviezen en behandelplannen worden afgestemd op de doelen en wensen van de patiënt, deze wordt actief betrokken bij het beleid (gezamenlijke besluitvorming)
3. Altijd volgt een (familie)gesprek waarin adviezen/ vervolgonderzoek wordt besproken, zo mogelijk wordt foldermateriaal meegegeven.

C. Strategische doelstellingen

1. De valkliniek hanteert een geobjectiveerd verrichtingen en honoreringsprofiel volgens de DBC-methode.
2. Scherpe indicatiestelling zorgt voor een optimale benutting van (beperkte) capaciteit.
3. De doelstellingen worden jaarlijks getoetst.

D. Doelmatigheid

1. Scherpe afbakening in indicaties ten opzichte van andere zorgvormen van de afdeling Geriatrie.
2. Gestructureerde samenwerking van meerdere disciplines.
3. Gebruik maken van gezamenlijke handleidingen, richtlijnen of werkboek.

2.2 Patiëntenprofiel (risicoprofiel)

De indicatiecriteria voor verwijzing naar de valkliniek zijn:

Alle patiënten van 65 jaar en ouder die het afgelopen jaar minimaal één keer gevallen zijn en waarbij er daarnaast sprake is van ten minste één van de volgende factoren:

- Een onbegrepen oorzaak van de val of verhoogde valneiging
- Herhaaldelijk vallen
- Val met bewustzijnsverlies
- Polyfarmacie (het gebruik van 5 of meer medicijnen)

Patiënten kunnen worden verwezen vanuit:

- de 1^e lijn door huisartsen of GGZ
- specialist ouderengeneeskunde
- interne verwijzing door het consultatieteam geriatrie
- interne verwijzing door andere specialisten
- na triage op de Eerste Hulp.

2.3 Administratie en planning

Na verwijzing maakt het secretariaat van de valkliniek een afspraak met patiënt of familie en stuurt (digitaal) informatie over de valkliniek op.

2.4 Patiëntendossier

De voorkeur gaat uit naar het hanteren van een multidisciplinair medisch dossier. In dit dossier rapporteert naast de arts, de verpleegkundige en fysiotherapeut zijn/ haar bevindingen. Tevens kunnen hierin alle gebruikte schalen worden opgeslagen.

2.5 Rapportage

Na afronding van het volledige valprogramma worden de diagnoses en conclusies geformuleerd en op basis hiervan de adviezen en interventies opgesteld. Bij voorkeur worden de conclusies en adviezen/interventies ook meegegeven aan de patiënt.

Bij zeer belangrijke bevindingen wordt de verwijzer aansluitend aan het valprogramma telefonisch geïnformeerd met eventueel directe aanbevelingen.

Binnen 4 weken ontvangt de verwijzer (en huisarts) het schriftelijke verslag met de medische bevindingen en adviezen/interventies.

2.6 Personeel

Het team van de valkliniek bestaat minimaal uit:

- Klinisch Geriater/ Internist ouderengeneeskunde en/of een arts-assistent al dan niet in opleiding
- Fysiotherapeut

In het kader van ‘best practice’ zijn onderstaande disciplines zeer wenselijk:

- (Gespecialiseerd) verpleegkundige
- Secretaresse (administratieve ondersteuning)

Wenselijk:

- Ergotherapeut
- Diëtist

De capaciteit zal per valkliniek in Nederland variëren. Als ‘best practice’ wordt echter wel aanbevolen om zowel een arts, fysiotherapeut, verpleegkundige en secretaresse onderdeel te laten zijn van het team van de valkliniek en idealiter ook een ergotherapeut en diëtist. Echter het is wel van belang, in verband met de verantwoording naar de ziektekostenverzekeraars, dat we een tijdsindicatie per discipline vaststellen (inclusief administratieve tijd). Dit moet een richting aangeven naar de benodigde fte’s per discipline zodat er geen grote regionale verschillen ontstaan.

Tabel; Personeel	Tijd in uren /valpatiënt
Klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde voor supervisie:	0,5 uur
Indien geen arts-assistent aanwezig:	2 uur
Arts-assistent	2 uur
(Gespecialiseerde) verpleegkundige	2 uur
Fysiotherapeut	1 uur
Secretariaat (administratieve ondersteuning, patiëntcorrespondentie)	0,5 uur

2.7 Verantwoordelijkheidsstructuur

1. *Klinisch geriater/ Internist ouderengeneeskunde (als supervisor).*

Als supervisor is de klinisch geriater/ internist ouderengeneeskunde verantwoordelijk voor de supervisie van (het functioneren van) de arts-assistent en het medische beleid.

Wanneer er geen arts-assistent beschikbaar is, dan is de klinisch geriater/ internist ouderengeneeskunde verantwoordelijk voor de medische diagnostiek en behandeling van de betreffende patiënten.

2. *Verpleegkundige Geriatrie*

De verpleegkundige is verantwoordelijk voor de verpleegkundige diagnostiek en verpleegkundige zorg van de patiënt. Hij/zij observeert en stelt verpleegkundige diagnoses en geeft verpleegkundige adviezen. De verpleegkundige werkt multidisciplinair en is in staat om te overleggen om gezamenlijk tot een diagnose en behandeladvies te komen.

3. *Arts-assistent*

De arts-assistent, onder supervisie van de klinisch geriater/ internist ouderengeneeskunde, is verantwoordelijk voor medische diagnostiek en behandeling van de betreffende patiënten. De arts-assistent is verantwoordelijk voor een optimale communicatie met de verwijzers over de belangrijkste bevindingen van de diagnostiek en de hieruit voortvloeiende behandeladviezen.

4. *Secretaresse*

De secretaresse is verantwoordelijk voor de afhandeling van de aanmeldingsprocedure. Op de eerste dag ontvangt zij de patiënt en begeleidende personen en controleert de patiëntengegevens. Zij verwerkt de brief die n.a.v. het onderzoek naar de huisarts of andere verwijzer wordt verstuurd. Daarnaast maakt zij eventuele vervolgspraken voor de patiënt.

5. *Fysiotherapeut*

De fysiotherapeut is verantwoordelijk voor uitvoering en rapportage van zijn/ haar eigen inhoudelijk deel van het valkliniek programma.

6. *Ergotherapeut*

De ergotherapeut is verantwoordelijk voor de uitvoering en rapportage van zijn/ haar eigen inhoudelijk deel van het valkliniek programma.

2.8 Multidisciplinaire overlegstructuur

Naam	MDO valkliniek
Doel	Valkliniek patiënt(en): <ul style="list-style-type: none">- Bespreken resultaten per patiënt- Formuleren van geïdentificeerde risicofactoren en diagnoses- Noodzaak van verdere diagnostiek- Formuleren van adviezen en interventies aansluitend bij doelen en wensen patiënt- Bespreken van follow-up
Frequentie	Elke valkliniek dag of 1 keer per week
Tijd	15 minuten per patiënt
Deelnemers	Verpleegkundige, klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde (i.o) en fysiotherapeut Op indicatie kunnen ook de ergotherapeut en/of de diëtist aansluiten

2.9 Financiering en producttypering

Bij het opzetten van een valkliniek is gebleken dat dit sterk afhankelijk is van organisatie, financiële en persoonlijke middelen per instelling. We kunnen dan hier ook geen adviezen geven hoe dit te organiseren binnen uw eigen instelling. Het bestaan van een valkliniek moet volledig gefinancierd kunnen worden door de reguliere ziektekostenverzekeraar.

Zie voor de meest actuele registratie de registratiewijzer geriatrie-ouderengeneeskunde, terug te vinden op het besloten deel van de website van de NVKG.

Algemeen voor de valpolikliniek geldt:

- Poliklinische zorg met een verrichting CGA (zorgactiviteit (ZA) 039577)
- Als vóór het bezoek aan de valpolikliniek het uitslaggesprek op dezelfde dag gepland is als het eerste policonsult en er tussen het eerste en 2^{de} poliklinisch contact aanvullend onderzoek wordt verricht, mag er op 1 dag 2 poliklinische contacten worden geregistreerd

- Toegestane zorgproductverzwarende activiteiten op de valpolikliniek indien verricht zijn:
 - ZA 038783 Balance-test
 - ZA 039402 Manuele spiertest, beperkt

- ZA 039799 Kwantitatieve spierkrachtmeting
- ZA 039757 Beoordeling ECG, Holter, inspanningsonderzoek e.d.

Diagnose die afleiden naar een DBC: “ambulant/middel mobiliteit” zijn:

Klinische Geriatrie

- 321 Aand bewstels en bindweefsel
- 332 Collaps e.c.i.
- 333 Loopstoornis

Interne ouderengeneeskunde

- 093 Aand bewstels en bindweefsel
- 094 Collaps eci (anders dan 005)
- 095 Loopstoornis (mobiliteitsprobl)

3. Werkwijze valkliniek

3.1 Het onderzoeksprogramma voor de patiënt

Op de valkliniek worden oudere patiënten gezien die het afgelopen jaar tenminste 1 keer gevallen zijn en die voldoen aan de verwijscriteria (zie 2.2 patiëntenprofiel). Er wordt een volledig comprehensive geriatric assessment uitgevoerd met speciale aandacht voor valrisicofactoren.

Gedurende de beoordeling op de valkliniek wordt de patiënt onderzocht door de arts, de verpleegkundige en de fysiotherapeut. En waar relevant nog door aanvullende disciplines zoals ergotherapeut, diëtist, cardioloog en/of neuroloog. Hieronder wordt een verdeling van taken voorgesteld. Lokaal kan de verdeling ook anders vormgegeven worden.

3.2 Werkwijze arts

Het onderzoek van de arts dient zich met name te richten op de mogelijke oorzaak van de val. Anamnese en lichamelijk onderzoek zijn de hoeksteen voor de differentiaal diagnostische overwegingen. Hierbij zijn bij de anamnese van belang:

- (val-)voorgeschiedenis
- omstandigheden rondom de val
- symptomen die voorafgingen aan de val of na een val optraden

Een gestructureerd valanamnese formulier kan overwogen worden bijvoorbeeld in een opleidingsetting.

Aan de hand van anamnese, lichamelijk onderzoek, fysiotherapeutisch onderzoek, laboratoriumonderzoek en ECG is het vaak al mogelijk om aan te geven in welke richting de oorzaak van de val moet worden gezocht. Soms is ander aanvullend onderzoek noodzakelijk om de diagnose te bevestigen. Het is belangrijk om in het achterhoofd te houden dat er over het algemeen meerdere valrisicofactoren bij een patiënt aanwezig zijn en dat het dus ook bij een duidelijke oorzaak van belang is om alle behandelbare valrisicofactoren in kaart te brengen. Daarnaast is een belangrijk aandachtspunt dat vallen veelal een atypische ziekte presentatie is, vooral bij kwetsbare patiënten. Zodoende is het uitvoeren van een volledig comprehensive geriatric assessment van belang.

Het lichamelijk onderzoek omvat een uitgebreide interne, orthopedische, neurologische en cardiovasculaire screening. Op indicatie wordt bij duizeligheid ook een DIX-hallpike verricht. Op indicatie kan de cardioloog of neuroloog geconsulteerd worden. Afhankelijk van de organisatiestructuur lokaal kan dit op de dag zelf zijn of een vervolgspraak betreffen.

Er vindt laboratoriumonderzoek plaats zoals dit in de richtlijn CGA beschreven wordt [[Richtlijn CGA](#)] en er wordt een ECG gemaakt. Op indicatie wordt een X-thorax en/of DEXA-scan met vertebral fracture assessment verricht [[Richtlijn osteoporose](#)].

Tevens vindt er een medicatiereview plaats. Voor een uitgebreide samenvatting van de belangrijkste valrisicoverhogende medicijnen wordt verwezen naar de richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen [[Richtlijn valincidenten bij ouderen](#)], de STOPPFalls deprescribing tool [[EuGMS link STOPPFalls](#)] en algemene beslisboom van de EuGMS Task&Finish group on fall-risk increasing drugs [[Link naar Beslisboom EUGMS](#)]. Samenvattend moet hierbij minimaal aandacht geschonken worden aan mogelijke bijwerkingen van psychofarmaca en cardiovasculaire medicatie.

Ook screening op risicofactoren voor osteoporose maakt een belangrijk onderdeel uit van de evaluatie. Het in kaart brengen en minimaliseren van het fractuurrisico is namelijk essentieel bij die ouderen die een hoog valrisico hebben. De belangrijkste risicofactoren voor osteoporose bij ouderen zijn: fractuur na het 50^e levensjaar, bestaande wervelfractuur, positieve familieanamnese voor osteoporose (met name heupfractuur bij moeder), laag lichaamsgewicht, ernstige immobiliteit en het gebruik van corticosteroïden ($\geq 7,5$ mg prednison (equivalent) per dag). Zie ook de richtlijn osteoporose [[Richtlijn osteoporose](#)].

3.3 Werkwijze verpleegkundige

De verpleegkundige richt de screening met name op de mogelijk aanwezige risicofactoren voor vallen. Hierbij is gebruik gemaakt van de belangrijkste risicofactoren die de richtlijn “Preventie van valincidenten bij ouderen” heeft opgesteld. Verder bewaakt de verpleegkundige de kwaliteit en continuïteit van de dagelijkse gang van zaken, doordat hij/ zij de werkzaamheden van de teamleden en de patiënten routing coördineert.

Minimaal de volgende risicofactoren dienen in kaart gebracht te worden door de verpleegkundige:

- Visusstoornissen
- Cognitieve stoornissen
- Orthostatische hypotensie
- Omgevingsfactoren (in relatie tot het handelen van de patiënt)
- Valangst

Daarnaast worden bij voorkeur ook de volgende risicofactoren in kaart gebracht door de verpleegkundige.

- Urine-incontinentie
- Stemmingsstoornissen
- (Instrumentale) Activiteiten van het Dagelijks Leven ((I)ADL)
- Gehoorstoornissen
- Alcohol gebruik
- Voedingstoestand

Zie voor meer informatie, details en uitvoering van de testen hoofdstuk 4: meetinstrumenten.

3.4 Werkwijze fysiotherapeut

De fysiotherapeut richt de screening op mobiliteitsstoornissen inclusief valangst. Mobiliteitstoornissen is een van de belangrijkste risicofactoren voor vallen. Hierbij beoordeelt de fysiotherapeut tenminste de balans, de spierkracht en de loopvaardigheid. Verder is er aandacht voor de schoeisel en voetproblemen en adequaat gebruik

loophulpmiddelen, veiligheid bij activiteiten en het uithoudingsvermogen. Voor details wordt verwezen naar de fysiotherapeutische richtlijn valpreventie.

De balans kan beoordeeld worden middels:

- Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA) volgens Tinetti – het balansdeel.
- Berg Balance Scale.

De spierkracht kan beoordeeld worden middels:

- Het meten van de kracht van specifieke spiergroepen
- Het meten van de handknijpkracht.
- Chairstandtest.

De loopvaardigheid kan beoordeeld worden middels:

- De Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA) volgens Tinetti – het mobiliteitsdeel.
- De 10 meter looptest.
- Functional Gait Assessment NL (FGA)-NL

Ook is het mogelijk om een combinatietest uit te voeren:

- Timed-get-up-and-go test.
- Short Physical Performance Battery (SPPB).
- De Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA) volgens Tinetti – totaal score.

Zie voor meer informatie, details en uitvoering van de testen hoofdstuk 4 meetinstrumenten.

- Daarnaast beoordeelt de fysiotherapeut: Het schoeisel en voetproblemen. Slecht schoeisel en voetproblemen kunnen de balans en de stabiliteit nadelig beïnvloeden. Volgens de huidige criteria heeft de ideale schoen voor ouderen de volgende kenmerken: hoge schacht, brede en lage hak, goede stevige anti-slip zolen, hoge sluiting en soepel materiaal zonder inwendige naden [[Aspecten Veilig schoeisel](#)].
- Het loophulpmiddel. Het gebruik en tevens goed gebruiken van een hulpmiddel kan de valkans verkleinen, terwijl verkeerd gebruik van een hulpmiddel de valkans juist vergroot.

Op indicatie kunnen ook nog de ergotherapeut en/of de diëtist ingezet worden:

Werkwijze ergotherapeut:

- Deze beoordeelt de omgevingsfactoren waarbij te handelen binnen de context van de patiënt

Werkwijze diëtist:

- Deze beoordeelt de aanwezigheid van ondervoeding en de intake van eiwitten, calorieën en andere benodigde voedingsstoffen.

3.5 Multifactorieel interventieprogramma

Tijdens een gezamenlijke nabespreking wordt er aan de hand van de aanwezige oorzaken van het vallen en de risicofactoren voor een nieuwe val een plan van verdere aanpak opgesteld. Hierbij is het belangrijk dat ook de patiënt nauw betrokken is bij het opstellen van een plan en gemotiveerd is voor de uitvoering hiervan.

Bij het motiveren voor valpreventie is een belangrijke stap gezet als ouderen ervoor open staan en willen gaan deelnemen. Goede intenties leiden echter niet automatisch tot gaan en blijven deelnemen. Bij het overgaan tot actie is een 'uitvoeringsplan' nodig, dat wil zeggen dat duidelijk wordt wat de oudere precies zal gaan doen, hoe dat praktisch geregeld moet worden etc. Daarbij zijn eigen verwachting, het wegnemen van barrières en sociale steun belangrijke determinanten. Begeleiding en ondersteuning van ouderen is in deze fase van groot belang, evenals actieve follow-up ten aanzien van de ingezette interventies.

Het behandelplan dient gericht te zijn op de onderliggende oorzaken en/of de aanwezige risicofactoren voor het verhoogde valrisico:

- Bij mobiliteits- en balansstoornissen is het advies om patiënt door te verwijzen naar een fysiotherapeut voor een interventieprogramma gericht op verbetering van de spierkracht, loopvaardigheid en/of de balans. Dit kan zowel individueel als in groepsverband plaatsvinden. Daarnaast kan indien nodig een loophulpmiddel geadviseerd worden. Adviseer bij schoeisel- en/of voetproblemen het gebruik van veilig schoeisel [[Aspecten Veilig schoeisel](#)] en overweeg inschakelen van een podoloog.
- Bij een verminderde visus is het belangrijk dat de visus verder in kaart wordt gebracht door de oogarts of opticien en dat er beoordeeld wordt of er mogelijkheden zijn om de visus te verbeteren. Daarnaast kunnen ook multifocale glazen/lenzen een verhoogd valrisico geven. Het advies is daarom om deze niet te dragen tijdens het trap lopen. Adviseer het gebruik van een aparte vertebril (in plaats van een multifocaal bril) voor buitenactiviteiten bij patiënten die regelmatig zelfstandig buiten komen.
- Bij gehoorproblemen is het advies om patiënt door te verwijzen naar een audioloog of KNO-arts.
- Bij polyfarmacie of het gebruik van cardiovasculaire, psychofarmaca en/of andere valrisico verhogende medicatie is het belangrijk dat er kritisch naar de medicatie gekeken wordt en dat getracht wordt de medicatie aan te passen en/of af te bouwen [[EuGMS link STOPPFalls](#)].
- Bij een verminderde functionaliteit of een gevaarlijke thuissituatie kan de ergotherapeut ingeschakeld worden voor verdere beoordeling en advies.
- Bij urine-incontinentie is het advies om de oorzaken van de urine-incontinentie in kaart te brengen en te kijken naar mogelijkheden om de urine-incontinentie te verminderen, optimaal gebruik van incontinentiemateriaal of het toilet dichterbij te brengen.
- Bij orthostatische hypotensie is het advies goed naar de medicatie te kijken en dat deze indien mogelijk gesaneerd wordt. Bij aanwezigheid van hypertensie zal het nodig zijn deze eerst adequaat te behandelen.

Ook zijn er een aantal (niet-) farmacologische maatregelen mogelijk om de orthostase te verbeteren [[Behandeling orthostatische hypotensie](#)].

- Bij valangst is het advies om een programma ter vermindering van de valangst aan te bieden via de fysiotherapeut.
- Bij een verhoogd risico op ondervoeding is het advies om patiënt door te verwijzen naar een diëtiste voor calorie- en/of eiwit verrijkte voeding.
- Bij verdenking op stemmings- en/of cognitieve problematiek is het zinvol om dit verder in kaart te brengen.
- Bij verdenking op een vitamine D deficiëntie wordt geadviseerd om standaard vitamine D-suppletie (800IE per dag) te geven. Dit kan standaard gestart worden bij elke patiënt van 70 jaar of ouder met een verhoogd valrisico of dit kan gestart worden naar aanleiding van een verlaagde vitamine D spiegel. Bij verdenking op osteoporose zal aanvullend een botdensitometrie met VFA (vertebral fracture assessment) verricht worden om de botmineraaldichtheid in kaart te brengen. Bij een T-score < 2,5 of bij de aanwezigheid van een wervelfractuur is er sprake van osteoporose. Bij osteoporose dient behandeling volgens de huidige geldende richtlijn plaats te vinden [[Osteoporose richtlijn](#)].
- Bij een (verdenking op een) onderliggende neurologische oorzaak wordt geadviseerd om te overleggen met de neuroloog
- Als er sprake is van een (verdenking op een) cardiologische oorzaak of syncope is het advies dit met de cardioloog en/of syncope specialist te overleggen.

Voor een uitgebreide beschrijving van de valpreventieve interventies per risicofactor kunt u vinden in de richtlijn valpreventie [[Richtlijn valpreventie](#)].

4. Meetinstrumenten

4.1 Overzicht meetinstrumenten valrisicofactoren

In dit hoofdstuk worden puntsgewijs de beschikbare meetinstrumenten op een rij gezet. Zie voor meer informatie: www.meetinstrumentenzorg.nl.

Op basis van het uitgangspunt dat vallen multifactorieel bepaald is, zou een valrisico beoordeling conform beschreven in hoofdstuk 2 de volgende onderdelen behoren te bevatten:

- valgeschiedenis, inclusief oorzaken en gevolgen;
- gezondheidsproblemen/ziekten (acuut en chronisch) die het valrisico verhogen;
- mobiliteitsproblemen (spierkracht, balans en loopvaardigheid);
- medicatie;
- cognitieve stoornissen/verwardheid. Denk hierbij ook aan het handelen van de patiënt in relatie tot zijn omgeving;
- stemming;
- valangst;
- duizeligheid;
- mictie- en continentieproblematiek;
- voetproblemen en schoeisel;
- cardiovasculaire beoordeling, waaronder orthostatische hypotensie en hypotensie;
- visuele en auditieve beperkingen;
- voedingstoestand;
- osteoporose- en fractuurrisico (zie ook de richtlijn osteoporose- en fractuurpreventie)

Incorporeer minimaal de volgende valrisicofactoren in de multifactoriële beoordeling:

- mobiliteit;
- medicatie;
- vitamine D;
- valangst;
- cognitie;
- visus;
- cardiovasculaire aandoeningen inclusief orthostase;
- omgevingsfactoren waarbij te handelen binnen de context van de patiënt.

Incorporeer bij voorkeur aanvullend de volgende valrisicofactoren in de multifactoriële beoordeling:

- stemming;
- incontinentie;
- gehoor;
- ADL/IADL;
- schoeisel/voetproblemen;
- comorbiditeit
- alcohol;
- voedingstoestand.

In onderstaande tabel staan (in alfabetische volgorde) meetinstrumenten genoemd, die gebruikt kunnen worden om bepaalde valrisicofactoren nader te specificeren

Tabel meetinstrumenten multifactoriële valrisicobeoordeling		
Valrisicofactor	Meting	
ADL en IADL	Breng gestructureerd in kaart, bij voorkeur met de gemodificeerde Katz (thuiswonenden) of Barthel (verpleeghuisbewoners)	
Cardiovasculaire aandoeningen *	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnese van cardiovasculaire symptomatologie - Anamnese van cardiovasculaire voorgeschiedenis - Lichamelijk onderzoek van hart- en bloedvaten - Meting van de bloeddruk en polsfrequentie in liggende en staande positie ** - 12-afleiding ECG - Laboratoriumonderzoek: hemoglobine, nierfunctie, elektrolyten 	
Cognitie	MMSE en kloktekentest. Overweeg MOCA bij hoogopgeleiden indien naar verwachting het screenend vermogen van de MMSE onvoldoende is	
Comorbiditeit	Verricht een CGA (zie [Richtlijn CGA])	
Delier	Beoordeel de aanwezigheid van een delier, maak bij voorkeur gebruik van de DOS en overweeg gebruik CAM naast de klinische diagnose	
Duizeligheid/ vestibulaire aandoeningen	Vraag uit en verricht op indicatie een Dix-Hallpike en vestibulair onderzoek [Richtlijn Duizeligheid bij ouderen]. Verwijs indien geïndiceerd naar KNO-arts	
Gedrag	Beoordeel het gedrag, bij voorkeur met de CMAI	
Gehoorproblemen	Vraag uit en zo nodig aanvullende analyse middels een audicien of KNO-arts	
Incontinentie	Gebruik 2 screenende vragen en zo nodig aanvullende analyse en onderzoek [Richtlijn CGA].	
Medicatie	<p>Breng minimaal het gebruik van psychofarmaca en cardiovasculaire medicijnen in kaart en bij voorkeur alle medicijnen met directe en/of indirecte valrisico verhogende effecten [zie ook tabel Potentiele valrisicoverhogende medicijnen en [EuGMS link STOPPFalls]].</p> <p><i>Voor advies t.a.v. optimaal uitvoeren van een medicatiebeoordeling wordt verwezen naar module uitvoering medicatiebeoordeling in de richtlijn polyfarmacie bij ouderen [Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen]</i></p>	
Mobiliteit	Loopvaardigheid	10 meter looptest (comfortabel/snel), POMA (subschaal lopen, Functional Gait Assessment NL (FGA)-NL
	Spierkracht	Specifieke spiergroepen (MRC-schaal; Handheld dynamometer. Deze laatste is objectiever, maar minder gebruiksvriendelijk), Handknijpkracht, Stoeltest: 5 times sit to

	stand test
	Voor vaststellen sarcopenie wordt verwezen naar de herziene Europese consensus definitie [Sarcopenia EWGSOP2 definitie]
Balans	Berg Balans Schaal, POMA (subschaal balans)
Combinatie lopen, spierkracht en balans	Short Physical Performance Battery (SPPB), Timed Up and Go (TUG), Get up and go (kwalitatief)
Omgeving	Laat een patiënt (en/of zijn naasten) altijd zijn omgeving zelf controleren op omgevingsvalrisicofactoren en laat een ergotherapeutisch valrisicobeoordeling thuis verrichten bij hoog risicopatiënten in relatie tot de mogelijkheden en wensen van de patiënt in het uitvoeren van diens dagelijkse activiteiten
Orthostatische hypotensiemeting (OH) **	Meet de bloeddruk minimaal 5 minuten liggend en minimaal op 1,2 en 3 minuten staand. Overweeg om op 4 en 5 minuten staand toe te voegen en continu te meten middels kanteltafeltest. Afkapwaarde: daling van 20 mmHg systolisch of tot een waarde onder 90 mmHg systolisch en/of een daling van 10 mmHg diastolisch. Klachtenherkenning is voorspellend, ook in de afwezigheid van behalen afkapwaarden.
Stemming	Gebruik minimaal 2 screenende vragen en bij voorkeur de Geriatric Depression Scale (GDS)
Ondervoeding	Doe een risicoschatting op ondervoeding (MNA)
Valangst	Vraag naar valangst. Neem bij voorkeur FES-I af
Visusklachten	Vraag naar visusklachten en doe bij voorkeur een Snellentest met zo nodig aanvullende analyse door een oogarts of opticien
Vitamine D	25-OH meting met afkapwaarde 60 nmol/L
Voet en schoeisel	Verricht voet onderzoek en verwijst zo nodig naar een podotherapeut

*uitbreidbaarheid van cardiovasculaire analyse is verschillend per setting, indien valpolikliniek ook beschikt over syncope kliniek dan uitgebreide analyse

Hieronder volgt uitleg over de bovenstaande instrumenten, met soms ook relevante informatie over de betekenis van de uitslagen van het onderzoek

ADL/IADL

Om het dagelijks functioneren kaart te brengen is het raadzaam om dit middels een gestructureerde vragenlijst in kaart te brengen. De gemodificeerde KATZ vragenlijst brengt zowel ADL als IADL in beeld (zie ook de [richtlijn CGA](#)). Als alternatief kan de Barthel overwogen worden.

Alcohol

Met het ouder worden, neemt gevoeligheid voor alcohol toe. Zodoende kunnen ook bij beperkt gebruik, zelfs 1 eenheid, al bijwerkingen gerelateerd aan vallen ontstaan. Vraag zodoende altijd naar alcoholconsumptie en relatie dit aan de momenten van vallen.

Cardiovasculaire aandoeningen

Bij de initiële beoordeling van een persoon van 65 of ouder met een onverklaarde val of het vermoeden van (pre-)syncope, dient de volgende analyse te worden verricht: een gedetailleerde anamnese, inclusief hetero-anamnese, lichamelijk onderzoek, een liggend en staande bloeddrukmeting, 12 afleidingen ECG, laboratoriumonderzoek: hemoglobine, nierfunctie, elektrolyten (Tabel 1). Op indicatie is aanvullend onderzoek aangewezen.

Aanvullende cardiovasculaire analyse: optioneel in eigen kliniek: anders verwijzen naar syncope poli

Aanvullend onderzoek (allen op indicatie)	
Sinus caroticus massage	<p>De test wordt verricht eerst terwijl de patiënt ligt en herhaald na omhoog kantelen. De bloeddruk dient te worden gemeten met een non-invasieve continue slag-op-slag methode. Tevens dient het electrocardiogram continue te worden geregistreerd. Na 10 minuten rust in liggende positie wordt achtereenvolgens de rechter en linker a. carotis gemasseerd, ieder gedurende 10 seconden. De test is afwijkend (sinus-caroticus overgevoeligheid) indien in reactie op massage er een asystolie optreedt van meer dan 3 seconden en/of er een daling van systolische bloeddruk optreedt van ≥ 50 mmHg. Indien patiënt tevens presyncopale of syncopale klachten ervaart dan is er sprake van een sinus caroticus syncope.</p> <p>Indien er geen reactie van bloeddruk of hartslag optreedt na sinus caroticus massage in liggende positie, dient de test te worden herhaald na omhoog kantelen tot 60-80 graden is geheven.</p> <p>Sinus caroticus massage is gecontra-indiceerd bij patiënten met een TIA of CVA in de afgelopen 3 maanden</p>
Kanteltafeltest	<p>Met een kantelproef kan worden onderzocht of er sprake is van klassieke of late orthostatische hypotensie. Het vaststellen van iOH vergt actief gaan staan. Daarnaast kan op de met de kantelproef een gevoeligheid voor vasovagale reflexsyncope worden onderzocht. Na aansluiting aan een non-invasieve continue slag-op-slag bloeddrukmeter en ECG monitor wordt patiënt 60-80 graden gekanteld. Afhankelijk van de klinische vraagstelling dient de duur van het kantelen te worden aangepast, zie tabel 4. ESH-richtlijn Syncope. De gevoeligheid voor reflexsyncope kan worden vergroot door sublinguaal nitroglycerine toe te dienen. Dit verhoogt echter ook de kans op onterecht afwijkende resultaten, maar de uitslag is het meest klinisch relevant indien er klachtenherkenning optreedt</p>
Ritmemonitoring	<p>Bij verdenking op een cardiale syncope keuze soort monitoring geleid door frequentie: 24 uren Holter bij zeer frequente aanvallen, anders week-Holter of ILR*</p>
Echocardiografie	<p>Bij cardiale klachten, voorgeschiedenis van cardiaal lijden, vermoeden van cardiale syncope, vermoeden van een structurele hartziekte</p>

*ILR: implanted loop recorder

Voor verdere toelichting zie richtlijn valpreventie module ziekten geassocieerd met vallen ouderen

[\[module Ziekten geassocieerd met vallen ouderen\]](#)

De volgende anamnesticke kenmerken wijzen op een verhoogde kans op een cardiale oorzaak van een syncope: voorgeschiedenis van hartfalen of coronarialijden, syncope tijdens inspanning, syncope in liggende positie, hartkloppingen ten tijde van de syncope, positieve familieanamnese van acute hartdood. Voor een overzicht van ECG afwijkingen zie onderstaande tabel.

ECG afwijkingen geassocieerd met cardiale syncope

Ventrikeltachycardie
Linker bundeltakblok
Rechterbundeltakblok in combinatie met linker anterior of posterior fasciculair blok
Intraventriculaire conductie defecten met QRS duur groter gelijk 120 ms
Inadequate sinusbradycardie (<50 sl/min) of sinoatriaal blok*
Pre-exitatie QRS complex
Verlengd of verkort QT interval
RBTB met ST elevatie V1-V3 (Brugada patroon)
Negatieve T-toppen in rechter precordiale afleidingen, epsilon golven (tekenen ARVD)#

*Zonder gebruik negatief chronotrope medicatie of fysieke training; # ARVD: aritmogene rechter ventrikel-dysplasie (Moya, 2009)

Orthostatische hypotensie kan zowel symptomatisch als asymptomatisch optreden. Orthostatische hypotensie is met name klinisch relevant als deze gepaard gaat met klachten/klachtherkenning. Indien er geen polsversnelling bij orthostatische hypotensie optreedt is er mogelijk sprake van autonome dysfunctie.

Cognitie

Voor de beoordeling van cognitieve stoornissen wordt geadviseerd om minimaal te vragen naar aanwezigheid van geheugenklachten of vergeetachtigheid en de anamnese zo nodig verder uit te breiden. Daarnaast is het wenselijk een MMSE en een kloktekentest te verrichten voor hoogopgeleiden kan alternatief de MOCA test verricht worden. De kloktekentest geeft aanvullende informatie over het executief functioneren en het ruimtelijk inzicht.

Comorbiditeit

Vallen is veelal een uiting van atypische ziektepresentatie en een belangrijke rode vlag bij kwetsbare ouderen voor mogelijke onderliggende (acute) ziekte. In de acute omgeving kan hierbij gedacht worden aan bijvoorbeeld

een infectie, maar ook chronische aandoeningen kunnen een rol spelen. Zodoende is een comprehensive geriatric assessment aangewezen. Zie voor details de richtlijn CGA [[Richtlijn CGA](#)].

Duizeligheid

Evaluatie van vestibulaire stoornissen is wenselijk indien er sprake is van draaiduizeligheid of houding gebonden duizeligheidsklachten. Dix-Hallpike is geïndiceerd bij duizeligheidsklachten bij hoofdbewegingen aangezien benigne paroxysmale positie draaiduizeligheid de meest voorkomende oorzaak is bij ouderen. Voor uitvoer van de test en verdere analyse duizeligheidsklachten verwijzen we naar richtlijn Duizeligheid bij ouderen [[Richtlijn duizeligheid bij ouderen](#)].

Gehoer

Stel screenende vragen, zoals heeft u moeite om gesprekken te volgen in drukke ruimtes of een-op-een. Verricht zo nodig een fluistertest en indien relevant een Rinne & Webertest. Verwijs zo nodig naar een audioloog of KNO-arts.

Incontinentie

Geadviseerd wordt om te vragen naar aanwezigheid en frequentie van ongewenst urineverlies en gebruik van incontinentie materiaal en naar stress- en urge incontinentieklachten middels 2 vragen: a) verliest u urine bij drukverhogende momenten zoals hoesten, niezen of springen? en b) verliest u wel eens urine omdat de aandrang om te plassen zo hoog is dat u niet op tijd het toilet kunt bereiken?.

Medicatie

Een medicatiereview met afbouwen van valrisicoverhogende medicatie is geïndiceerd en een vast onderdeel van een valanalyse. Hierbij wordt tenminste psychotrope en cardiovasculaire medicatie beoordeeld. Voor de medicatieafbouw kunnen de volgende hulpmiddelen worden gebruikt: STOPPFall: Europese beslisboom afbouw valrisicoverhogende medicatie en [[EuGMS link STOPPFalls](#)] en [[richtlijn polyfarmacie bij ouderen](#)].

Mobiliteit

Bij mobiliteitsbeoordeling wordt gekeken naar kracht, balans en lopen. Onderstaand een toelichting van de meest gebruikte instrumenten.

Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA):

Balansdeel: hierbij wordt aan de deelnemer gevraagd om 9 taken uit te voeren die de balans beoordelen. Hierbij is de maximum score 16.

Mobiliteitsdeel: Hierbij wordt de deelnemer gevraagd om 8 taken uit te voeren die de loopvaardigheid beoordelen. De maximale score is 12.

Totaal: De maximumscore is 28 punten. Een score van minder dan 19 punten wijst op een hoog valrisico, een score van 19-24 punten duidt op een verhoogd valrisico en een score van meer dan 24 punten duidt op een laag valrisico.

Berg Balance Scale:

Dit instrument bevat 14 items die de balans tijdens sta- en transfervaardigheden beoordelen. De maximum score is 56 punten. Bij een score onder de 43 punten is er sprake van een verhoogd valrisico.

Handknijpkracht:

Met behulp van een handknijpkrachtmeter/ hand-held dynamometer kan de isometrische spierkracht van diverse spiergroepen bepaald worden. Het meten van de maximale handknijpkracht geeft een goede inschatting van de spierfunctie en is gerelateerd aan de totale hoeveelheid spiermassa in het lichaam. Middels spierkrachtmeting kan bepaald worden of de waarden bij een patiënt binnen de norm (zie onder) vallen of hoe spiergroepen zich onderling verhouden. De hand-held dynamometer is objectiever, echter ook moeilijker uitvoerbaar en minder gebruiksvriendelijk.

Uitvoering: De patiënt zit op een stoel zonder armlenningen. Gestart wordt met de dominante hand en vervolgens de andere hand. Per arm worden deze metingen driemaal verricht. De positie van de arm die getest wordt is: schouder adductie en neutraal geroteerd, elleboog 90 graden gebogen, onderarm in neutrale positie en de pols licht geëxtendeerd (0-30 graden). De maximumwaarde (in kg) van iedere hand wordt genomen en vergeleken met de leeftijd- en geslachtsspecifieke waarden.

Interpretatie Hand-held dynamometer: conform de sarcopenie criteria [[Sarcopenia EWGSOP2 definitie](#)] wordt als algemeen afkappunt voor mannen 27 kg en voor vrouwen 16 kg aangehouden (JAMAR). Meer gedifferentieerd kan ook gekeken worden of de handknijpkracht van een patiënt onder de referentiewaarde voor zijn/haar leeftijd valt

Tabel Leeftijd- en geslachtsgelateerde knijpkracht

Minimaal acceptabele knijpkrachtwaarden per leeftijd en geslacht op 85% van de normaalwaarde.

Leeftijd (jaren)	Vrouwen (kg)	Mannen (kg)
50	29	45
55	28	44
60	27	43
65	25	41
70	23	39
75	20	37
80	18	35
85	15	32
90	11	29
95	8	26

Chairstandtest:

Hierbij wordt de patiënt gevraagd om zo snel als mogelijk 5 keer op te staan van de stoel en vervolgens weer te gaan zitten, zonder dat daarbij de armen worden gebruikt. De fysiotherapeut neemt de tijd in seconden op. Een tijd van 14 seconden of meer is afwijkend.

De 10 meter looptest:

Hierbij wordt aan een patiënt gevraagd om 10 meter te lopen op een comfortabel tempo. Een snelheid van minder dan 1.0 m/s is afwijkend. Alternatief kan ook de 4 meter looptest afgenomen worden.

Functional Gait Assessment NL (FGA)-NL.

Deze test bestaat uit 8 items en beoordeelt het valrisico en het looppatroon. Maximum score 24 punten. Bij minder dan 19 punten heeft de patiënt een verhoogde valneiging.

Timed-get-up-and-go:

Dit is een test die zowel de balans als het looppatroon meet. De patiënt wordt gevraagd op te staan uit een stoel met armleuningen, 3 meter te lopen, om te draaien, weer 3 meter terug te lopen naar de stoel en tenslotte weer te gaan zitten. Hierbij wordt de tijd die nodig is om deze opdracht uit te voeren opgenomen. Indien de tijd die men voor deze opdracht nodig heeft meer dan 13.5 seconden is, dan is er sprake van een verhoogd valrisico. Ook het kwalitatief beoordelen geeft zinvolle informatie (gebruik van handen bij opstaan, extra stappen bij draaien).

Short physical Performance Battery (SPPB):

De test bestaat uit drie losse testen: een looptest, een balanstest en een repeated chair-stand test. De maximum score is 12 punten. Er kunnen 3 groepen gevormd worden op basis van de score: ernstige beperkingen (0-3), hoog-risico (4-9) en laag-risico (9-12).

Omgevingsfactoren

Het is wenselijk om bij iedere valanalyse de patiënt een risicoschatting van de eigen omgeving te laten maken, hiervoor zijn verschillende checklists beschikbaar onder andere via de website van VeiligheidNL [[Voorlichtingsmateriaal | Valpreventie | VeiligheidNL](#)]. Daarnaast dient het handelen binnen de context van de patiënt en diens omgeving geanalyseerd te worden. Indien het valrisico als hoog wordt ingeschat ten gevolge van omgevingsfactoren dan is een ergotherapeutische evaluatie in de thuisituatie aangewezen, hiervoor wordt verwezen naar de Ergotherapierichtlijn valpreventie

Schoeisel/voetproblemen

Evaluatie van voetproblemen is een standaard onderdeel van de valrisicobeoordeling, na initiële analyse kan een uitgebreidere analyse door een podotherapeut aangewezen zijn. Er wordt o.a. gekeken of de volgende afwijkingen aanwezig zijn: eeltknobbels, standsafwijkingen zoals platvoet of holvoet, teenafwijkingen, ingegroeide nagels, blaren, zweren, amputatie van tenen, drukpunten, open wonden of diabetes met vermoeden van aantasting diepe gevoeligheid. Ook is het van belang om veiligheid van het gebruikte schoeisel te evalueren, waarbij anti-slip (zool), hakhoogte, steun bij de enkels en pasvorm wordt geëvalueerd [[Aspecten Veilig schoeisel](#)].

Stemming

Er wordt geadviseerd om middels 2 screenende vragen de stemming uit te vragen (1. Bent u de laatste tijd somber of voelt u zich depressief? en 2. Heeft u de laatste weken nog plezier of interesse in activiteiten waar u nor-

maal gesproken plezier aan beleeft?). Indien positief dan bij voorkeur tevens een gestandaardiseerde vragenlijst te gebruiken. Gezien de uitgebreide validatie en toepassing binnen het Comprehensive Geriatric Assessment is hiervoor de Geriatric Depression Scale (GDS) de eerste keuze. Dit is een korte vragenlijst bestaande uit 15 ja/nee vragen over symptomen die voor kunnen komen bij een depressie. Bij een score van 6 of hoger bestaat er een verdenking op een depressie.

Valangst

Bij de beoordeling wordt minimaal gevraagd naar angst om (opnieuw) ten val te komen en het wel of niet nalaten van activiteiten uit bezorgdheid voor een val. Aan te raden is om valangst gestructureerd in kaart te brengen met een valangstvragenlijst. De Falling Efficacy Scale (FES-I) is goed gevalideerd en in Nederlandse vertaling beschikbaar.

Voedingsstatus

In de Richtlijn CGA (2010) van de NVKG wordt het MNA ‘een geschikt meetinstrument geacht voor de geriatrische patiënt om ondervoeding te meten of het risico op ondervoeding in te schatten’. De Europese Vereniging voor Klinische Voeding en Metabolisme (ESPEN) beveelt het MNA aan als hét instrument voor ouderen

Vitamine D

Ondanks de hoge vooraf kans van een vitamine D-deficiëntie is het wenselijk om naast standaard suppletie wel een 25-OH vitamine D bepaling te verrichten. Ernstige deficiënties komen frequent voor bij kwetsbare ouderen en bij vallers.

Visus

Stel screenende vragen, zoals heeft u moeite met TV-kijken, lezen of autorijden en is uw laatste bezoek bij de oogarts of opticien meer dan een jaar geleden. Vraag naar gebruik van een bi-of multifocale bril. Verricht een visustest (Snellen test). Verwijs zo nodig naar een opticien of oogarts.

4.2 CAREFALL Triage Instrument

Het Carefall (Combined Amsterdam and Rotterdam Evaluation of FALLs) Triage Instrument is een gestructureerde valvragenlijst zoals die onder andere op de valklinieken in het Erasmus MC Rotterdam en het AMC wordt gebruikt, met aanpassingen naar aanleiding van de bevindingen en ervaringen van een subwerkgroep van het Landelijk Netwerk Valklinieken.

Het doel van dit instrument is screenen op risico recidief valincident en mogelijke onderliggende risicofactoren waarbij een interventie mogelijk is om een ongeval te vermijden. Het CTI is een zelfrapportage vragenlijst.

Het instrument bestaat uit 44 items, welke de volgende categorieën meet: medicatie, balans en mobiliteit, valangst, orthostatische hypotensie, stemming, osteoporose risico, visus en incontinentie. Het instrument is gevalideerd voor de Nederlandse setting met behulp van data van valklinieken van het Landelijk Netwerk [[Validatie CAREFALL Triage instrument](#)].

Risicoprofiel: Op basis van 11 items wordt een score bepaald om het risico op (herhaald) vallen te voorspellen. Bij een score boven de mediaan (8 of hoger) is het risico op herhaald vallen tweemaal zo hoog is als wanneer de score onder de mediaan blijft (7 of lager). Ook kan op basis van de antwoorden nagegaan worden welke valrisicofactoren (zoals bovengenoemd) in ieder geval verdere analyse behoeven.

5. Foldermateriaal

5.1 Patiënt informatiefolder valkliniek: een voorbeeld

Hieronder een voorbeeld van een patiënten informatiefolder zoals deze gebruikt zou kunnen worden in de valkliniek. Online zijn er vele informatiebronnen voor patiënten informatie beschikbaar. De website van VeiligheidNL geeft een mooi overzicht met beschikbaar materiaal [[Voorlichtingsmateriaal](#) | [Valpreventie](#) | [VeiligheidNL](#)].

Voorbeeldfolder:

Valpreventie bij ouderen. Wat kunt u zelf doen?

In deze tekst leest u wat u zelf kunt doen om vallen zoveel mogelijk te voorkomen. Er wordt ingegaan op negen factoren die het risico op vallen verhogen. Deze factoren hangen onderling samen en versterken elkaar. Deze informatietekst helpt na te gaan welke factoren bij u aanwezig zijn. U krijgt een aantal adviezen om het risico op vallen te verminderen. Hoe eerder u de gevaren aanpakt, hoe sneller het risico op vallen afneemt.

Voorkomen van vallen bij ouderen

Vallen bij oudere mensen is een ernstig en veelvoorkomend probleem. Ongeveer één op de drie nog thuiswonende ouderen valt minstens éénmaal per jaar. Dit kan nare gevolgen hebben. Sommigen moeten na een val opgenomen worden in een zorgcentrum of ziekenhuis. Bij anderen ontstaat veel angst om opnieuw te vallen. Dit leidt tot onzekerheid bij gewone, dagelijkse bezigheden. Sommige ouderen gaan daarom minder het huis uit en raken sociaal geïsoleerd. Hoe eerder u de gevaren aanpakt, hoe sneller het risico op vallen afneemt.

Hoe kunt u vallen voorkomen?

1. Bewegen is gezond

Ons lichaam verandert met het ouder worden. We worden trager en strammer. Deze beperkingen zijn geen onvermijdelijk kwaad. Door lichamelijk actief te blijven, onderhouden we onze reflexen, spierkracht en coördinatie. Stilzitten of inactiviteit vergroten het risico op vallen. Door weinig te bewegen, verminderen soepelheid en spierkracht. U gaat na een tijdje ook trager reageren. Dan kan zelfs een kleine misstap, bijvoorbeeld wanneer u wegglijdt op een gladde of een oneffen vloer, tot een val leiden. Lichaamsbeweging helpt niet alleen om het risico op vallen te verminderen, maar ook de algehele gezondheid. Hoe fitter, hoe meer plezier van het leven.

Het is nooit te laat om meer te gaan bewegen. Sommigen beginnen op hoge leeftijd bijvoorbeeld nog met Yoga of Tai Chi. Volgens de algemene beweegrichtlijn uit 2017 moeten ouderen per week minstens 150 minuten matig intensief bewegen, verspreid over meerdere dagen. Bijvoorbeeld een half uur per dag, 5 dagen in de week. Daarnaast wordt geadviseerd om minimaal twee maal per week spier- en botversterkende activiteiten te doen in combinatie met balansoefeningen. Hoe meer u beweegt, hoe beter. Elke vorm van beweging is goed, maar u moet geen te zware en of gevaarlijke sportactiviteiten uitvoeren. Activiteiten als wandelen, fietsen en tuinieren

zijn goed. Het gemakkelijkste is het als u uw lichaamsbeweging laat samenvallen met dagelijkse activiteiten, zoals traplopen, het hondje uitlaten, boodschappen doen, op bezoek gaan. Zie ook de praktische tips in de folder “Hup, in de benen”.

U kunt een dagje uit gaan, naar bijvoorbeeld bos, strand of museum. Dan krijgt u ongemerkt extra beweging. Of, u kunt lid worden van een gym- of andere sportclub voor ouderen. Op websites als “Bewegen voor Ouderen” of “GoldenSports”, vindt u allerlei beweegactiviteiten in groepsverband.

En wat dacht u van iedere dag ochtendgymnastiek thuis? Iedereen kent wel het programma ‘Nederland in Beweging’ op NPO1. Iedere ochtend even wat ochtendgymnastiek. Het werkt echt! Een mooie manier om met wat extra beweging de dag te beginnen. Ook voor mensen die minder goed ter been zijn, heeft het programma voldoende goede oefeningen waar u aan mee kunt doen.

2. Veilig bewegen, veilig schoeisel

Onveilig schoeisel met bijvoorbeeld gladde zolen of hoge hakken verhogen het valrisico verder. Veilig schoeisel heeft een goed profiel op de zool, een lage hak (max. 1 cm), is hoog sluitend (net onder de enkel) en heeft een goed, voorgevormd voetbed of een inlay die voetbed goed steunt. Loop (bij uit bed komen bijvoorbeeld) nooit op sokken maar gebruik altijd pantoffels die voldoen aan eerder genoemde eisen.

Als u niet meer goed ter been bent, of zich onzeker voelt bij het lopen, kunt u gebruik maken van hulpmiddelen zoals een looprek (rollator) of een wandelstok. Deze kunt u aanschaffen via de thuiszorgwinkel. Een fysiotherapeut kan met u meekijken welk loophulpmiddel het meest geschikt voor u is. Risicoactiviteiten, zoals op een stoel gaan staan om iets hoog uit een kast te nemen, kunt u beter vermijden. Voor informatie over vergoedingen van deze hulpmiddelen kunt u terecht op de website “Hulpmiddelenwijzer” (<https://www.hulpmiddelenwijzer.nl/>) of bij uw zorgverzekering.

3. Een té lage bloeddruk bij het rechtstaan of bukken

Sommige mensen worden duizelig of draaierig wanneer ze snel opstaan uit bed of uit een stoel, of zich bukken. Ze voelen zich zo omdat hun bloeddruk zich niet snel genoeg aanpast aan de houdingsverandering, waardoor de hersenen even wat minder zuurstof krijgen. Dit verschijnsel duurt meestal maar even. Men noemt het orthostatische hypotensie. Dit verhoogt in belangrijke mate het risico op vallen. Wanneer u van deze duizeligheid last heeft, laat dan de (huis)arts uw bloeddruk controleren.

Orthostatische hypertensie kan ook het gevolg zijn van de inname van bepaalde geneesmiddelen. In dat geval moet de (huis)arts het innameschema of de dosis aanpassen.

De volgende **adviezen** kunnen helpen:

- Kom **langzaam rechtop** wanneer u in bed ligt. Als u opstaat uit bed of uit een stoel, doe dit dan langzaam. Ga eerst rustig rechtop zitten. **Span al uw spieren** aan, met name de been- en bilspieren. Wacht even tot alle mogelijke duizelingen verdwenen zijn. Sta vervolgens langzaam op terwijl u zich **vasthoudt** aan het bed of leuning. Als u staat span dan nogmaals de spieren aan en ga pas lopen als de duizeligheid gezakt is.
- **Vermijd plotselinge bewegingen** zoals abrupte draaibewegingen.
- Plaats het hoofdeinde van uw bed een beetje hoger

- Zorg dat u **voldoende drinkt**, tenminste 2 L per dag.

Meer adviezen vind u in de folder “Licht gevoel in het hoofd bij opstaan- initiële orthostatische hypotensie”.

4. Opletten met geneesmiddelen

- **Slaap- en kalmeermiddelen** verhogen het risico op vallen aanzienlijk. Overleg met uw huisarts of er andere mogelijkheden zijn om uw slaapproblemen te bestrijden. Dit geldt ook voor eventuele andere problemen die u gespannen maken. Tracht, indien mogelijk, over te schakelen op lichtere middelen. Er is dan minder kans op vallen.
- **Middelen voor hart- en vaatziekten en sommige pijnmedicatie** kunnen het valrisico ook verhogen. Overleg met uw huisarts of uw medicatie aanpassing behoeft. Mogelijk kan de dosering verlaagd worden of is er een andere mogelijkheid met minder kans op bijwerkingen.
- Alle geneesmiddelen moet u correct innemen. Vraag uw huisarts om een zo duidelijk mogelijk schema. Indien u sommige geneesmiddelen niet graag inneemt, bespreek dit dan met uw huisarts. Samen kunt u naar een oplossing zoeken.
- Meld alle (ongewenste) **bijverschijnselen** aan uw (huis)arts. Overleg samen hoe ze te verhelpen. **Breng de huisarts op de hoogte** van alle geneesmiddelen die u inneemt. Ook van de gene die u via de drogist haalt en eventuele alternatieve middelen die u gebruikt. Dit is belangrijk omdat sommige plantenbereidingen bijvoorbeeld het effect van bepaalde geneesmiddelen kunnen versterken.

5. Zorg dat uw zicht goed is

Mensen die minder goed zien lopen een groter risico om te vallen. Ze merken het immers minder snel wanneer er iets in de weg staat.

- Gebruik geen bril die niet van u is.
- Ga bij klachten van slechtiendheid naar de opticien. Houd u zich aan zijn voorschrift.
- Indien u redelijk tot goed ter been bent, gebruik dan een aparte verbril buiten. Geen varifocus of bifocale bril, want als u naar beneden kijkt dan kijkt u door het leesgedeelte. U ziet dan minder goed en dat maakt de kans op vallen groter.
- Ouderen zien minder contrast en diepte, ook hoogteverschillen moet u goed kunnen zien. Zorg daarom voor meer contrast in uw huis. Bijvoorbeeld bij traptreden, bevestig een duidelijke rand die goed zichtbaar is.

6. Pas op met alcohol

Als u ouder wordt, krijgt u meer last van bijwerkingen van alcohol. Alcohol heeft effect heeft op uw balans en uw bloedvaten. Uw bloedvaten verwijden waardoor u ook de volgende dag nog sneller last heeft van duizeligheid. Ga dus bewust om met alcohol.

7. Eet u sterk

Omdat uw spiermassa afneemt, is het advies om na uw 50ste extra te letten op het binnenkrijgen van voldoende eiwitten en vitamines.

- De aanbevolen hoeveelheid eiwit voor ouderen is 1 gram/kg per dag. Eiwitten zitten met name in vlees, vis, melk(producten) en vleesvervangers.
- Ouderen nemen minder makkelijk vitamine D op. Daarom hebben ze vaak een vitamine D tekort. Vitamine D is van belang voor de kracht van uw botten en uw balans.
- Kalk is de bouwsteen van uw botten. Eet 4 porties zuivel per dag, zeker als u last heeft van botontkalking. Voorbeeld: een plak kaas, een beker melk of yoghurt.

8. Ga naar de dokter

Vallen heeft vaak behandelbare oorzaken. Vallen kan ook een teken van een onderliggende ziekte zijn. Een val kan bijvoorbeeld een symptoom zijn van onderliggende problemen zoals een hartaandoening of een simpele blaasontsteking. Bij hernieuwd vallen is het dan ook altijd belangrijk om contact op te nemen met uw (huis)arts. Deze kan onderzoeken of er (nieuwe) oorzaken voor het vallen zijn ontstaan.

9. Veiligheid in en om het huis

Veel valpartijen vinden in de woning plaats. Loop de woning eens door en controleer vloeren, trappen, badkamer etc. op ongelijkmatigheden. U kunt dit doen door het invullen van onderstaande checklijst.

Test de veiligheid bij u thuis: zet een ✓ van 'veilig' in elk rondje waar de tekst klopt met de situatie bij u thuis.

Huiskamer

- o In de kamer staan de spullen niet te dicht op elkaar, zodat er voldoende loopruimte is en u zich niet steeds stoot of struikelt.
- o Alle meubels zijn goed stabiel; erop leunen of steun zoeken gaat zonder schuiven of kantelen.
- o De luie stoelen zijn niet te diep, zodat opstaan weinig moeite kost. o Er liggen geen losse kleden op de grond waarover u kunt struikelen of uitglijden.
- o De vloer is voldoende stroef, zodat uitglijden niet kan.
- o De telefoon staat op een makkelijk bereikbare plaats.
- o Op de grond liggen geen losse snoeren waarover u kunt struikelen of uitglijden.

Keuken

- o De dingen die u vaak nodig heeft, staan op grijphoogte.
- o De spullen in de provisiekast of kelder zijn zonder rekken en bukken te pakken.
- o De vloer is stroef, ook als er water is gemorst.
- o De keukenkastjes sluiten goed, zodat u zich er niet aan stoot.

Gang en trap

- o Gang en trap zijn goed verlicht.
- o Er liggen geen obstakels in de gang.
- o Er liggen geen spullen op de trap.
- o De trap is stroef.
- o De vloerbedekking op o de trap zit goed vast; de eventuele traptreden ook.
- o De trap heeft aan beide zijden een solide leuning.
- o Bij de laatste treden (boven- en onderaan de trap) zit een extra handgreep.

Slaapkamer

- o Het bed is voldoende hoog, zodat opstaan geen problemen geeft.
- o Er liggen geen losse kleedjes waarover u kunt struikelen of uitglijden.
- o Er is een lichtknopje bij het bed, zodat opstaan in het donker niet nodig is.

Badkamer en toilet

- o Er is voldoende ruimte om te wenden en te keren.
- o Er zijn handgrepen aangebracht als dit nodig is (steun bij het bad, de douche en het toilet, zoals een douchebeugel).
- o Er zijn veiligheidsmaatregelen genomen, zodat uitglijden onder de douche of in het bad niet mogelijk is (anti-slipstickers of tegels, douche- of badmat).
- o De matjes zijn voorzien van een antisliplaag.
- o De deur is ook vanaf de buitenzijde te ontgrendelen.
- o Alle verbindingen zitten vast, lampen worden met een schakelaar bediend.
- o Over de hoge rand van het bad of de douche stappen heeft geen problemen.

Rondom het huis

- o De stoep en het straatje naar de voordeur zijn vlak. Er liggen geen losse tegels en er steken geen tegels uit.
- o Er is een goede verlichting op plaatsen waar dit nodig is.
- o De stoep en het straatje zijn niet begroeid met mos of overwoekerd met onkruid.

Algemeen

- o In huis is een veilige huishoudtrap aanwezig (stevig, stabiel, antislip en met een steunbeugel)
- o Elektrische apparaten en snoeren zijn goed onderhouden.
- o Zowel in de huiskamer, de slaapkamer als de badkamer is er een telefoon (de telefoon kan natuurlijk ook draadloos zijn). In geval van nood
- o Voor het geval er iets misgaat, zijn er afspraken gemaakt met burens, kinderen of huisgenoten.
- o In geval van nood is er hulp via de telefooncirkel of een alarmeringssysteem.

Pas waar mogelijk alle \checkmark 's aan in uw huis, iedere actie verlaagt uw valrisico.

Hoeveel veilige \checkmark 's kreeg uw huis? Tel ook het aantal \checkmark 's bij elkaar op en bekijk hieronder hoe veilig uw huis is.

- o 28-37 \checkmark 's : Heel goed. Maar denk nog niet: "mij kan niets gebeuren". Blijf op uw hoede.
- o 18-28 \checkmark 's : Goed. Blijf op uw hoede. Kan het nog beter? Ga na hoe uw huis "heel goed" kan worden.
- o 9-18 \checkmark 's : Matig. U loopt meer risico dan nodig is. Verbetering op enkele punten is geen overbodige luxe.
- o 0-9 \checkmark 's : Slecht. In uw huis is het oppassen geblazen. Verbetering op tal van punten nodig. Wacht hier niet te lang mee!

Weet wat u kunt doen als u toch zou vallen

Soms lukt het niet om zelf overeind te komen na een val. En, hoe gek dit ook klinkt, ook hier kan het helpen om te oefenen, liefst met iemand samen. Zo blijkt het behulpzaam om vooraf over deze situatie na te denken of zelfs te oefenen met overeind komen. Enkele trucs die u kunnen helpen, zijn:

- U rolt zich eerst op de buik, drukt u omhoog, kruip op handen en knieën naar een stevig meubeltje dat voldoende steun biedt om overeind te komen. Een klein bijzettafeltje is bijvoorbeeld niet geschikt. Houd het meubel (of de trap) stevig vast.
- Zet één voet plat op de grond. Tracht met de steun van beide armen en één been overeind te komen. Soms is de trap het geschiktst om u langzaam aan op te hijsen.
- Mocht u onverhoopt vallen en u bezeert zich, dan is het misschien moeilijk om rond te kruipen op handen en knieën. Echter, soms kan iemand dan nog wel op de billen of liggend op één zijde rond schuifelen. Zo kunt u proberen een telefoon of een alarmtoestel te bereiken om hulp in te roepen.

Probeer eens uit hoe gemakkelijk het voor u is om op deze manieren de telefoon of een alarmtoestel te bereiken.

Voorzorgsmaatregelen

Ga na of in uw woonplaats een alarmcentrale bestaat en onder welke voorwaarden u zich kunt aansluiten. Een alarmsysteem dat u op uw lichaam draagt, bijvoorbeeld om uw hals onder uw kleding, is een uitstekend hulpmiddel.

Zet een of meerdere telefoontoestellen op centrale plekken in de woning. Plaats deze bij voorkeur niet al te hoog.

Spreek eventueel met enkele leeftijdsgenoten of buren af om dagelijks in een bepaalde volgorde even contact met elkaar op te nemen (bijvoorbeeld telefonisch, of ga even langs). Dit is een erg efficiënte oplossing die bovendien sociale contacten bevordert.

Mocht u toch vallen en kunt u niet overeind komen, dan is het belangrijk dat u niet afkoelt. Indien u op een koude vloer ligt, verliest u snel veel warmte. Trek alles naar u toe wat zich binnen handbereik bevindt en als isolatie kan dienen, bijvoorbeeld kussens van stoelen, lakens, tapijtjes, hand- doeken, kledingstukken, enz.

Bronnen

- Federatie Medisch Specialisten. Richtlijn Preventie Valincidenten bij Ouderen. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_valincidenten_bij_ouderen/startpagina_-_preventie_van_valincidenten.html (geraadpleegd oktober 2019)
 - Veiligheid.nl. <https://www.veiligheid.nl/valpreventie> (geraadpleegd oktober 2019)
 - Gezondheidsraad. Beweegrichtlijn 2017. <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2017/08/22/beweegrichtlijnen2017> (geraadpleegd oktober 2019)
 - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. <https://www.hulpmiddelenwijzer.nl/> (geraadpleegd oktober 2019)
 - GGD Gemeente Amsterdam. Laat je niet Vallen, checklist 'veiligheid in en om het huis' <https://laatjenietvallen.nl/wp-content/uploads/2018/06/Checklist-veiligheid-in-huis.pdf> (geraadpleegd oktober 2019)
 - Regionaal Valpreventie Netwerk Nijmegen. <http://www.valwijzer.info/> (geraadpleegd oktober 2019)
 - Voedingscentrum. <https://www.voedingscentrum.nl/nl/service/vraag-enantwoord/gezonde-voeding-en-voedingsstoffen/waarom-heb-ik-minder-eten-nodig>
-

6. Blauwdruk opzet regionaal zorgpad/ regionale samenwerking

6.1 voorwaarden effectieve implementatie

Kennis over effectieve valpreventie interventies leidt niet automatisch tot succesvolle uitvoering van een effectieve valpreventie aanpak. Het bewijs voor effectiviteit van interventies komt meestal voort uit gecontroleerde onderzoek settings, maar de opzet en uitvoering van effectieve valpreventie in de praktijk is complex. Uit implementatieonderzoek blijkt dat op hoofdlijnen de volgende factoren vaak een belemmerende rol spelen:

- te weinig tijd bij gezondheidsprofessionals om aandacht te besteden aan valpreventie, er zijn vaak ook veel andere aandoeningen/klachten die prioriteit krijgen,
- versnippering van de zorg en gebrek aan afstemming tussen verschillende zorgaanbieders,
- onvoldoende (structurele) financiering van valpreventie activiteiten,
- onvoldoende expertise en kennis bij professionals m.b.t. effectieve valpreventie.
- onvoldoende animo bij ouderen zelf, zien belang niet en zijn zich niet bewust dat je vallen kan voorkomen.

Hoewel er in de literatuur vele potentiële oplossingen voor deze problemen worden aangedragen is het niet mogelijk op basis van het beschikbare onderzoek harde uitspraken te doen over welke aanpak wel of niet werkt. Daarvoor zijn de onderzoeken te divers en bovendien is het succes van een implementatie aanpak sterk afhankelijk van de context, de manier waarop de gezondheidszorg is georganiseerd en gefinancierd etc. Gegeven deze afhankelijkheid, zijn er wel elementen te benoemen die een rol spelen bij succesvolle implementatie van valpreventie op lokaal niveau. In het stappenplan hieronder zijn deze elementen beschreven, gebaseerd op de literatuur en praktische ervaringen vanuit recente valpreventie aanpakken die in Nederland zijn uitgevoerd. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen elementen die te maken hebben met 1) de opzet en uitvoering van de valpreventie aanpak, en 2) het bereiken van de doelgroep.

Belangrijke aandachtspunten bij het opzetten en uitvoeren van valpreventie zijn:

- goed georganiseerde multidisciplinaire samenwerking,
- kennis en vaardigheden van professionals,
- planmatige opzet van de valpreventie aanpak.

6.2 Stappenplan ontwikkeling regionaal zorgpad valpreventie

Het onderstaande stappenplan is gebaseerd op de op basis van implementatieliteratuur ontwikkelde implementatie stappenplannen van VeiligheidNL (www.veiligheid.nl) en van het Expertise centrum Valpreventie Vlaanderen (www.valpreventie.be).

Het stappenplan bevat 6 onderdelen, te weten:

1. Creëer draagvlak
2. Breng beginsituatie in kaart
3. Bepaal prioriteiten en doelstellingen
4. Zet het in werking
5. Evalueer en stuur bij
6. Veranker

Voor succesvolle implementatie is een adequate tijdsinvestering nodig, hierbij moet gedacht worden aan 1-3 jaar. Afhankelijk van de lokale situatie kunnen sommige stappen parallel lopen. Exacte tijdsplanning is afhankelijk van de lokale situatie maar voor iedere stap moet tussen de 1 en 6 maanden gerekend worden.

Stap 1 Neem het initiatief en creëer draagvlak

Beantwoord de volgende vragen:

- Welke partijen kunnen een rol spelen bij een valpreventie-programma?
- Wie willen participeren in een werkgroep?
- Wie heeft welk belang?
- Welke partij heeft de regie?
- Wie kan de doelgroep vertegenwoordigen?

Werk samen

De implementatie van een valpreventie aanpak is complex en vereist veel tijd en geld, inzet van professionals met de juiste expertise en goede afstemming tussen de verschillende professionals in zorg en welzijn. Versnippering van de zorg en onvoldoende communicatie zijn belangrijke belemmerende factoren. Goede samenwerking versterkt de aansluiting vraag en aanbod, en maakt koppeling met bestaande lokale voorzieningen mogelijk en vergroot daarmee de mogelijkheden om te komen tot een duurzame aanpak.

Benoem een valpreventie coördinator/coördinerende partij

Een lokale coördinator / regievoerder is cruciaal bij het creëren van samenhang in de aanpak, verbinden van de partijen en bewaken van de voortgang. Voor de borging is het belangrijk dat deze coördinator duurzaam betrokken kan blijven bij de valpreventie aanpak.

Engageer relevante partijen

Een effectief valpreventie-programma vraagt om een planmatige en multifactoriële aanpak waarbij alle relevante verschillende lokale professionals en partijen betrokken worden.

Begin met een brede vertegenwoordiging van relevante partijen om draagvlak te creëren. Denk aan partijen uit de verschillende domeinen, zorg, welzijn, WMO, ondersteuning en afvaardiging van cliënten. Om vervolgens in een kleiner kernprojectteam concreet aan de uitwerking van de plannen te werken (waarbij de anderen wel op de hoogte gehouden worden).

Denk ook aan samenwerking van eerstelijns zorg met organisaties buiten de zorg zoals WMO loket, buurtzorg, wijkverpleging, ouderenbond/organisatie etc. Dit is van groot belang om ouderen beter te bereiken en valpreventie-activiteiten in te bedden in lokale voorzieningen.

Vorm een lokaal multidisciplinair valpreventie team

Zorg voor een lokale projectgroep met korte lijntjes, goede samenwerkingsafspraken en doorverwijsstructuur. Ervaring leert dat goed functioneren van de projectgroep bevorderd kan worden door uitvoerende professionals deel te laten nemen aan de projectgroep; daardoor kunnen makkelijker concrete (praktische) afspraken worden gemaakt en voelen ook de uitvoerders zich meer betrokken en ervaren zij eigenaarschap.

Betrek de doelgroep

De impact van een valpreventie aanpak hangt uiteindelijk af van de mate waarin de doelgroep bereikt wordt, dat wil zeggen de mate waarin ouderen deelnemen aan de interventies en de voor hen relevante maatregelen nemen.

Ouderen met een verhoogd risico op vallen zullen om diverse redenen niet snel geneigd zijn preventieve maatregelen te nemen om een val te voorkomen; ze zijn zich bijvoorbeeld niet bewust van het feit dat ze een verhoogd valrisico hebben of zien vallen als iets dat nu eenmaal bij het ouder worden hoort. Veelal weten ze niet dat je (zelf) iets kunt doen om de kans om te vallen te verlagen. Het is daarom belangrijk dat professionals een verhoogd valrisico bij ouderen tijdig signaleren, zodat zij hen door kunnen verwijzen naar valpreventie aanbod, al dan niet na een uitgebreide beoordeling van de valrisicofactoren. Daarbij draagt het screenen op verhoogd valrisico bij aan de bewustwording bij ouderen (en hun omgeving) en de motivatie om preventieve maatregelen te nemen.

Gewenst resultaat:

- Een lokale multidisciplinaire werkgroep en een partij die de regie/coördinatie in handen heeft
- Inzicht in de behoeften en wensen van de doelgroep

Stap 2 Breng de beginsituatie in kaart

Beantwoord de volgende vragen:

- Wat is er bekend over de lokale populatie ouderen (omvang, verdeling over wijken, valongevallen)?
- Wat zijn de gevolgen van het niet ingrijpen (letsel, kosten)?
- Wat wordt er al aangeboden aan ouderen (algemeen en specifiek op het gebied van valpreventie)?

-Wat is er bekend over succes- en faalfactoren van deze activiteiten?

-Wat is de behoefte van ouderen?

Verwerf inzicht in het probleem en de lokale situatie

Maak een omschrijving van de lokale problematiek; maak een overzicht van het huidige aanbod voor ouderen en identificeer aanknopingspunten om het aanbod te verbeteren en/of verbindingen te maken met bestaande activiteiten. Kennis over de lokale problematiek is nodig om de aanpak te kunnen richten op de lokale knelpunten. Uitvoerende professionals moeten elkaar leren kennen, neem hiervoor de tijd.

Identificeer bestaande procedures en hiaten

Organiseer een kick-off meeting waarbij naast (basis)kennis over evidence based valpreventie, zaken als de taakverdeling en specifieke kennis behorende bij de eigen rol aan de orde komen.

Het is efficiënt om aan te sluiten bij activiteiten, initiatieven en netwerken die er lokaal voor ouderen al zijn. Door het vaak versnipperde aanbod in kaart te brengen, krijg je zicht op verbindingsmogelijkheden en aanbod dat mist.

Voor een effectief en duurzaam aanbod is het van belang aan te sluiten op de beleving, behoeften en mogelijkheden van zowel de ouderen als de uitvoerders.

Gewenste resultaat:

-Een omschrijving van de lokale problematiek

-Inzicht in het huidige aanbod voor ouderen en aanknopingspunten om het aanbod te verbeteren en/of verbindingen te maken met bestaande activiteiten

Stap 3 Bepaal prioriteiten en doelstellingen

Beantwoord de volgende vragen:

-Is er een duidelijk aanwijsbare doelgroep waar je de aanpak op wilt richten?

-Zijn er beleidsdoelstellingen binnen de gemeente waarbij je kunt aansluiten?

-Wat moet de valpreventie aanpak opleveren, wat is het gezamenlijke doel?

- Welke bijkomende doelstellingen zijn er nog meer?

- Wat bepaalt de prioriteit?

- Welke scholing en materialen om team te outilleren?

- Uit welke onderdelen moet het lokale uitvoeringsplan worden opgebouwd?

- Hoe kan het plan optimaal aansluiten bij de behoeften van de doelgroep?

-Wat is een reëel tijdspad voor de verschillende onderdelen van het plan om de doelstellingen te bereiken?

Werk aan een visie met duidelijke doelstellingen

Begin met het afbakenen van de doelgroep, in kaart brengen van de uitgangssituatie, de context, bestaande activiteiten en samenwerkingsmogelijkheden. Dit resulteert in een onderbouwing voor doelstellingen op groepsniveau.

Formuleer gezamenlijk een doel en leg dit vast (bijv. op welke doelgroep richten, juiste mensen naar de juiste interventie).

Bevorder openheid over (neven)doelstellingen en de belangen van de verschillende deelnemende partijen, waardoor beter wederzijds begrip ontstaat.

Creëer een positieve cultuur

Het opzetten van een goede samenwerkingsstructuur kost tijd en geld, het is van belang daarin te investeren en niet alleen voor 'quick' wins te gaan. De huisarts heeft een belangrijke rol als eerste aanspreekpunt en betrouwbare expert voor ouderen. Maar in de praktijk blijkt vaak dat de huisarts onvoldoende tijd heeft voor deze actieve rol, een oplossing kan dan zijn de huisarts een kleine rol te geven, en bijvoorbeeld alleen als afzender naar de ouderen in te zetten.

Stel prioriteiten

Effectieve valpreventie is complex en bestaat uit multiële onderdelen. Afhankelijk van de lokale situatie zijn sommige onderdelen lastiger te realiseren dan anderen. Voor optimale valpreventie is het van belang dat alle effectieve onderdelen worden geïmplementeerd.

Prioriteer gezamenlijk de verschillende onderdelen en implementatiestappen. Houd hierbij ook rekening met lokale belangen en verwachte inspanning. Neem een reëel tijdsplan om teleurstellingen en bijkomende desillusie te voorkomen.

Verwerf kennis en vaardigheden

Adequate kennis en vaardigheden van professionals over nut, noodzaak en effectiviteit van valpreventie draagt bij aan het vergroten van de capaciteit en daarmee het bereik van valpreventie. Onvoldoende kennis en expertise kan er toe leiden dat de focus in een valpreventie aanpak ligt op makkelijk uit te voeren (eenmalige) voorlichtingsactiviteiten in plaats van op effectieve interventies, of dat valpreventie activiteiten niet worden uitgevoerd zoals bedoeld. Professionals hebben vaak weinig tijd om aandacht te besteden aan valpreventie, bovendien zijn er vaak andere gezondheidsproblemen die ook aandacht vragen. Professionals met kennis en expertise op het gebied van valpreventie zijn meer gemotiveerd om aan de slag te gaan met valpreventie en tijd vrij te maken voor valpreventie.

Er zijn in de literatuur aanwijzingen dat training en verspreiding van kennis over vallen en evidence based valpreventie implementatie verbeteren. Naast scholing over de inhoudelijke aspecten van een effectieve valpreventie aanpak, is uitwisseling van kennis over implementatie-strategieën en de praktische uitvoering van belang. Gebrek aan kennis over hoe je een cursus praktisch organiseert, is voor veel professionals een barrière om een cursus op te starten; ook dit aspect verdient daarom aandacht bij scholing van professionals.

Gebruik van beslissingsondersteuning instrumenten bij valrisicoschatting en beoordeling van risicofactoren (zoals een gezamenlijk ontwikkelde checklist o.b.v. de [landelijke richtlijn](#) of de [Valanalyse van VeiligheidNL](#)), doorverwijsschema's en voorlichtingsmaterialen voor ouderen bevordert een uniforme, doelmatige aanpak en kan de professionals tijd besparen.

Werk samen aan een planmatige aanpak

Valpreventie interventies moeten worden uitgevoerd door professionals met de juiste expertise, verkregen door een geschikte vooropleiding en/of nascholing en training voor de uitvoering van specifieke interventies.

De ervaring leert dat bij lokale aanpakken vaak gekozen wordt voor relatief makkelijk uit te voeren (eenmalige) activiteiten, terwijl dat niet de aanpak is die geschikt is om valongevallen te voorkomen. De basis voor het succesvol ontwikkelen en uitvoeren van een valpreventie aanpak ligt daarom bij een planmatige aanpak. Dit voorkomt dat professionals aspecten vergeten en dat de activiteiten niet aansluiten op de beleving, problematiek, behoeften of mogelijkheden van de einddoelgroep en de uitvoerders.

Betrek de doelgroep: zorg bij het opstellen van een gefaseerd multifactorieel plan van aanpak dat aansluit op doelgroep en context. Valpreventie heeft het meeste effect bij ouderen die een verhoogd risico hebben om te vallen. Ook is het van belang om doelstelling te formuleren die aansluiten bij de problematiek van je gekozen doelgroep. Op deze manier kun je een programma samenstellen met effectieve activiteiten en doelstellingen.

Gewenste resultaat:

- Consensus over doel, doelgroep en aanpak
- Grove opzet van het valpreventieprogramma
- Afspraken over hoe je ouderen met een verhoogd valrisico gaat opsporen, screenen en doorverwijzen
- Duidelijkheid over wie dit gaat doen en welke instrumenten je hiervoor gebruikt

Stap 4 Zet het in werking

Beantwoord de volgende vragen:

- Waar ga je de ouderen vinden met een verhoogd risico?
- Wie gaat de ouderen opsporen?
- Bij welke lokale initiatieven kun je al aansluiten om de doelgroep te bereiken?
- Welke wervingsactiviteiten ga je inzetten?
- Met welke boodschap bereik je de ouderen?
- Zijn er ambassadeurs die je kunt inzetten?
- Hoe verloopt de doorverwijzing naar een screening?
- Wie gaat screenen?
- Welk instrument gebruik je om te screenen?
- Hoe verloopt de doorverwijzing na de screening?
- Hoe wordt de oudere hierin begeleid?
- Welke interventies ga je aanbieden (of worden al aangeboden)?

-Zijn er al professionals getraind voor het uitvoeren van bepaalde effectieve programma's (zoals In Balans/Otago/zicht op evenwicht/vallen verleden tijd)?

-Sluit het programma aan bij doelstelling en doelgroep?

-Welke middelen heb je beschikbaar?

Ontwikkel een multidisciplinair SMART actieplan

In stap 3 is consensus bereikt over doel, doelgroep en aanpak en is een grove opzet van het multifactoriële regionale zorgpad vastgesteld. De volgende stap is om dit te vertalen naar een SMART geformuleerd multidisciplinair actieplan.

Voer de acties uit

1. Bepaal manier van case finding & registratie. Aan de hand van de belangrijkste voorspellers van een val kunnen we mensen met een verhoogd valrisico opsporen (case finding). Vervolgens kan een uitgebreide screening de risicofactoren in kaart brengen. Hierdoor kun je een toegespitst plan van aanpak opzetten.

2. Stel het programma samen. Bij valincidenten spelen vaak meerdere factoren een rol. Een valpreventieprogramma vraagt daarom een multifactoriële aanpak, waarbij de onderdelen van het programma aansluiten op alle aanwezige risicofactoren. Vanwege de sterke bewijzen voor de effectiviteit van beweeginterventies, is het verstandig in ieder geval een beweeginterventie op te nemen.

Motiveer en bereik de doelgroep

Ouderen zijn zich vaak niet bewust van hun valrisico en de term valpreventie spreekt ze niet aan. Ze zullen daarom niet zelf op zoek gaan naar valpreventie activiteiten.

Werven van ouderen vereist dus een actieve benadering. Het is daarbij van belang om aan te sluiten bij onderwerpen en activiteiten die ouderen aanspreken.

Leg werk en financieringsafspraken vast

Het vastleggen van uitvoerings- en financieringsafspraken zorgt ervoor dat het voor iedereen duidelijk is wie wat doet en onder welke voorwaarden.

Gewenste resultaat

-Een concreet en SMART geformuleerd plan voor een effectieve lokale aanpak valpreventie inclusief de mogelijkheden voor lokale doorverwijzing

-Een wervingsstrategie en een communicatieplan om ouderen toe te leiden naar interventies en te motiveren deel te nemen aan de activiteiten.

-Inzicht in rolverdeling en verantwoordelijkheid van de betrokken organisaties.

-Afspraken over financiering van het aanbod inclusief een meerjarenplan.

Stap 5 Evalueer en stuur bij

Beantwoord de volgende vragen:

- Welke activiteiten zijn uitgevoerd en hoeveel ouderen zijn bereikt per activiteit?
- Hoe wordt de aanpak geëvalueerd door de doelgroep?
- Welke effecten zijn er bij de deelnemers?
- Wat gaat goed?
- Wat kan beter?

Meet de resultaten en blijf evalueren

Inzicht in zowel effecten als het proces is essentieel voor een goede borging van valpreventie. Je kunt knelpunten of verbeterpunten in het aanbod tijdig signaleren en tussentijds aanpassen.

Stuur het SMART actieplan bij

Pas het actieplan aan naar aanleiding van de knel- en verbeterpunten die uit de evaluatie naar voren komen. Formuleer duidelijke doelstellingen voor verbetering met een reëel tijdspad.

Gewenste resultaat

- Weten wat de aanpak oplevert en informatie om bij te sturen.
- Verbeterplan naar aanleiding van een effect- en procesevaluatie

Stap 6 Veranker

Beantwoord de volgende vragen:

- Welke partij kan de aanpak en uitvoering evalueren en monitoren?
- Hoe wordt communicatie over verbeterpunten gecommuniceerd?
- Waar kunnen ouderen terecht na de interventie (welke activiteiten)?
- Hoe wordt er doorverwezen naar vervolg activiteiten na de interventie?
- Wie onderhoudt contact met de cliënt (casemanager)?
- Wat zijn de randvoorwaarden voor duurzame implementatie van de aanpak?

Streef duurzaamheid na

Zorg voor structurele uitvoering van de valpreventie aanpak, bijvoorbeeld door opname in het jaarplan van uitvoerende organisaties.

Het evalueren van de uitvoering en monitoren van de resultaten kan het best uitgevoerd worden door een onafhankelijke partij. Door de resultaten van evaluatie en monitoring te communiceren met alle betrokkenen blijven de partijen betrokken en gemotiveerd.

Zorg voor een blijvend effect

Om het effect van valpreventieve interventies te behouden is het nodig dat ouderen gestimuleerd worden om de interventies te continueren. Bijvoorbeeld na afloop van een beweginginterventie de activiteiten blijven toepassen in het dagelijks leven en verder gaan met bewegen in bestaande beweging-groepen. Daarom moet er voldoende gevarieerd aanbod zijn voor ouderen waarvan zij ook op de hoogte zijn. Een digitaal overzicht en/of loket kan dit ondersteunen.

Ook hierbij blijft het belangrijk om aan te sluiten bij behoeften en wensen van de doelgroep. Naast goede en goed vindbare voorlichting en informatie is het belangrijk om praktische barrières (m.b.t. fysieke toegankelijkheid, financiële aspecten, tijd) weg te nemen. Een vertrouwde locatie in de buurt die goed bereikbaar is zal het makkelijker maken om deel te blijven nemen. Subsidies of vergoedingen kunnen helpen om eventuele financiële drempels weg te nemen.

Stimuleer sociale steun: het doorgaan met oefenen na afloop van een valpreventie cursus is voor veel ouderen ook makkelijker als zij als groep door kunnen gaan naar een vervolg aanbod. Verder helpt het als naasten op de hoogte zijn van de maatregelen/oefeningen en zich betrokken tonen door zelf mee te doen, te informeren hoe het gaat etc.

Daarnaast is self-empowerment en self-management belangrijk. Goed informeren en betrekken van de oudere bij het vervolgtraject door aansluiten op hun persoonlijke doelstellingen. Door activiteiten bewust te integreren in de dagelijkse routines wordt continuering beter geborgd. Monitoring en follow-up bijvoorbeeld door mobiele applicaties kunnen hierbij ook ondersteunen.

Gewenste resultaat

-Een makkelijk vindbaar (digitaal) overzicht van alle vervolgvacatures voor ouderen en afspraken over doorverwijzing naar regulier beweegaanbod.

-Faciliteren van self-management van de oudere door middel van adequate informatie en voorlichting en begeleiding in de uitvoering.

-Verankering van de aanpak door middel van structurele monitoring, evaluatie en bijsturing door een verantwoordelijke (onafhankelijke) partij

6.3 Tips&tricks van best practices

Uit een rondvraag en enquête uitgezet bij de leden van het Landelijk Netwerk blijkt dat de aanbevelingen van de richtlijn Valpreventie ten aanzien van de multifactoriële valanalyse en behandeling over het algemeen goed geïmplementeerd zijn en dat er duidelijke verwijscriteria voor de valkliniek zijn gemaakt. In sommige regio's zijn er ook verwijzingsafspraken en bijbehorende zorgpaden gemaakt met de eerste hulp van het betreffende ziekenhuis en in een enkel geval ook transmuraal met de eerste lijn. De implementatie van de richtlijnaanbevelingen ten aanzien van de regionale samenwerking en zorgpaden tussen ziekenhuizen en de eerste en tweede lijn is in Neder-

land echter nog relatief beperkt. De meeste valklinieken hebben wel lokaal afspraken gemaakt ten aanzien van uitvoering van geformuleerde acties en vervolgbehandelingen op het gebied van fysiotherapeutische begeleiding. Maar andersom, bijvoorbeeld verwijscriteria bij casefinding vanuit de fysiotherapeutische praktijk of vanuit de nulde lijn (bijvoorbeeld thuiszorg) lijkt vooralsnog te ontbreken.

In de nulde en eerste lijn zijn er steeds meer initiatieven op het gebied van casefinding en risicobeoordeling van valpreventie, waarbij ziekenhuispecialisten niet altijd betrokken of op de hoogte zijn. Optimaliter wordt deze samenwerking in de komende periode geïntensiveerd om te komen tot een volledig regionaal, transmuraal zorgpad. Een veelbelovende aanpak om duurzame implementatie inclusief duurzame financiering te borgen is de Health Impact Bond (HIB). Deze is ontwikkeld is door VeiligheidNL, meer informatie over opzet en uitvoering en eerste pilotresultaten van deelnemende regio zijn te vinden op de website van VeiligheidNL [[HIB Valpreventie](#)].

Onderstaand een aantal aanbevelingen ten aanzien van het organiseren van een valkliniek en regionale samenwerking zoals deze uit de genoemde enquête naar voren kwamen.

-Maak structurele verwijfsafspraken binnen het ziekenhuis en met de 1^e lijn

-Om no shows te voorkomen op de valkliniek is het aan te bevelen om je te vergewissen van de motivatie van de patiënt, bijvoorbeeld door vooraf een informatiebrief te sturen en ook vooraf aan de afspraak te bellen. Alternatief of daarnaast kan de huisarts actief betrokken worden. Die krijgt dan een bericht van de SEH en verwijst zelf de patiënt actief.

-Zorg voor lokale contacten met zorgaanbieder voor het vervolgtraject, bijvoorbeeld een netwerk van fysiotherapeuten in en buiten het ziekenhuis. Of vaste ergotherapeuten waarmee wordt samengewerkt en waarnaar wordt doorverwezen.

-Zorg voor een protocol met standaard beoordeling van valrisicofactoren (conform landelijke richtlijn) met taakverdeling tussen de verschillende disciplines, zoals fysiotherapeut en verpleegkundige.

-Maak afspraken ten aanzien van samenwerking, doorverwijzingen en taakverdeling met eventuele bestaande 1^e of 0^e lijnsnetwerken op het gebied van valpreventie.

-Inbedding in een bredere regionale samenwerking, bijvoorbeeld rondom zorg voor kwetsbare ouderen, kan slagkracht vergroten.

Daarnaast een aantal voorbeelden vanuit regio's waar multidisciplinaire samenwerking heeft geleid tot een zichtbaar aanbod met digitale ondersteuning voor cliënten (niet uitputtend).

-In de regio Amsterdam heeft de GGD samen met de betrokken disciplines, zorginstanties en ouderen zelf een valpreventie initiatief opgetuigd 'Laat je niet vallen'. Op de website [[Laatjenietvallen](#)] zijn professionals en locaties te vinden waar valpreventieve activiteiten plaatsvinden. Met ook de mogelijkheid voor directe aanmelding. Daarnaast wordt er informatiemateriaal en instructiemateriaal online aangeboden.

-Het multidisciplinaire Regionaal Valpreventie Netwerk Nijmegen heeft in samenwerking met o.a. welzijnsorganisaties en ouderen regionale samenwerkingsafspraken gemaakt en online informatie voor ouderen beschikbaar gesteld met adviezen en informatie waar valtrainingen worden gegeven onder andere [[Valpreventie - Netwerk100](#)].

-VeiligheidNL heeft op de website een webinar beschikbaar 'lokaal vormgeven valpreventie' [[Webinar: Valpreventie lokaal vorm geven](#)] en andere gerelateerde trainingen en ook is er de mogelijkheid om lid te worden van

het netwerk met bijbehorende linked-in groep waarmee je op de hoogte wordt gehouden van landelijke en lokale initiatieven op het gebied van valpreventie.

7. Weblinks

Onderstaand vindt u de weblinks naar respectievelijk de landelijke richtlijn, de website van het landelijk netwerk en de relevante websites van VeiligheidNL:

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_valincidenten_bij_ouderen/startpagina_-_preventie_van_valincidenten.html

<https://www.meetinstrumentenzorg.nl>

<https://www.nvkg.nl/publiek/valkliniek>

<https://www.veiligheid.nl/valpreventie>

<https://www.veiligheid.nl/valpreventie/netwerk/valsymposium>

<https://www.veiligheid.nl/valpreventie/interventies/integrale-aanpak/health-impact-bond>

Link naar SIG Falls and Fractures EuGMS:

<https://www.eugms.org/research-cooperation/special-interest-groups/falls-and-fractures.html>

Link naar Task & Finish group EuGMS valrisicoverhogende medicatie (instrumenten en artikelen):

<https://www.eugms.org/research-cooperation/task-finish-groups/frid-fall-risk-increasing-drugs.html>

Link naar website World Falls Guidelines (in wording, verwachte publicatie richtlijn 2022):

<https://worldfallsguidelines.com/>

Link naar richtlijn osteoporose en fractuurpreventie:

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/osteoporose_en_fractuurpreventie/osteoporose_en_fractuurpreventie_-_startpagina.html

Link naar ESH richtlijn Syncope:

<https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Syncope-Guidelines-on-Diagnosis-and-Management-of>

Link naar richtlijn duizeligheid bij ouderen:

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/duizeligheid_bij_ouderen/duizeligheid_bij_ouderen_-_korte_beschrijving.html

Link naar richtlijn polyfarmacie bij ouderen:

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/polyfarmacie_bij_ouderen/polyfarmacie_bij_ouderen_-_korte_beschrijving.html