



**Doelstelling:  
10% minder  
valincidenten  
ruimschoots  
gehaald!!**



**EINDRAPPORTAGE  
VALPREVENTIEPROJECT ARNHEM  
2004-2006**

**Vallen?  
Liever niet!**

EINDRAPPORTAGE

Het project "Vallen? Liever niet!" is een samenwerkingsverband tussen de Stichting Thuiszorg Midden-Gelderland, Stichting Welzijn Ouderen Arnhem, Sportbedrijf Arnhem, Hulpverlening Gelderland Midden en Ziekenhuis Rijnstate van de Alysis Zorggroep Arnhem.

## VOORWOORD

De afgelopen twee jaar hebben we in Arnhem met veel succes en vooral veel plezier gewerkt aan het project “Vallen? Liever niet!” Dit rapport omvat de weg er naar toe, het project zelf en de resultaten van het project. “Vallen? Liever Niet!” is opgezet om valincidenten bij thuiswonende ouderen te voorkomen.

Als afdelingshoofd van de afdeling orthopedie/traumatologie van Ziekenhuis Rijnstate ben ik in de loop der jaren (te) veel slachtoffers van ongelukken in en om het huis tegen gekomen. Als projectleider van “Vallen? Liever niet!” heb ik dan ook met enthousiasme meegewerkt aan de projectopzet en de projectuitvoering in de twee Arnhemse pilotwijken en later in de rest van Arnhem.

Zonder hulp van de projectpartners Stichting Thuiszorg Midden-Gelderland, Sportbedrijf Arnhem, Stichting Welzijn Ouderen Arnhem en Hulpverlening Gelderland Midden was dit project niet mogelijk geweest. Het project heeft laten zien dat samenwerking in de gezondheidszorg heel goed mogelijk is zonder elkaar te beconcurreren. Door gebruik te maken van elkaars expertise en ervaring hebben we elkaar aangevuld waar dat nodig was en dat is het project zeker ten goede gekomen. Het heeft mij in elk geval geholpen om mijn taak zo goed mogelijk te kunnen uitvoeren. Daarvoor mijn dank.

Het project is financieel mogelijk gemaakt door het Fonds OGZ, zorgverzekeraar Menzis en de maatschap Orthopeden Arnhem. Zonder hun ondersteuning was het hele project nooit van start gegaan.

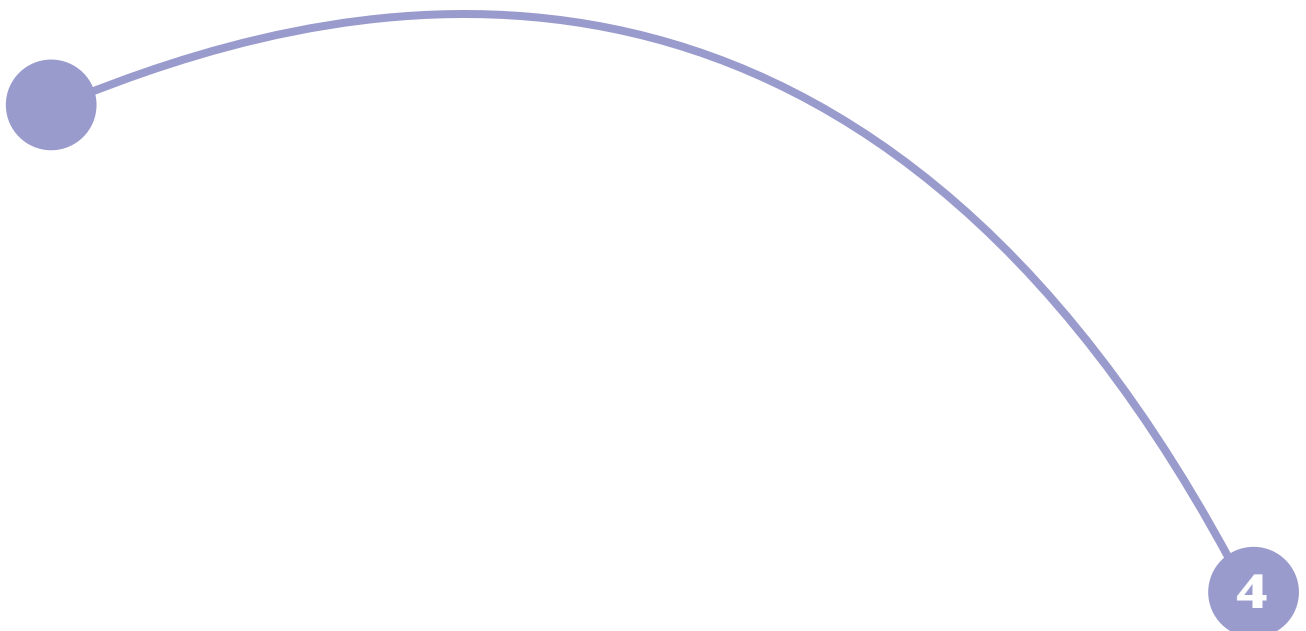
Arnhem, mei 2006.

Sonja van Baal

*Projectleider Valpreventie bij Ouderen*

## INHOUDSOPGAVE

|  |    |
|--|----|
| Voorwoord .....  | 3  |
| 1 Inleiding .....  | 5  |
| 2 Omvang van het probleem: valincidenten bij ouderen ..... | 8  |
| 3 Doelgroep .....  | 12 |
| 4 Algemeen plan van aanpak .....                           | 14 |
| 5 Plan van aanpak per organisatie .....                    | 17 |
| 6 Effectmeting .....                                       | 23 |
| 7 Resultaten per organisatie .....                         | 24 |
| 8 Resultaten effectmeting .....                            | 32 |
| 9 Procesevaluatie .....                                    | 35 |
| 10 Conclusies en aanbevelingen .....                       | 37 |
| 11 Bronvermelding .....                                    | 38 |
| 12 Samenvatting .....                                      | 39 |
| "Vallen? Liever Niet!" in de media .....                   | 43 |
| Colofon .....  | 44 |



## 1 ] INLEIDING



Met ouderen bedoelt men in principe 55 plussers. Synoniem voor 't woord ouderen is senioren. Deze woorden worden door elkaar gebruikt. De doelgroep voor het project "Vallen? Liever niet!" bestaat uit 65 plussers. Voor het leesbaar houden van de tekst spreken we ook over hen in termen van ouderen of senioren.

Vallen? Liever niet! Natuurlijk niet!... Toch is dat voor veel mensen, met name ouderen, niet zo vanzelfsprekend. Jaarlijks worden 140.000 ouderen medisch behandeld voor de gevolgen van een val. Zelfstandig wonende, kwetsbare ouderen lopen het meeste risico om te vallen. Uit onderzoek blijkt dat onder 65 plussers maar liefst een derde van de zelfstandig wonenden één of meer keer per jaar valt en letsel op loopt. Eén op 43 ouderen belandt in een ziekenhuis en kan vaak niet meer terug naar zijn eigen huis.

'Ouderdom komt met gebreken' zegt de volkswijsheid, en dat is waar. Die gebreken maken het risico om te vallen aanzienlijk

groter én daardoor wordt het risico op het krijgen van letsel óók groter. Letsel opgelopen door een val heeft voor een oudere een grote impact op zowel lichamelijk, geestelijk als sociaal gebied. Genezingsprocessen verlopen langzamer en leiden tot, al dan niet tijdelijke, vermindering van zelfstandigheid en zelfredzaamheid. Het beroep dat daardoor gedaan wordt op gezondheids- en welzijnsinstellingen is groot en brengt veel kosten met zich mee.

### GROEIENDE GROEP

Ouderen vormen een steeds grotere groep van de totale Nederlandse bevolking. Dit betekent dat ook het aantal mensen dat door vallen letsel oploopt verder zal toenemen. Voor Ziekenhuis Rijnstate, en met name voor de afdelingen Orthopedie en Heelkunde, betekent dit een groeiende groep patiënten met een fractuur.

Het opnemen van patiënten is weliswaar een belangrijk onderdeel van het ziekenhuiswerk, maar deze categorie patiënten zorgt voor een relatief lange bezetting van de beschikbare bedden. Ter illustratie: een patiënt met een acute heupfractuur ligt gemiddeld 23 dagen in het ziekenhuis, terwijl een vooraf geplande opname van een patiënt voor een nieuwe heupprothese gemiddeld 7 dagen duurt. Met andere woorden: minder opnames van patiënten door ongevallen geeft ruimte voor andere geplande behandelingen.

In 2005 zijn 332 patiënten met een heupfractuur opgenomen, in 2004 waren dat er 325. Van de 332 patiënten met een heupfractuur komen er 262 vanuit de thuissituatie en 70 vanuit andere instellingen (stafbureau patiëntenlogistiek, Rijnstate).

#### VOORKOMEN

Gezien vanuit een maatschappelijk belang en een ziekenhuis belang zijn er dus serieuze

redenen om valincidenten bij ouderen te voorkomen. Ziekenhuis Rijnstate is niet de enige organisatie die belang heeft bij het verminderen van het aantal valincidenten bij ouderen. Op initiatief van het afdelingshoofd orthopedie/traumatologie van ziekenhuis Rijnstate is daarom in 2004 een project 'Valpreventie voor Ouderen' opgezet in samenwerking met diverse andere organisaties (Stichting Thuiszorg Midden-Gelderland, Sportbedrijf Arnhem, Hulpverlening Gelderland Midden, Stichting Welzijn Ouderen Arnhem). "Vallen? Liever niet!" is een project dat via gerichte interventies het aantal valincidenten bij ouderen probeert terug te dringen.

#### VOORDELEN

Het project 'Valpreventie bij Ouderen' kan bij volledige invoering de volgende voordelen hebben:

1. De hele keten van zorgverleners werkt mee aan valpreventie;
2. Op den duur nemen de kosten overall af;
3. De wachtlijst van vooraf in te plannen patiënten voor een gewrichtsprothese wordt uiteindelijk korter als de groep met fracturen door acute ongevallen afneemt;
4. Het uitdragen van maatschappelijke verantwoordelijkheid van de organisaties naar ouderen toe gezien de toenemende vergrijzing; het kan veel narigheid voor ouderen voorkomen.

#### PILOT

In oktober 2004 is gestart met een pilot gedurende een jaar in enkele wijken van Arnhem. Na een positieve evaluatie werd het project in heel Arnhem geïmplementeerd. Deze rapportage geeft de stand van zaken weer een half jaar na het eindigen van de pilot.

#### KORT

In hoofdstuk 2 gaan de onderzoekers nader in op de omvang van het probleem en de oorzaken die leiden tot een hoger risico op vallen. Daarna worden de gevolgen beschreven die een val heeft op zowel lichamelijk, geestelijk als ook sociaal gebied. Hoofdstuk 3 beschrijft de doelgroep, de motivatie en de mogelijkheden van de doelgroep, beïnvloeding van determinanten en de verantwoording van de keuze voor de doelgroep van dit project.

In Hoofdstuk 4 leest u meer over het plan van aanpak. Belangrijk voor het welslagen



van het project is de communicatie; daar voor is een communicatieplan geschreven. Ook dit komt kort aan de orde. De aanpak wordt vervolgens in hoofdstuk 5 uitgewerkt per deelnemende organisaties.

Hoofdstuk 6 bevat de omschrijving van de effectmeting, hoofdstuk 7 de resultaten van de aanpak uit hoofdstuk 4. In hoofdstuk 8 volgen de resultaten van de effectmeting.

Hoofdstuk 9, de procesevaluatie laat zien wie wat deed in dit project en wat de succes en de risicofactoren waren. Voor conclusies en aanbevelingen is hoofdstuk 10 gereserveerd. Literatuurverwijzingen vindt u in hoofdstuk 11, de uitgebreide samenvatting in hoofdstuk 12 en hoofdstuk 13 tenslotte geeft een overzicht van alle uitingen die tijdens de "Vallen? Liever niet!" projectperiode in de verschillende media zijn verschenen.

Geïnteresseerde lezers kunnen de bijlage met alle onderzoeksgegevens aanvragen bij projectleider mw. S. van Baal in Ziekenhuis Rijnstate te Arnhem.



## 2 ] DE OMVANG VAN HET PROBLEEM: VALINCIDENTEN BIJ OUDEREN

Jaarlijks worden in Nederland naar schatting 310.000 senioren het slachtoffer van een privé-ongeval. Dit is het totaal van alle slachtoffers die tengevolge van een privé-ongeval zijn overleden, in een ziekenhuis zijn opgenomen, zijn behandeld op een Spoed Eisende Hulp (SEH) of behandeld zijn door een huisarts (bron: Consument & Veiligheid, 2003). Een privé-ongeval is een ongeval dat plaats vindt in- en om de woning.

Het totaal aantal senioren dat als gevolg van een privé-ongeval overlijdt, is ongeveer 1700 per jaar. Dit aantal is 82% van het totaal aantal overledenen wegens privé-ongevallen per jaar. De incidentie betreffende dodelijk ongevallen stijgt sterk met de leeftijd en is voor 85 plussers bijna 10 keer zo hoog als voor 55 plussers. De incidentie van dodelijke privé-ongevallen voor personen tot 85 jaar is hoger voor mannen dan voor vrouwen; voor personen van 85 jaar en ouder is het verschil tussen mannen en vrouwen relatief klein.

### ZIEKENHUIS

Daarnaast worden jaarlijks ongeveer 34.000 senioren opgenomen in een ziekenhuis als gevolg van een privé-ongeval. Dit is ongeveer 43% van alle ziekenhuisopnamen in Nederland als gevolg van een privé-ongeval. Voor ziekenhuisopnamen geldt ook dat de incidentie toeneemt naarmate de leeftijd hoger is; dit geldt ook voor de duur van de opname. De opnameduur is gemiddeld langer voor vrouwen dan voor mannen. Van de slachtoffers van 55 jaar en ouder overlijdt 6% na ziekenhuisopname. Dit percentage neemt toe met de leeftijd; bij slachtoffers van 85 jaar en ouder is dit percentage 11%.

Per jaar worden ongeveer 110.000 senioren als gevolg van een privé-ongeval op een SEH afdeling van een ziekenhuis behandeld. Voor vrouwen van 55 jaar en ouder is de incidentie betreffende SEH behandelingen als gevolg van een privé-ongeval ongeveer 2 keer zo hoog als voor mannen in deze leeftijdsgroep. De incidentie voor mannen van 55 jaar en ouder is lager dan voor mannen in de leeftijdsgroep van 0-54 jaar. Voor vrouwen daarentegen is de incidentie voor 55 plussers wel hoger dan voor 0 - 54 jarigen.

Het aantal senioren dat jaarlijks de huisarts als gevolg van een privé-ongeval bezoekt, wordt geschat op 240.000. Van dit aantal wordt ongeveer een vijfde na contact met de huisarts doorverwezen voor een behandeling elders of voor opname in een ziekenhuis. De incidentie bij de leeftijdsgroep van 55 jaar en ouder is hoger bij vrouwen dan bij mannen; dit verschil daalt echter bij toenemende leeftijd.





### KENMERKEN

Ongevallen bij senioren betreffen vooral valongevallen. Deze hebben een aandeel van 85% binnen het totaal aantal van privé-ongevallen waaraan senioren overlijden. De incidentie van valongevallen stijgt met de leeftijd en is hoger voor vrouwen dan voor mannen.

### FRACTUUR

Senioren die als gevolg van een privé-ongeval in het ziekenhuis worden opgenomen, hebben in bijna driekwart van de gevallen een fractuur opgelopen. Dit

betreft vaak een heupfractuur. Het aandeel heupfracturen stijgt met de toenemende leeftijd en is hoger voor vrouwen dan voor mannen. Ook wat betreft senioren die op een SEH-afdeling worden behandeld, is het aandeel fracturen met 44% relatief hoog. Dit aandeel neemt toe met de leeftijd. Andere vaak voorkomende letsels zijn open wonden of kneuzingen. Vrouwen lopen vaker dan mannen een fractuur op en minder vaak een open wond.

### OORZAKEN

Bijna de helft van alle privé-ongevallen bij senioren vindt plaats in of om de woning. Vanaf 75 jaar neemt het aandeel ongevallen op straat af en in zorginstellingen toe. Er zijn diverse factoren die bij de ouder wordende mens de valkans en letselkans vergroten. Door vermindering van de spierkracht en afname van de bewegingssnelheid wordt het moeilijker om balansverstoringen adequaat op te vangen. Daarnaast nemen reactiesnelheid en het waarnemingsvermogen af, waardoor bedreigende of onverwachte situaties niet tijdig herkend worden. Het effect van eventuele medicatie met een sedatieve werking kan de aandacht en reactiesnelheid verder verzwakken.

## ACTIVITEIT

Bij veel seniorenongevallen is de activiteit tijdens het ongeval onbekend. Vaak is de activiteit ook moeilijk te typeren; een voorbeeld is iemand die 'zomaar' valt tijdens het rondlopen in huis. Activiteiten waarbij relatief veel ongevallen plaatsvinden bij senioren zijn: wandelen, persoonlijke verzorging, (brom)fietsen, doe-het-zelven (voornamelijk bij mannen) en huishoudelijk werk.

## VALLEN

De meest voorkomende valincidenten bij senioren zijn een val op gelijk niveau (niet tegen een object), ongevallen met een fiets, vallen of stoten tegen een object, een val van hoogte, of een val van een vaste trap. Een val op gelijke hoogte overkomt meer vrouwen dan mannen. Veel ongevallen gebeuren omdat het slachtoffer over iets struikelt (tegel, drempel), zich verstart of verzwikt of uitglijdt. Senioren vallen of stoten het meest tegen een deur of een onderdeel daarvan, tegen de kast, tegen zitmeubilair, tegen de tafel, het bed, de muur of tegen sanitair of badkamer inrichting. De incidentie neemt toe met de leeftijd en is hoger voor vrouwen dan voor mannen.

Voor zowel vallen van hoogte (van bed, zitmeubilair of huishoudtrap) als voor vallen van een vaste trap is de incidentie hoger voor vrouwen dan voor mannen. De gevolgen van dergelijke ongevallen zijn vaak ernstig; ook het percentage fracturen is relatief hoog.

## RISICOFACTOREN

De meeste ouderen vallen in de thuissituatie, dus in en rond het huis. Risicofactoren kunnen gezocht worden in intrinsieke factoren en extrinsieke factoren.

### **Intrinsieke risicofactoren zijn:**

- fysiologisch: lichaamshouding, slechte coördinatie en mobiliteit, flexibiliteit in gewrichten vermindert, vermindering van gezichts- en gehoorvermogen;
- neurologisch: verminderd reactievermogen
- pathologisch: epilepsie, ziekte van Parkinson, verstoord evenwicht, gezichtsproblemen, artrose, beroerte en dementie;

### **Extrinsieke factoren zijn:**

- leefomgeving in en om het huis: door losliggende kledjes, natte vloeren, gebrek aan steunpunten, slechte verlichting of ontbreken van verlichting, loopmiddelen, schoeisel;
- bijwerkingen van medicijngebruik: met name medicatie bij hoge bloeddruk en depressiviteit of verkeerd gebruik ervan;
- leefstijl: te snel opstaan, te weinig bewegen, risicogedrag door zelfoverschatting, alcoholgebruik;
- openbare ruimte: trottoirtegels, slechte verlichting, wegwerkzaamheden etc.

Het is lastig om de belangrijkste risicofactor aan te geven. Hierdoor vraagt het probleem een multifactoriele aanpak. Dus interventies op het gebied van leefstijl, leefomgeving, gezondheid en openbare ruimte. De risicofactoren moeten wel beïnvloedbaar zijn.

### RISICOPROFIEL

De volgende oudere heeft het grootste risico op valincidenten: een zelfstandig wonende oudere met een of meer van de volgende kenmerken: een val in het afgelopen jaar, incontinentie, gezichtsproblemen, functionele beperkingen.

### GEVOLGEN

De angst om te vallen, die vaak ontstaat na eerdere valervaringen, kan leiden tot een aangepast (lager) activiteitenpatroon. Tevens leidt angst tot een hogere mate van rigiditeit waardoor evenwichtsreacties minder goed zullen verlopen. Het verlaagde activiteitenpatroon kan mede oorzaak zijn van het afnemen van de lichamelijke conditie. Men gaat leven in een beperkte omgeving, waardoor sociale contacten afnemen en het gevaar voor depressie op de loer ligt. Er ontstaat daardoor vaak meer druk op de mantelzorg.



Met het afnemen van de lichamelijke activiteit neemt de kans op osteoporose toe. Osteoporose verhoogt weer de kans op letsel, waarmee de vicieuze cirkel rond is. Heupfracturen, maar ook fracturen van de bovenste extremiteiten, zijn bij ouderen het gevolg van valincidenten.

## 3 ] DE DOELGROEP

De literatuur deelt de doelgroep ouderen op in drie subdoelgroepen; 55-65 jaar, 65-75 jaar, en 75 jaar en ouder. Mensen tussen de 55 en 64 jaar hebben een kans van 1:71 om op een Spoed Eisende Hulp (SEH) terecht te komen, bij de groepen van 65 - 84 jaar is die kans 1: 27. Verder valt op dat mensen met een hoge Sociaal Economische Status (SES) meer mogelijkheden (fysiek, psychisch, sociaal en financieel) hebben om na een valincident te herstellen.

Senioren lopen niet allemaal evenveel risico op een val. De lichamelijke gezondheid, mobiliteit en dagindeling van de senioren zijn zeer divers. Binnen deze groep horen senioren die zelfstandig wonen, zeer actief zijn in werk, sport en hobby, maar ook degenen die hulpbehoevend en minder mobiel zijn. Daarnaast zijn ze zich niet allemaal even bewust van het valrisico dat ze zelf lopen. Het is van groot belang om de communicatie van preventieactiviteiten aan te laten sluiten bij de belevingswereld van de doelgroep.

### GROEPEN

Grofweg zijn drie groepen ouderen te onderscheiden:

1. De groep van relatief jonge, actieve en vitale ouderen. Zij hebben nog geen zorgbehoefte en onderscheiden zich niet veel van andere volwassenen. In deze groep bevinden zich voornamelijk thuiswonende personen tussen de 55 en 75 jaar.
2. Zelfstandig wonende, kwetsbare ouderen. Deze groep erkent de ouderdomsvervalselen die beginnen te ontstaan. Deze ouderen wonen zelfstandig, maar kennen relatief meer gezondheidsproblemen en zijn minder actief. Ze doen een groter beroep op de (gezondheids)zorg. In deze groep bevinden zich voornamelijk thuiswonende personen vanaf 75 jaar.
3. Bewoners van verzorging- en verpleeghuizen die over het algemeen minder gezond zijn en afhankelijk van zorg door anderen. Deze groep loopt een relatief hoog risico op een val. Bij de benadering van deze doelgroep moet rekening gehouden worden met het feit dat een groot deel van de bewoners cognitieve stoornissen heeft en daardoor grote problemen ondervindt bij het verwerken van informatie.

### MOTIVATIE EN MOGELIJKHEDEN VAN DE DOELGROEP

Uit onderzoek blijkt dat het onderwerp valpreventie niet leeft bij de doelgroep. Bij veiligheid denkt men aan sociale veiligheid en criminaliteitsbestrijding. Men denkt dat valincidenten alleen bij andere ouderen voorkomen; de meeste ouderen betrekken vallen niet op zichzelf. Ouderen hebben wel enige kennis van de risicofactoren rond vallen en de factoren waarop zij zelf invloed kunnen uitoefenen. Ouderen die een valongeval hebben mee gemaakt, zijn zich meer bewust van het probleem en zijn meer ontvankelijk voor interventies en preventiemogelijkheden.

**Voor de bereikbaarheid van de doelgroep is het volgende van belang:**

- Er is behoefte aan feitelijke informatie;
- Verpak de boodschap niet, noem zaken bij de naam;
- Betrek de ouderen vanaf de start bij het project; creëer draagvlak;
- Ontwikkel duidelijke materialen; geef het project een eenduidige titel en logo, vermijd hier bij leeftijds aanduidingen en het woord "oud";
- Sluit aan bij bestaande activiteiten;
- Huisbezoeken worden positief ontvangen; zeker na schriftelijke aankondiging;
- Folders en brochures worden gewaardeerd;
- Aanduidingen als leefstijl, gedrag en mentaliteit zijn goed; de ouderen van tegenwoordig zijn geen homogene groep meer;
- Een positieve benadering slaat beter aan, comfortabel leven en levenservaring zijn kernwoorden, jong en vitaal ook;
- Leeftijdsgenoten worden gezien als deskundig en betrouwbaar;
- voorlichtingsactiviteiten dienen ook sociale en gezellige bijeenkomsten te zijn.

**Beïnvloedbaarheid van determinanten**

Een aantal determinanten zijn beïnvloedbaar en daarom moet daar op gefocust worden in een project Valpreventie bij Ouderen:

- Beïnvloeden van fysiologische achteruitgang;
- Leren anticiperen op valgedrag;
- Huisaanpassingen;
- Leefstijl aanpassen;
- Medicatiegebruik afstemmen.

**VERANTWOORDING KEUZE DOELGROEP**

Uitgaande van bovenstaande informatie richt "Vallen? Liever niet!" zich op 65 plussers, mannen en vrouwen, zelfstanding wonend in twee wijken in Arnhem. Op basis van de literatuur en demografische gegevens is er gekozen voor deze doelgroep omdat hier de meeste gezondheidswinst te boeken lijkt. Er is gekozen voor de wijken Presikhaaf West en Oost, en Vredenburg. Dit zijn aanpakwijken waar relatief veel ouderen wonen. Na de pilotfase is het project uitgebreid naar heel Arnhem, met de nadruk op de wijken Alteveer/Cranevelt en Elderveld omdat daar ook relatief veel ouderen wonen.



## 4 ] ALGEMEEN PLAN VAN AANPAK

Voor de uitvoering van het project is een projectgroep samengesteld. Die ziet er als volgt uit:

### ORGANISATIE

Stichting Welzijn Ouderen Arnhem  
Sportbedrijf Arnhem  
Stichting Thuiszorg Midden-Gelderland  
Hulpverlening Gelderland Midden  
Ziekenhuis Rijnstate

Ziekenhuis Rijnstate  
Zinnig Tekstadvies & Creatie  
Zorgverzekeraar

### LEDEN OP CONSULTATIEVE BASIS

Hulpverlening Gelderland Midden  
Arnhemse Vereniging  
Samenwerkende Ouderenbonden  
Gemeente Arnhem  
Dienst Stadsbeheer  
Lapis Vivus

### FUNCTIE

Ouderenadviseur  
Coördinator seniorenport  
GVO functionaris  
Consulent gezondheidsbevordering  
Afdelingshoofd afdeling orthopedie/  
traumatologie, projectleider  
Staffunctionaris  
Communicatie adviseur/ tekstschrijver  
Regiocoördinator Zorgkantoor

Epidemioloog

Bestuurslid

Grafisch Ontwerp & DTP

### STUURGROEP

Alle genoemde organisaties erkennen de noodzaak van preventief werken om het aantal valincidenten in de toekomst te verminderen. Bovendien onderschrijven alle deelnemende instanties het belang van een structureel karakter van activiteiten op dit gebied. Een en ander is middels een intentieverklaring bekrachtigd. Om draagvlak te creëren en de financiële kant te bewaken van de betrokken organisaties is er een stuurgroep geformeerd. Deze stuurgroep bestond uit het hoger management en of directeuren van de betrokken organisaties.

### PREFFI

Om te komen tot een verantwoord en zinvol project is gebruik gemaakt van het Preventie Effectmanagement Instrument (preffi 2.0). Dit instrument is bedoeld om inzicht te krijgen in de effectiviteit van het project. Het instrument is speciaal ontwikkeld voor preventieprojecten en brengt de verschillende aspecten en dimensies van het project in kaart. Het is gebruikt als aanvulling op het projectplan. De Preffi is te lezen als bijlage. De bijlage is te verkrijgen via Projectleider mw. S. van Baal, Ziekenhuis Rijnstate Arnhem.



## FINANCIERING

Er is een subsidieaanvraag gedaan voor het project Valpreventie bij Ouderen bij het Fonds OGZ. Het Fonds OGZ heeft de subsidie toegekend aan Ziekenhuis Rijnstate die daardoor verantwoordelijk werd voor de verdeling van de subsidie aan de projectpartners. Het project werd in eerste instantie grotendeels door eigen bijdragen van de projectpartners gedragen. Toen dit op termijn niet haalbaar bleek voor de partijen, werd zorgverzekeraar Menzis gevraagd ook bij te dragen. Ook de orthopeden van de Maatschap Orthopedie van Ziekenhuis Rijnstate hebben een bijdrage gedaan.

## COMMUNICATIEPLAN

Er is zowel voor de pilot als voor de periode erna een communicatieplan geschreven. Hierin is allereerst een visie en een ontwerp beschreven van het beeld dat het project wil uitstralen en presenteren. Het doel en de visie zijn gevangen in een beeld en beeldmerk.

### **Communicatieboodschap**

De voornaamste boodschap die in het project wordt gecommuniceerd, is dat ouderen zelf de belangrijkste rol spelen bij valpreventie. Neem het heft in eigen handen, zorg dat je omgeving veilig is, stel je niet te afhankelijk op. Om het belang van preventie te onderstrepen, ligt de nadruk op de gevolgen van vallen in huis. De belangrijkste boodschap blijft echter: valpreventie is je eigen verantwoordelijkheid en maakt je als oudere sterker en onafhankelijker.

### **Communicatiestrategie**

Attendeer de doelgroep op de risico's die ze loopt, zonder te betuttelen. Middelen zijn folders, posters, voorlichtingsbijeenkomsten, bewegingscursussen en huisbezoeken. Bijeenkomsten en cursussen vinden waar mogelijk plaats in de eigen wijk.

## DOELSTELLINGEN EN INTERVENTIES

Door de deelnemende organisaties is een gezamenlijk doel vastgesteld. Dit is als volgt geformuleerd: komen tot een samenhangend beleid op het gebied van valpreventie om het aantal valincidenten bij ouderen te verminderen. Vanuit het gezamenlijke doel hebben organisaties hun eigen doelstellingen geformuleerd. De activiteiten zijn daarbij op elkaar afgestemd en waar mogelijk wordt er samengewerkt.

## DOEL

Samen met de betrokken partners is er in 2004 een samenhangend valpreventiebeleid in Arnhem samengesteld om het aantal valincidenten bij inwoners van 65 jaar en ouder met 10% (ten opzichte van de nulmeting) te verminderen.

### PROCESEVALUATIE

De projectgroep heeft een proces evaluatie gehouden door middel van vragenlijsten. Deze zijn ingevuld en besproken. De verbeterpunten zijn gelijk opgepakt en als een uitdaging gezien.

### EFFECTEVALUATIE

Alle interventies zijn geëvalueerd middels schriftelijke vragenlijsten die aan het eind van de activiteit zijn uitgedeeld en ingevuld. Geëvalueerd zijn alleen de interventies die direct gericht zijn op de ouderen en ook die interventies die gericht zijn op de intermediairen.

## 5 ] PLAN VAN AANPAK PER ORGANISATIE

### A SPORTBEDRIJF ARNHEM

#### 1 Bijscholen MBvO (Meer Bewegen voor Ouderen) docenten

Het bijscholen van MBvO-docenten op het gebied van valpreventie, zodat zij in hun bewegingslessen de valpreventie-oefeningen onder de aandacht van hun deelnemers kunnen brengen.

##### **Methode**

Door middel van een video "In Balans" van de NISB (Nederlands Instituut voor Sport en Beweging), die alle MBvO- docenten van de zaalgroepen thuisgestuurd krijgen. Daarnaast zal er een "praktische" workshop georganiseerd worden voor docenten.

#### 2 Cursus "In Balans"

Het aanbieden van twee cursussen "In Balans" aan 65 plussers, die woonachtig zijn in één van de twee pilotwijken en die een risico lopen om te vallen. Het doel van de cursus is om het bewegingsgedrag van de risicodoelgroep (minimaal 20 personen) te verbeteren, waardoor hun risico op vallen aanzienlijk verminderd.

##### **Methode**

Twee MBvO-docenten geven de cursus die vier keer zal plaatsvinden op een locatie in of vlakbij de pilotwijk zelf. De cursus heeft een praktisch en theoretisch gedeelte.

#### 3 Demonstraties en informatie over bewegingsactiviteiten op informatiemarkten

- Het geven van demonstraties Thai Chi op de informatiemarkten op 30 september 2004 en 1 oktober 2004.
- Informatie geven over senioren sport.
- Twee voorlichtingsbijeenkomsten over de cursus "In Balans " aanbieden op de informatiemarkten.

##### **Methode**

Op de Infomarkt is de mogelijkheid tot:

- Het meedoen aan de lessen Thai Chi.
- Een informatie stand van senioren sport.
- Een aantal voorlichtingsbijeenkomsten (twee keer per dag) om meer te weten te komen over de cursus "In Balans".

#### 4 Organiseren van een valpreventie actiemaand

Het organiseren van een valpreventie actiemaand, waarin het thema Valpreventie tijdens de reguliere MBvO-lessen in de maand januari 2005 speciale aandacht krijgt.

##### **Methode**

De bijgeschoolde docenten geven extra aandacht aan valpreventie in hun bewegingslessen MBvO.

### **B STICHTING THUISZORG MIDDEN-GELDERLAND (STMG)**

#### 1 Voorlichtingsbijeenkomst voor ouderen "Vallen..... dat gebeurt mij niet!"

Geven van voorlichting aan 65 plussers om inzicht te krijgen in het belang van veiligheidsmaatregelen in en om het huis.

##### **Methode**

Het geven van een voorlichtingsbijeenkomst over veiligheid.

#### 2 Deskundigheidsbevordering van huishoudelijk verzorgenden en verzorgenden

Hierdoor zijn (huishoudelijk) verzorgenden in staat om valrisico's bij ouderen te signaleren en om praktische instructies te geven.

##### **Methode**

- Bijeenkomst deskundigheidsbevordering van de medewerkers door een zorgmanager.
- Samenstelling van een infomap voor (huishoudelijk) verzorgenden.
- Handleiding manager voor bijeenkomst deskundigheidsbevordering.
- Valpreventie onder de aandacht brengen tijdens bijeenkomst ergonomie door een arbofunctionaris.

#### 3 Afstemmen arbochecklist en checklist ouderen

Arbochecklist en checklist ouderen dienen op elkaar afgestemd te zijn.

##### **Methode:**

Een werkgroep van wijkverpleegkundigen en arbofunctionarissen maakt de arbochecklist en de checklist ouderen congruent.

#### 4 Consultatie en doorverwijsmogelijkheden met SWOA en Ergotherapie ziekenhuis Rijnstate verbeteren

Het bevorderen van het aantal doorverwijzingen tussen STMG, SWOA en ergotherapeuten.

**Methode:**

- Uitspreken van bereidheid tot samenwerken.
- Kennismaken met en uitwisselen van ieders deskundigheid en mogelijkheid tot samenwerking.

#### 5 Valpreventie huisbezoeken aan ouderen

Het uitvoeren van huisbezoeken met persoonlijk advies. Na het geven van gezondheidsvoorlichting over de relatie tussen gezondheid, leefstijl en valrisico's in en om het huis, is de cliënt in staat om veiligheidsmaatregelen te nemen, die valincidenten verminderen.

**Methode:**

- Wijkverpleegkundigen brengen een huisbezoek aan cliënt conform procedure AIV (advies, instructie, voorlichting).
- Gebruik van handleiding met o.a. checklist en samenwerkingsafspraken.

### **C STICHTING WELZIJN EN OUDEREN ARNHEM (SWOA) EN STICHTING THUISZORG MIDDEN-GELDERLAND (STMG)**

#### Ontwikkelen van een checklist valpreventie

Het ontwikkelen van een valpreventie checklist aan de hand waarvan een woning van een oudere kritisch bekeken kan worden en gerichte adviezen voor aanpassing en verbetering gegeven kunnen worden.

**Methode:**

Een ouderenadviseur en wijkverpleegkundige ontwikkelen een checklist die geschikt is.

## **D STICHTING WELZIJN EN OUDEREN ARNHEM (SWOA)**

### **1 Valbingo**

Op een ludieke manier wordt het thema valpreventie onder de aandacht gebracht van ouderen.

#### **Methode**

Het organiseren van een valbingo, waarbij de prijzen een relatie hebben met het voorkómen van vallen. Tegelijkertijd wordt er informatie aangeboden over aspecten en activiteiten die het risico op vallen verminderen.

### **2 Deskundigheidsbevordering buurtconciërges**

Buurtconciërges zijn op de hoogte van de belangrijkste oorzaken van vallen, zodat zij optimale voorlichting en instructies kunnen geven over veiligheidsaspecten. Buurtconciërges kunnen werken met de ontwikkelde checklisten.

#### **Methode**

De buurtconciërges worden voorzien van de juiste informatie en bekend gemaakt met de checklist en de mogelijk daaruit voortkomende activiteiten.

### **3 Deskundigheidbevordering medewerkers SWOA**

Medewerkers van de SWOA (ouderenwerkers, ouderenadviseurs, receptiemedewerkers) zijn voldoende toegerust om hun cliënten informatie en voorlichting te geven omtrent valpreventie.

#### **Methode:**

Er wordt een informatiebijeenkomst georganiseerd voor de doelgroep omtrent het valpreventie project.

### **4 Huisbezoek buurtconciërge**

Middels een huisbezoek van de buurtconciërge aan ouderen worden concrete verbeteringen uitgevoerd, dan wel in gang gezet, ten behoeve van het voorkómen van valincidenten door ouderen. De buurtconciërge bekijkt de woning op veiligheid en maakt indien nodig een offerte voor aanpassingen of voert de opdracht zelf uit.

#### **Methode:**

De buurtconciërge legt een bezoek af op initiatief van de bewoner zelf of op advies van de ouderenadviseur.



### 5 Huisbezoek SWOA ouderenadviseur

Ouderenadviseurs geven tijdens een huisbezoek optimale voorlichting aan ouderen om valincidenten te voorkomen en zelfstandigheid te versterken.

#### **Methode:**

De ouderenadviseur komt op huisbezoek op verzoek van de oudere. Een checklist wordt doorgenomen met de cliënt en er wordt materiaal verstrekt en toegelicht. Er wordt aandacht gevestigd op activiteiten en bijeenkomsten rond het thema valpreventie.

## **E HULPVERLENING GELDERLAND MIDDEN (HGM)**

### Onderzoek naar gezondheidsspreekuur ouderen

Het bieden van een laagdrempelige vorm van toegang tot informatie, advies, steun of een verwijzing aan de ouderen, in relevante gemeenten van het verzorgingsgebied van de HGM, op het terrein van gezondheid, leefstijl en welzijn waardoor zij in staat gesteld worden zelfstandig keuzes te maken over hun gezondheid en/ of het zorgaanbod in hun omgeving. Uiteindelijk zal hierdoor de kwaliteit van leven verbeteren of stabiliseren.

## **F STICHTING WELZIJN EN OUDEREN ARNHEM (SWOA) EN ZIEKENHUIS RIJNSTATE**

### Informatiemarkten

- Ouderen bewust laten worden van het belang van valpreventie.
- Kennis laten maken met diverse aspecten van valpreventie.
- Het aanbieden van activiteiten die helpen om vallen te voorkomen.

#### **Methode:**

Op 30 september en 1 oktober 2004 worden in de pilotwijken informatiemarkten gehouden voor ouderen waarbij het accent van de markten ligt op het gebied van de valpreventie. Diverse bedrijven/organisaties die service en/of hulpverlening geven aan ouderen, krijgen de gelegenheid hun diensten of producten te laten zien, bekendheid te geven of te demonstreren.

## G ZIEKENHUIS RIJNSTATE

### 1. Deskundigheidsbevordering en uitwisseling van kennis en ervaring tussen en met huisartsen, fysiotherapeuten en wijkverpleegkundigen

Huisartsen, medisch specialisten, apothekers, fysiotherapeuten en wijkverpleegkundigen zijn op de hoogte van/ hebben kennis van de multifactoriele aspecten en impact van valincidenten bij ouderen en de betekenis en rol van primaire en secundaire preventie.

#### **Methode:**

Organiseren van een symposium of bijscholingsbijeenkomst in Ziekenhuis Rijnstate

### 2. De valkliniek:

De valkliniek is in mei 2005 van start gegaan. Op de valkliniek worden risicofactoren om te vallen geprotocolleerd en multidisciplinair in kaart gebracht door een klinisch geriatr, een fysiotherapeut en een specialistisch verpleegkundige. Daarbij wordt de CBO richtlijn "preventie van valincidenten bij ouderen" gehanteerd. De aanbevelingen hierin zijn mede opgesteld door de Dutch Fall Prevention Collaboration Study Group. Nadien worden interventies gedaan om deze risicofactoren in aantal te verminderen omdat bekend is dat het valrisico bij ouderen gerelateerd is aan het aantal risicofactoren om te vallen.

### 3. Telefonische benadering

Tevens zijn door ziekenhuis Rijnstate ouderen telefonisch benaderd met de vraag of zij een huisbezoek dan wel andere informatie wilden over het valpreventieproject. Deze interventie was vooraf niet gepland. In één van de wijken bleef het aantal huisbezoeken achter in vergelijking met de andere wijk. Daarop is besloten de ouderen ook telefonisch te benaderen.

## 6 ] EFFECTMEETING

Analyse van de nul- en nameting van het project 'Halt U Valt' (door de Stichting Consument & Veiligheid) laat zien dat het effect van valpreventie bij ouderen onomstotelijk vast staat. De projectgroep heeft daarop besloten niet dezelfde nul- en nameting uit te voeren. Er is ervoor gekozen om binnen het project "Vallen? Liever niet!" een ander soort effectmeting te doen.

Nieuw aan het valpreventie project in Arnhem is de deelname van het ziekenhuis. Om die reden is gekozen om te meten welk effect het project heeft voor het aantal ziekenhuis-bezoeken en -opnames. De vraagstelling is: leiden de interventies die in het kader van het project onder ouderen zijn uitgevoerd tot een daling van het aantal ziekenhuis-bezoeken dan wel- opnames onder ouderen?

### METHODE VAN ONDERZOEK<sup>1</sup>

Om te onderzoeken wat het effect van het project op het aantal ziekenhuisbezoeken en -opnames is werden gegevens uit patiëntendossiers verzameld. Gegevens van voor de start van het project (oktober 2002- oktober 2003) en tijdens het project (oktober 2004-oktober 2005) werden met elkaar vergeleken.

Per periode werden dossiers gelicht van patiënten van 65 jaar en ouder uit de twee pilot-wijken die voor een opname of poliklinische behandeling in het ziekenhuis zijn geweest als gevolg van een valincident in of rond de woning. De volgende gegevens werden uit het dossier gehaald: geboortedatum, oorzaak van de val, het soort letsel, co-morbiditeit, consult van medebehandelaar, beperkt zijn van de zelfredzaamheid.

Om te kijken wat het effect van de interventies op de lange termijn (dus na de interventies) is heeft de projectgroep besloten om ook de dossiers van oktober 2005 t/m maart 2006 te lichten.

### Het volgende wordt onderzocht:

- Hoeveel ouderen zijn er voor opname of poliklinische behandeling in het ziekenhuis geweest?
- Welk letsel heeft de oudere opgelopen?
- Wat waren mogelijke oorzaken?
- Is de zelfredzaamheid beperkt als gevolg van de val?

<sup>1</sup> Bij het interpreteren van de resultaten moet rekening worden gehouden met het volgende:

- Er is niet gewerkt met een controlegroep uit vergelijkbare wijken waar geen interventies hebben plaatsgevonden;
- Er is geen rekening gehouden met de weersomstandigheden in beide periodes. Verschillende weersomstandigheden (sneeuw, gladheid) kunnen het resultaat beïnvloeden hebben.

## 7 ] RESULTATEN

Hieronder volgen de resultaten van de interventies zoals die per organisatie beschreven staan in hoofdstuk 5.

### **A SPORTBEDRIJF ARNHEM**

#### 1 Bijscholen MBvO docenten

Alle docenten (26) van MBvO hebben de workshop gevolgd. De helft van het aantal docenten heeft een evaluatieformulier ingevuld. Ruim 90% vindt dat de doelstelling van het project goed naar voren is gekomen. Iedereen vindt dat hij/zij nu beter is toegerust om instructies/informatie te geven t.a.v. valpreventie en in staat is om een aantal lessen te verzorgen met daarin aspecten van valpreventie. De actiemaand wordt door vrijwel iedereen als een goed middel gezien om valpreventie extra onder de aandacht te brengen. Door verschillende docenten wordt aangegeven dat herhaling een belangrijke kracht is om het project te doen slagen.

#### 2 Cursus "In Balans"

Na de start van de pilot zijn 2 groepen begonnen met in totaal 28 deelnemers. Bijna iedereen (90%) was al eens gevallen. Alle deelnemers zijn tevreden over de cursus. Ruim 90% zegt na deelname aan de cursus geheel of gedeeltelijk te weten wat belangrijk is voor de veiligheid in huis of wat oorzaken kunnen zijn van vallen. Meer dan de helft van de deelnemers is van plan het huis veiliger te gaan maken. De inhoud van de cursus werd gemiddeld met een 8.7 gewaardeerd (op een schaal van 1- 10).

#### 3 Demonstraties en informatie over bewegingsactiviteiten op informatiemarkten

De beide informatiemarkten zijn goed bezocht en gewaardeerd (zie resultaat bij SWOA/Rijnstate). Er is met enthousiasme geworven om ouderen mee te laten doen tijdens de demonstraties. Velen hebben meegedaan, gekeken of informatie gevraagd. Na de informatiemarkten hebben zich ruim 50 mensen opgegeven om mee te doen aan de cursus "In Balans" of Thai Chi. Voor beide cursussen ontstond een wachtlijst.

#### 4 Organiseren valpreventie actiemaand

De actiemaand wordt door 83% als zinvolle actie gezien ter bewustwording van valpreventie. Ruim 90% zegt nu te weten wat belangrijk is voor de veiligheid in huis en de helft zegt geheel of gedeeltelijk te weten wat ze moeten doen om vallen te voorkomen. Driekwart van de deelnemers zegt te weten bij wie ze terecht kunnen voor advies of aanpassingen. Slechts één derde zegt de oefeningen te integreren in de dagelijkse activiteiten. Van de deelnemers is tweederde al eens gevallen, maar dit was buitenshuis. 92% zegt tevreden te zijn over het organiseren van een actiemaand en geeft aan dat het aan te bevelen is voor anderen.

## **B STICHTING THUISZORG MIDDEN-GELDERLAND (STMG)**

### **1 Voorlichtingsbijeenkomst voor ouderen “Vallen..... dat gebeurt mij niet!”**

Er is in beide pilotwijken een éénmalige bijeenkomst geweest ‘Vallen... dat gebeurt mij niet’. In de wijk Presikhaaf is deze beoordeeld met een 5.9 (op een schaal van 1-10) en in Vredenburg met een 7.5 (op een schaal van 1-10). De lage score van de bijeenkomst in Presikhaaf had te maken met een aantal oorzaken: de faciliteiten van de ruimte lieten te wensen over en de deskundigheid van de begeleiding was niet optimaal. Ook de inhoud werd als niet concreet genoeg beoordeeld. De bijeenkomst is apart geëvalueerd met de betrokkenen.

De bijeenkomst in Vredenburg was wel succesvol. Voor 75% heeft de bijeenkomst aan de verwachtingen voldaan. Alle deelnemers weten wat belangrijk is voor veiligheid in huis en wat oorzaken kunnen zijn van vallen. Driekwart weet waar het risico voor hen zelf in zit en wat te doen om dit te voorkomen. Ook weet driekwart van de deelnemers waar men terecht kan voor advies en/of aanpassingen en is van plan het huis veiliger te gaan maken en meer te gaan bewegen. Men heeft behoefte aan vooral praktische tips. Tweederde van de ouderen was al eens gevallen.

Daarnaast is in het wijkcentrum ook eenzelfde bijeenkomst gehouden op verzoek van ouderen n.a.v. publiciteit die er in de pilotwijken was. Deze bijeenkomst werd beoordeeld met een 8.3. De bijeenkomst heeft voor ruim de helft van de deelnemers aan de verwachtingen voldaan. Ongeveer de helft weet wat belangrijk is voor veiligheid in huis, wat oorzaken kunnen zijn en waardoor men zelf kan vallen. Ook is de helft van plan meer te gaan bewegen. Iets minder dan de helft weet wat ze kan doen om vallen te voorkomen en waar men terecht kan voor advies en/of aanpassingen. De indruk van de begeleiders is dat de ouderen uit deze wijk minder goed op de hoogte zijn van aspecten omtrent valpreventie dan in de pilotwijken waar vanwege het project veel meer informatie en publiciteit was geweest.

### **2 Deskundigheidsbevordering ergonomie en valpreventie t.b.v. verzorgenden en huishoudelijke verzorgenden**

Er zijn drie bijeenkomsten geweest voor deskundigheidsbevordering van verzorgenden, twee bijeenkomsten over valpreventie voor verzorgenden en één bijeenkomst ergonomie en valpreventie voor huishoudelijk verzorgenden. Deze bijeenkomsten zijn verzorgd door zorgmanagers.

Van de verzorgenden zegt vrijwel iedereen (94-100%) dat men zich nu meer bewust is van het belang van veiligheid in huis, van oorzaken van vallen, en van het belang van

meer aandacht besteden aan valpreventie en eventueel door verwijzen. Ook is men in staat de cliënt te adviseren. De bijeenkomst werd met een 7.7 gemiddeld beoordeeld (op een schaal van 1-10). Als opmerking werd gegeven dat men veel geleerd had. Men is erg tevreden over de bijbehorende informatiemap.

De bijeenkomst valpreventie scoort een 8 (op een schaal van 1-10), men heeft het als erg leerzaam ervaren en is in staat de cliënt instructie te geven t.a.v. veilig opstaan en zitten op de stoel, rollator gebruik, (trap)lopen en signalering van valrisico's.

De bijeenkomst ergonomie en valpreventie voor huishoudelijk verzorgenden laat een zelfde beeld zien, zij geven een 8 (op een schaal van 1-10) voor de bijeenkomst. Door alle deelnemers wordt aangegeven dat cliënten soms moeilijk te motiveren zijn.

### 3 Afstemmen arbocheck en checklist ouderen

Arbofunctionarissen en wijkverpleegkundigen hebben de arbocheck en checklist ouderen op elkaar afgestemd tot ieders tevredenheid.

### 4 Consultatie en doorverwijsmogelijkheden met SWOA en ergotherapie Ziekenhuis Rijnstate

Er heeft overleg plaats gevonden tussen de verschillende partijen. Dit heeft geresulteerd in het vastleggen van samenwerkingsafspraken tussen STMG en SWOA en de STMG en de ergotherapie. Het aantal doorverwijzingen naar elkaar is niet sterk toegenomen.

### 5 Valpreventie huisbezoeken aan ouderen

Sinds de start van het project zijn ongeveer 53 huisbezoeken afgelegd (stand juni 2005). Daarbij wordt gewerkt met een handleiding voor wijkverpleegkundigen waarin o.a. de samenwerkingsafspraken tussen STMG, SWOA en ergotherapie zijn opgenomen en ook de checklist valpreventie. De handleiding valpreventie wordt beoordeeld met een 7.1 gemiddeld (op een schaal van 1-10) en 80% van de wijkverpleegkundigen voelt zich goed toegerust om het huisbezoek toegespitst op valpreventie uit te voeren. Adviezen die het meeste gegeven zijn betreffen woningaanpassingen (77%) en hulpmiddelen (33%).

## **C STICHTING WELZIJN EN OUDEREN ARNHEM (SWOA) EN STICHTING THUISZORG MIDDEN-GELDERLAND (STMG)**

### Ontwikkelen van een checklist valpreventie

Er is door medewerkers van de STMG en SWOA een checklist ontwikkeld. 80% van de wijkverpleegkundigen zegt de checklist overzichtelijk en praktisch te vinden en ook toepasbaar. Enkele suggesties ter aanvulling zijn gegeven. Beoordeling van checklist door SWOA: praktisch en goed toepasbaar.



## **D STICHTING WELZIJN EN OUDEREN ARNHEM (SWOA)**

### **1 Valbingo**

In beide pilot wijken is een valbingo georganiseerd met goede opkomst. 92% van het aantal deelnemers (100) zegt dit een goede manier te vinden om het onderwerp valpreventie onder de aandacht te brengen. Eén derde zegt nieuwe dingen gehoord te hebben, maar één derde zegt ook al te weten wat belangrijk is voor veiligheid in huis en een kwart zegt dat men al weet wat men kan doen om valongelukken te voorkomen. De valbingo wordt gewaardeerd met een 7.9 (op een schaal van 1-10).

### **2 Deskundigheidsbevordering buurtconciërges**

De buurtconciërges in de pilotwijken zijn individueel benaderd en hebben allemaal informatie en uitleg gekregen. Zij zijn tevens aanwezig geweest bij de bijeenkomsten van de andere medewerkers die t.b.v. dit project georganiseerd zijn. De buurtconciërge heeft zich sterk geprofileerd tijdens de infomarkten en de valbingo.

### **3 Deskundigheidbevordering medewerkers SWOA**

Er zijn bijeenkomsten georganiseerd waarin de medewerkers informatie en uitleg hebben gekregen over het project en de activiteiten. Daarnaast is speciaal aandacht geschonken aan de vrijwilligers die de receptie van de steunpunten bemensen.

### **4 Huisbezoek buurtconciërge**

Bij alle 17 bezoeken van een buurtconciërge zijn er tegelijkertijd ook aanpassingen verricht. Halverwege het project is de subsidie voor de buurtconciërge gestopt en is deze functie naar een andere organisatie overgegaan. Dit heeft belemmerend gewerkt op de inzetbaarheid.

### **5 Huisbezoek SWOA ouderenadviseur**

Er zijn door ouderenadviseurs 24 huisbezoeken afgelegd. In totaal zijn 35 adviezen gegeven, waarvan het grootste deel woningaanpassingen betreft.

## E HULPVERLENING GELDERLAND MIDDEN (HGM)

Heeft onderzoek gedaan naar mogelijkheden voor een consultatiebureau voor ouderen. Door HGM zijn drie groepsinterviews met ouderen uitgevoerd. Deze vonden plaats in een steunpunt, wijkcentrum en verzorgingshuis. In totaal is met 51 mensen gesproken.

Hieruit zijn de volgende conclusies getrokken:

- een kleinschalige, laagdrempelige activiteit op een voor ouderen bekende locatie (buurthuis, verzorgingshuis) heeft kans van slagen.
- frequentie van 1 keer per maand als uitgangspunt, misschien op termijn vaker.
- de wijkverpleegkundige kan voor de uitvoering zorgdragen.
- publiciteit over de dienst kan het beste op de locatie zelf én via mond-op-mond reclame.

Deze informatie is in eerste instantie voorgelegd aan de huisartsen uit Arnhem e.o. De huisartsen deelden de conclusies van het onderzoek niet en adviseerden “een andere strategie te ontwikkelen om de risicogroep ouderen te benaderen, meer directief via consultatie van sleutelfiguren in de wijk”. Zij gaven de suggestie om dan vervolgens huisbezoeken te laten afleggen door wijkverpleegkundigen. Op basis van deze informatie is besloten dat er onvoldoende draagvlak is om een consultatiebureau voor ouderen in Arnhem te starten.

## F STICHTING WELZIJN EN OUDEREN ARNHEM (SWOA) EN ZIEKENHUIS RIJNSTATE

### Informatiemarkten

Beide informatiemarkten zijn gehouden op de steunpunten van de SWOA en zeer goed bezocht (ongeveer 214 ouderen). Er was zelfs sprake van dat de ruimtes te klein waren in verhouding tot het aantal bezoekers. In totaal hebben 18 bedrijven/instellingen zich gepresenteerd en daarvan zegt 80% een zinvolle bijdrage te hebben kunnen leveren. Degenen die zeggen geen zinvolle bijdrage te hebben kunnen leveren (14%), gaven aan dat de ouderen al bekend waren met de voorzieningen. Eén vijfde van de bezoekers heeft nieuwe organisaties/instellingen leren kennen. Alle (99.5%) bezoekers vinden valpreventie een belangrijk onderwerp en vinden de organisaties/instellingen die zich presenteerden ook passend. 15% zegt een aantal onderwerpen gemist te hebben en heeft dit als een suggestie voor een volgende keer aangegeven. Ruim twee derde van de bezoekers zegt zich nu meer bewust te zijn van het belang van het voorkomen van vallen en weet nu waar men terecht kan voor advies en/of aanpassing. Het gemiddelde cijfer voor de infomarkt is een 8.1 (op een schaal van 1-10).



### Allochtonen

Ter voorbereiding van het project is twee maal met de allochtone vrouwengroep uit één van de wijken gesproken. De vrouwen zijn nadrukkelijk uitgenodigd voor de informatiemarkten, waarbij aangegeven is dat er iemand zou zijn die kon vertalen en uitleg geven. Alle affiches en posters en ook een persoonlijke mailing zijn in het Turks en Arabisch opgesteld. Affiches en posters zijn op plaatsen opgehangen waar deze vrouwen veelal komen. Tevens zijn sleutelfiguren in de wijk benaderd die nogmaals de vrouwen op de activiteiten hebben gewezen. Slechts enkele vrouwen hebben aan activiteiten deelgenomen. Tijdens de informatiemarkten in september en oktober waren mogelijk veel Turkse ouderen op vakantie.

## G ZIEKENHUIS RIJNSTATE

### 1 Deskundigheidsbevordering en uitwisseling van kennis en ervaring tussen en met huisartsen, fysiotherapeuten en wijkverpleegkundigen

In februari 2006 is een symposium gehouden voor professionals. Dat het onderwerp leeft, bleek uit het aantal bezoekers van het speciale symposium. De ongeveer 20 huisartsen en 35 fysiotherapeuten gaven aan het eind van het programma aan dat ze hun oudere patiënten graag wilden doorverwijzen naar het Valpreventie project. De deelnemers gaven echter ook aan te weinig informatie te hebben over het project.

### 2 Valkliniek

In 2005 zijn 44 patiënten op de valkliniek gezien. In 2006 inmiddels 24 patiënten. Het verwachte aantal patiënten op de valkliniek in 2006 is 100. In de eerste 8 maanden zagen de medewerkers 53 patiënten. 46 van hen (86%) was vrouw met een gemiddelde leeftijd van 81 jaar. In het jaar tot aan het bezoek van de valkliniek hebben deze patiënten 180 valpartijen doorgemaakt, in het jaar na de interventies op de valkliniek 68 valpartijen. Omgerekend komt dit neer op een risicoreductie van 64%. Dit is een aanzienlijke risicoreductie, die zou kunnen oplopen tot 68%.

**Met betrekking tot de risicofactoren zijn de volgende zaken te vermelden:**

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>POLYFARMACIE</b>              | Deze 53 patiënten gebruikten samen 270 geneesmiddelen voor het bezoek aan de valkliniek en 220 na het bezoek aan de valkliniek, hetgeen een reductie van 50 geneesmiddelen is.   |
| <b>MOBILITEITSSTOORNIS</b>       | 25 patiënten hadden een mobiliteitsstoornis. 15 patiënten gebruikten een stok, 21 een rollator bij het lopen. Frequent werden patiënten geadviseerd een rollator te gaan gebruiken in verband met een balansstoornis.                            |
| <b>ADL ZELFSTANDIG</b>           | 48 patiënten waren ADL zelfstandig.  |
| <b>ORTHOSTATISCHE HYPOTENSIE</b> | 26 patiënten hadden orthostatische hypotensie welke werd behandeld.  |
| <b>VISUSSTOORNIS</b>             | 21 patiënten hadden een visus stoornis met een visus < 0,5. Twee patiënten werden verwezen naar de oogarts voor het verbeteren van de visus, bij het merendeel van de patiënten was verbetering niet mogelijk.                                   |
| <b>GEWRICHTSAANDOENINGEN</b>     | 22 patiënten hadden gewrichtsaandoeningen.   |
| <b>DEPRESSIE</b>                 | 9 patiënten hadden een depressie die werd behandeld.   |
| <b>COGNITIE</b>                  | De gemiddelde MMSE score was 25,6 (maximale score 30). 16 patiënten hadden een dementie, 9 patiënten hadden lichte cognitieve stoornissen.   |
| <b>FYSIOTHERAPIE</b>             | 4 patiënten werden verwezen naar somatische dagbehandeling, 5 naar Mobiliteitscentrum Heyendaal, 2 naar een Thai Chi cursus voor valangstreductie, 2 naar hydrotherapie voor analgesie en angstreductie en 10 kregen particuliere fysiotherapie. |
| <b>OSTEOPOROSE</b>               | 20 patiënten hadden osteoporose of werden als osteoporosepatiënt gediagnosticeerd. Zij werden medicamenteus behandeld.   |



### 3 Telefonische benadering

De telefonische benadering heeft geleid tot een groot aantal nieuwe aanvragen voor een huisbezoek. Helaas was de beschikbaarheid van een telefoniste beperkt, zodat uiteindelijk niet alle ouderen op die manier benaderd zijn. Er zijn 512 ouderen gebeld waarvan 79 ouderen een huisbezoek hebben aangevraagd. Bij sommige ouderen bleek tijdens het bezoek dat ze eigenlijk geen belangstelling meer hadden.

Tijdens het telefoongesprek heeft tevens een inventarisatie plaatsgevonden betreffende de bekendheid met het project

en de communicatiemiddelen die het meest aan de bekendheid hebben bijgedragen. Eén derde van de gebelde mensen wist van het project af. Daarvan was het grootste deel middels de krant, de affiches en de wijkkrant op de hoogte gebracht. Ook de info vanuit de steunpunten heeft sterk bijgedragen aan de bekendheid met het project. Omdat het slechts een beperkte groep ouderen betreft uit één wijk, kunnen uit de resultaten geen duidelijk conclusies getrokken worden.

## 8 ] RESULTATEN VAN DE EFFECTMETING

Leiden de interventies die zijn uitgevoerd in het kader van het project valpreventie tot een daling van het aantal ziekenhuisbezoeken dan wel -opnames voor ouderen? De voor- en nametingen van het project werden uitgevoerd door de epidemioloog van Hulpverlening Gelderland Midden/GGD.

### AANTALLEN

Tijdens de voormeting (oktober 2002 tot oktober 2003) werden 86 mensen wegens vallen in en om het huis in het ziekenhuis gezien. In de periode oktober 2004 tot oktober 2005 (de pilotperiode) waren dat minder mensen (38). Het aantal valincidenten in en om het huis is in de periode met 56% gedaald.

We zien dat deze daling, na de interventieperiode, in het daaropvolgende half jaar doorzet. In die periode werden 15 mensen gezien wegens vallen in en om het huis. Dit komt, omgerekend, neer op 30 mensen in een heel jaar.

### LETSELS

Met het dalen van het aantal opnames is ook het aantal letsels afgenomen. Bijvoorbeeld het aantal letsels van dijbeen/heup/bekken was 30 in de voormeting. In de eerste nameting waren dit er 15 en in de tweede nameting waren dit er, omgerekend, 20 (zie de tabel).

Tabel: aantal en soort letsels per periode (omgerekend naar een jaar)

| Soort letsel | Voormeting<br>Okt 2002-okt 2003 | Nameting I<br>Okt 2004-okt 2005 | Nameting II<br>Okt 2005-maart 2006 |
|--------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Dijbeen/heup | 30                              | 15                              | 20                                 |
| Hand/pols    | 14                              | 7                               | 2                                  |
| Hoofd        | 10                              | 2                               | 2                                  |
| Schouder     | 7                               | 9                               |                                    |
| Rug          | 4                               | 1                               |                                    |
| Enkel/ voet  | 8                               | 3                               |                                    |
| Knie         | 4                               | 3                               |                                    |
| Arm          | 4                               | 4                               |                                    |
| Onderbeen    | 2                               |                                 |                                    |
| Elleboog     | 1                               |                                 |                                    |
| Rib          | 1                               |                                 |                                    |

## MOGELIJKE OORZAKEN

Het is niet altijd bekend wat de oorzaak is van een val. Struikelen en uitglijden zijn de meest voorkomende oorzaken. Ook worden ziekten als de ziekte van Parkinson, beroerte, artrose, evenwichtsstoornis, cardiovasculaire aandoeningen, epilepsie, verwardheid e.d. als oorzaken genoemd. Bij een deel van de ouderen werd niet de oorzaak maar de plaats van de val benoemd: toilet, douche, bad, tuin, keuken.

## ZELFREDZAAMHEID

Bij vrijwel alle ouderen was de zelfredzaamheid beperkt ten gevolge van de val.

## KOSTEN GEZONDHEIDSZORG

Om inzichtelijk te maken wat voor medische kosten het zou schelen voor bijvoorbeeld de zorgverzekeraar om het project "Vallen? Liever niet!" te laten doorgaan, bekeken we de heupfracturen.

| Soort letsel          | Voormeting | Nameting I | Nameting II |
|-----------------------|------------|------------|-------------|
| Heup/dijbeen fractuur | 30         | 15         | 20          |

Patiënten die hun heup of dijbeen breken, worden bijna altijd geopereerd. Het materiaal dat wordt ingebracht, verschilt nog wel eens. Men kan een hele nieuwe heup inbrengen, (zowel kop als kom) maar ook alleen de kop vervangen. Dit maakt in de prijs uit. Ook is er een mogelijkheid om een bepaalde schroef in te brengen. Omdat een nieuwe heup al goed omschreven is in een DBC (diagnose behandel combinatie) en dus ook financieel inzichtelijk is, nemen we deze als voorbeeld.

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Component                |   |
| Heupprothese             |   |
| 20 verpleegdagen         |   |
| ok verrichting           |   |
| 8,2x fysiotherapie       |   |
| Polibezoeken             |   |
| lab- en radiodiagnostiek |   |
| Overig                   |   |
| Deurprijs                | 9995 euro (inclusief honorarium specialisten) |



In de voormeting hadden 30 patiënten hun heup gebroken. Stel dat ze allemaal een nieuwe heup krijgen, zijn dit de kosten. Dit is ook verder vertaald na de 1e en 2e nameting.

| Kosten per totale heup | Aantal patiënten per jaar | Jaartal     | Totaal in Euro's |
|------------------------|---------------------------|-------------|------------------|
| 9.995                  | 30                        | 2003 - 2004 | 299.850          |
| 9.995                  | 15                        | 2004 - 2005 | 149.925          |
| 9.995                  | 20                        | 2005 - 2006 | 199.900          |

**LET OP:** een patiënt die een heup gebroken heeft, ligt gemiddeld 20 dagen in het ziekenhuis. Een patiënt die de heup laat vervangen omdat deze versleten is, ligt gemiddeld 7 dagen in het ziekenhuis. Men zou kunnen stellen dat men voor een patiënt met een gebroken heup drie patiënten met een versleten heup zou kunnen behandelen. Door het succes van het project vermindert het aantal patiënten met een gebroken heup. Hierdoor neemt de wachtlijst voor geplande operaties ook af.

## 9] PROCESEVALUATIE



In de projectgroep zitten twee vertegenwoordigers van Ziekenhuis Rijnstate. De een is projectleider van het valpreventieproject; de ander staffunctionaris die de projectleider ondersteunt en het secretariaat van “Vallen? Liever niet !” voert. Het project is gestart met voorbereidende gesprekken in oktober 2003. De STMG, de SWOA en HGM waren de eerste partners. Algauw is daar het Sportbedrijf van de gemeente Arnhem bijgekomen.

Bovengenoemde organisaties hebben met elkaar het projectplan van Ziekenhuis Rijnstate verder uitgewerkt en een begin gemaakt met het ontwikkelen van de

organisatie eigen interventies. In deze vorm heeft de projectgroep de voorbereidende werkzaamheden afgerond. De aftrap in de vorm van twee informatiemarkten is geweest op 30 september en 1 oktober 2004. Van juni 2004 tot heden is ondersteuning geboden door een communicatie adviseur.

### STUURGROEP

Naast de projectgroep is er ook een stuurgroep. In de stuurgroep zitten vertegenwoordigers van de raden van bestuur of het management van alle samenwerkende partners. De stuurgroep komt twee keer per jaar bijeen.

### DOELGROEP

In de voorbereidingsfase van het project is een paar keer gesproken over het toevoegen van vertegenwoordigers van de doelgroep aan de projectgroep. Dit is uiteindelijk niet gebeurd omdat diegene die hieraan zou deelnemen ziek is geworden. Wel heeft het Zorgkantoor Arnhem sinds september 2004 aan de projectgroep deelgenomen. Dit om mee te helpen zoeken naar oplossingen voor een structurele financiering.

### COMMUNICATIE

Omdat uit eerdere projecten duidelijk is geworden dat communicatie een belangrijk onderdeel van een dergelijk project is, is al eind 2003 aandacht besteed aan het inhuren van een communicatie adviseur. Dit is een tijdrovend en voor enkele project leden intensief traject geweest met een steeds verschuivende deadline. Uiteindelijk is in juni 2004

een communicatie-adviseur aangesteld die een communicatieplan geschreven heeft. Daarnaast zou hij het totale communicatie traject bewaken. In maart 2005 is hij vervangen door een andere communicatie adviseur.

Af en toe is in de projectgroep de epidemioloog van HGM aanwezig om een toelichting te geven op de vormen van evaluatie die mogelijk zijn bij een dergelijk project.

#### ALGEMENE CONCLUSIES:

- Het project is omvangrijker geworden dan vooraf is ingeschat. Gaandeweg is het aantal invalshoeken en interventies uitgebreid.
- Samenwerken is investeren in relaties en organisatieculturen.
- Communicatie is het allerbelangrijkst.
- Financiën organiseren en afwickelen is een tijdrovende kwestie, die soms niet in verhouding staat tot het rendement. Met name de subsidiegever Fonds OGZ stelt hoge eisen aan de terugrapportage.
- De grote kracht van de projectgroep is het enthousiasme en de betrokkenheid van de projectleden.
- Niet alleen de communicatie naar de doelgroep is van vitaal belang; ook onderlinge communicatie tussen de projectgroepleden moet helder zijn.

#### **Succes- en risicofactoren**

Als positief is het volgende ervaren;

- diversiteit van de interventies.
- inzet en enthousiasme van iedereen.
- deskundigheid van iedereen.
- samenwerking met zoveel disciplines.
- inzet veel vrijwilligers in de SWOA steunpunten.

Voor verbetering vatbaar zijn;

- planning.
- meteen goed inzetten op communicatie.
- afstemmen op de diverse organisatieculturen.
- projectleiding, technisch voorzitterschap helpt hierbij.
- doel van de vergaderingen definiëren en afbakenen.
- meer contact met Consument en Veiligheid.
- financiële aspecten: tijdsinvestering projectmedewerkers beter erkennen.
- het bereik van allochtonen vergroten.
- vaker tussentijds evalueren.
- bijstellen begroting.
- deelprojectplannen moeten goed overdraagbaar zijn.

## 10 ] CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

### CONCLUSIES

- Het doel van het project “Vallen? Liever niet!” is met 56% ruimschoots behaald.
- De deelname aan de activiteiten was groot en werd zowel door de ouderen als door de hulpverleners ook inhoudelijk zeer gewaardeerd.
- Voor het consultatiebureau voor ouderen was geen draagvlak.
- De samenwerking van de betrokken organisaties is zo goed geweest dat men kijkt of er op ander vlak uitbreiding kan plaats vinden.
- Een regelmatige procesevaluatie houden is belangrijk om waar nodig meteen de verbeterpunten aan te pakken.
- Tijdens de looptijd van het project zijn nieuwe kansen aangegrepen zoals:
  - Het aanbieden van huisbezoeken aan patiënten in het ziekenhuis om herhaling van vallen te voorkomen.
  - Het (kortdurend) beschikbaar zijn van een telefoniste.
- De valkliniek zorgt voor een risicoreductie van 68%.
- Kostenbesparing: het project leidt tot lagere kosten.
- De inzet en draagvlak van de betrokken organisaties is erg belangrijk.
- Het aanwezig zijn van de stuurgroep was essentieel voor het creëren van draagvlak in de organisaties.
- Het is de multifactoriele benadering die er voor zorgt dat het project een succes is voor zowel de ouderen als voor de intermediairen.
- Deelnemende ouderen zijn geïnformeerd, hun huis is veilig en ouderen bewegen zodanig dat ze goed in balans blijven.

### AANBEVELINGEN

- Maak van de interventies een structureel aanbod in de organisaties.
- Zorg voor financiële ondersteuning om er zeker van te zijn dat de inzet van de interventies mogelijk blijft.
- Maak dit project landelijk en betrek zo veel mogelijk partijen.
- Maak meer gebruik van Consument en Veiligheid.
- Betrek de doelgroep er meer bij.
- Zorg voor regelmatige terugkoppeling naar elkaar als het project “Vallen? Liever niet!” structureel aangeboden wordt.

### AFRONDING

Na juni 2006 wordt het project Valpreventie bij Ouderen afgerond. Met de tot op heden behaalde resultaten onderkennen alle betrokken partijen het belang van een structureel aanbod in valpreventie voor ouderen. De stuurgroep heeft daarom besloten voorwaarden te scheppen waardoor het mogelijk is om structureel door te gaan met “Vallen? Liever niet!” als het project als zodanig afgelopen is.

## 11 ] LITERATUUR



- 'Stad in evenwicht'; Stichting Consument & Veiligheid, 2000
- Procevaluatie 'Thuis in Evenwicht'; Stichting Consument & Veiligheid, 2002
- Projectplan 'Halt U valt'; Stichting Consument & Veiligheid, 2003
- Senioren en privé ongevallen; Stichting Consument & Veiligheid, 2003
- 'Thuis in de buurt'; Gemeente Arnhem, 2002
- 'Interne en externe factoren'; Wijkhuizen e.a., 1977
- 'Interne factoren'; Wijkhuizen e.a., 2002
- 'Vallen bij ouderen'; Dejaeger, Tijdschrift Gerontologie Geriatrie, 2003
- 'Is valpreventie effectief?'; Achterberg, TvZ, 2002
- "Preventing Falls in Community-Dwelling Frail Older People Using a Home Intervention Team (HIT): Results From the Randomized Falls-Hit Trial"; Nikolaus, Journal of American Geriatrics Society, 2003

## 12 ] SAMENVATTING

Elk jaar zijn er in Nederland 310.000 mensen van 55 jaar en ouder het slachtoffer van een privé-ongeval. Vallen in of om het huis is één van de redenen. Door een valincident moeten jaarlijks 140.000 mensen worden behandeld in een ziekenhuis. Uit eerdere vergelijkbare projecten blijkt dat valpreventie het aantal ongevallen aanmerkelijk vermindert. Reden om ook in de regio Arnhem met een valpreventieproject aan de slag te gaan.

Uit de literatuur blijkt dat de oorzaak van vallen gezocht kan worden in zowel interne als externe factoren (Wijlhuizen, e.a. 1997). Interne factoren zijn daarbij van groter belang dan externe factoren (Wijlhuizen, e.a. Haastrecht, 2002).

De meeste mensen vallen in de thuissituatie door:

- De fysieke omgeving: losliggende kledjes, natte vloeren, trottoirtegels, gebrek aan steunpunten, slechte verlichting of het ontbreken van verlichting, onaangepaste loopmiddelen, verkeerd schoeisel;
- Fysiologische oorzaken: slechte coördinatie en mobiliteit, vermindering van gezichts- en gehoorvermogen;
- Pathologische oorzaken: epilepsie, Parkinson, verstoord evenwicht, gezichtsproblemen, artrose, beroerte en dementie;
- De leefstijl: te snel opstaan, te weinig bewegen, risicogedrag door zelfoverschatting, alcoholgebruik, gebruik van bepaalde medicatie of verkeerd gebruik ervan;

### KOSTEN

Ervaring leert dat deze categorie patiënten vaak langer dan medisch noodzakelijk is in het ziekenhuis verblijft, omdat terugkeren naar de thuissituatie niet meer haalbaar blijkt. Hierdoor nemen de maatschappelijke kosten van de gezondheidszorg nog steeds toe (ruim 39.000 euro aan kosten per patiënt met een heupfractuur voor de gehele gezondheidszorg).

In concreto betekent dit in de regio Arnhem voor Ziekenhuis Rijnstate (de afdelingen Orthopedie en Heelkunde) dat er in toenemende mate patiënten met een fractuur (botbreuk) worden opgenomen (in 2005 zijn 332 patiënten met een heupfractuur opgenomen en in 2004: 325). Van de 332 patiënten met een heupfractuur komen er 262 vanuit de thuissituatie en 70 vanuit andere instellingen (stafbureau patiëntenlogistiek, Rijnstate).

### PREVENTIE

Voor patiënten die in het ziekenhuis opgenomen zijn met een fractuur wordt al veel gedaan om de door- en uitstroom te versnellen. Het zou effectiever zijn om opnames te voorkomen en preventief te gaan werken.

Uit eerder uitgevoerde vergelijkbare projecten blijkt dat een aanpak gericht op alle risicofactoren van vallen het meest effectief is. Vanuit die optiek hebben instellingen in de regio die zich richten op ouderenzorg en welzijn een gezamenlijke verantwoordelijkheid om valincidenten te verminderen. Het voeren van een beleid met betrekking tot valpreventie door gemeentes is zelfs verplicht vanaf 2003. Daarnaast heeft de Stichting Consument en Veiligheid al een aantal producten ontwikkeld die toegepast kunnen worden.

### SITUATIE ARNHEM

Anno 2004 is er in Arnhem geen samenhangend beleid / preventieprogramma van (zorg)instellingen en gemeente om valincidenten bij ouderen te voorkomen.

De volgende vijf organisaties besluiten dit wel op te pakken:

Stichting Thuiszorg Midden-Gelderland, Sportbedrijf Arnhem, Hulpverlening Gelderland Midden, Stichting Welzijn Ouderen Arnhem en Ziekenhuis Rijnstate. Zij stellen een preventieprogramma op en voeren dit uit als project. De Arnhemse Vereniging Samenwerkende Ouderenbonden en de dienst Stadsbeheer van de gemeente Arnhem werken op consultatieve basis mee aan het project. Later is Zorgkantoor Arnhem aan het project toegevoegd. In eerste instantie is er in 2 Arnhemse wijken een pilot gestart, waarna uitbreiding naar de gehele stad heeft plaatsgevonden.

### GEZAMENLIJK BELANG

Door de deelnemende organisaties is een gezamenlijk doel vastgesteld.

Alle genoemde organisaties erkennen de noodzaak om preventief te werken om het aantal valincidenten in de toekomst te verminderen. Bovendien onderschrijven alle deelnemende instanties het belang van een structureel karakter van activiteiten op dit gebied. Een en ander is middels een intentieverklaring bekrachtigd.

Het doel van het project Valpreventie bij Ouderen is als volgt geformuleerd:

**Samen met de betrokken partners is er in 2004 een samenhangend valpreventiebeleid in Arnhem opgesteld om het aantal valincidenten bij inwoners van 65 jaar en ouder met 10% (ten opzichte van een voormeting) te verminderen.**

### PROJECTAFBAKENING

- Het betreft valincidenten in en om de woonomgeving.
- Het betreft personen in de leeftijd van 65 en ouder.
- Zelfstandig wonend in Arnhem.
- De deelname van ouderen is op vrijwillige basis.



## COMMUNICATIE

Een belangrijk onderdeel van het project is de communicatie. Vooral het op de juiste manier benaderen van ouderen is van groot belang.

## PLAN VAN AANPAK

Vanuit het gezamenlijke doel hebben organisaties eigen doelstellingen geformuleerd. De activiteiten zijn daarbij op elkaar afgestemd en waar mogelijk wordt er samengewerkt. Huisbezoeken, voorlichtingsbijeenkomsten, Thai Chi, opstarten van een valkliniek zijn voorbeelden uit het repertoire van valpreventie activiteiten.

## PROCESEVALUATIE

De projectgroep heeft een proces-evaluatie gehouden door middel van vragenlijsten. Deze zijn ingevuld en besproken. De verbeterpunten zijn gelijk opgepakt en als een uitdaging gezien.

## EFFECTEVALUATIE

Alle interventies zijn geëvalueerd via vragenlijsten. Zowel door de ouderen als door de intermediairs.

## RESULTATEN

Tijdens de voormeting (oktober 2002 tot oktober 2003) werden 86 mensen wegens vallen in en om het huis in het ziekenhuis gezien. In de periode oktober 2004 tot oktober 2005 (de pilotperiode) waren dat minder mensen (38). Het aantal valincidenten in en om het huis is in die periode met 56% gedaald.

We zien dat deze daling in het daaropvolgende half jaar doorzet. In die periode werden 15 mensen gezien wegens vallen in en om het huis. Dit komt neer op 30 mensen in een heel jaar. Met het dalen van het aantal opnames is ook het aantal letsels afgenomen.

## CONCLUSIE VAN HET PROJECT

Het project Valpreventie bij Ouderen in Arnhem is geslaagd!

Samenhangende preventie maatregelen ten behoeve van het voorkómen van vallen hebben succes. Het doel van 10% is ruimschoots overtroffen.

## AFRONDING

Na juni 2006 wordt het project Valpreventie bij Ouderen afgerond. Met de tot op heden behaalde resultaten onderkennen alle betrokken partijen het belang van een structureel aanbod in valpreventie voor ouderen. Het project zal dan ook in structurele vorm verdergaan.

## AANBEVELINGEN

Zorgen voor een structureel aanbod in de regio Arnhem!

Uitgangspunten voor dit structurele aanbod zijn:

- Maak van de interventies een structureel aanbod in de organisaties.
- Zorg voor financiële ondersteuning om er zeker van te zijn dat de inzet van de interventies mogelijk blijft.
- Maak dit project zo groot mogelijk (landelijk?) en betrek zo veel mogelijk partijen.
- Maak meer gebruik van Consument en Veiligheid.
- Betrek de doelgroep er meer bij.
- Zorg voor regelmatige terugkoppeling naar elkaar als het project "Vallen? Liever niet!" structureel aangeboden wordt.





## COLOFON



Auteurs:  
Annette van Steen  
Henny Rexwinkel  
Sonja van Baal

Eindredactie:  
Zinnig Tekstadvies & Creatie, Arnhem

Lay-out :  
Lapis Vivus Grafisch Ontwerp, Oosterbeek



# EINDRAPPORTAGE

valpreventie