De haalbaarheid van de implementatie van het praktijkinstrument Valpreventie van Domus Medica in de huisartsenpraktijk.



De haalbaarheid van de implementatie van het praktijkinstrument Valpreventie van Domus Medica in de huisartsenpraktijk.

HAIO: Dr. Eline Allegaert (allegaerte@gmail.com) Praktijkopleider: Dr. Elia Voet
Promotor: Prof. K. Milisen ICPC-code: L49.01

ABSTRACT:

INLEIDING: Bij de thuiswonende populatie ouder dan 65 jaar valt een op drie ouderen minstens eenmaal per jaar. Dit heeft een belangrijke impact op bio-psycho-sociaal functioneren. Bij een multifactoriële evaluatie en interventie op zeven verschillende niveaus kan een significante reductie in valfrequentie bekomen worden. Recent verscheen door samenwerking van het *Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen* met *Domus Medica* het praktijkinstrument Val- en Fractuurpreventie.

ONDERZOEKSVRAGEN: Is de implementatie van het praktijkinstrument Valpreventie haalbaar bij thuiswonende ouderen in de huisartsensetting? Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren voor het implementeren van het praktijkinstrument? Wat zijn hiervan de oorzaken? Hoeveel tijd spendeert de huisarts gemiddeld aan de implementatie van dit praktijkinstrument?

ONDERZOEKSMETHODIEK: Een verkennend literatuuronderzoek wordt gevoerd en de Train-the-trainer sessie van *Domus Medica* i.k.v. valpreventie wordt bijgewoond. In overleg met de verschillende disciplines wordt een dossier valpreventie opgemaakt. De inclusiecriteria zijn: ouder dan 65 jaar, patiënt komt zelf op raadpleging, patiënt is thuiswonend en cognitief intact. Bij een verhoogd valrisico wordt een afspraak gemaakt voor een valevaluatie. De nodige interventies worden per patiënt uitgestippeld. De opvolging gebeurt in vier fasen: Overleg met de patiënt; Overleg met de verpleegkundige; Overleg met de kinesitherapeuten; Overleg met de ergotherapeuten.

RESULTATEN: Uit het oriënterend literatuuronderzoek komen voornamelijk de zeven valrisicofactoren aan bod. Het praktijkinstrument Valpreventie wordt kort toegelicht. De Train-the-trainer sessie toont het belang van multidisciplinariteit aan. Ook is individueel maatwerk per patiënt aangewezen. Het dossier valpreventie werd in overleg opgemaakt. Twaalf patiënten werden gerekruteerd, waarbij een valevaluatie met de daaraan gekoppelde interventies is gebeurd. De verschillende valrisicofactoren komen aan bod. Uit de opvolging van de patiënt komt naar voor dat valpreventie nuttig is en resultaten geeft, maar dat niet steeds alle aangewezen interventies worden uitgevoerd. Tijdens het overleg met de verpleegkundige, de kinesitherapeuten en de ergotherapeuten komen enkele bevorderende en belemmerende factoren aan bod: systematisch terugkerende methodiek; lokaal netwerk; samenwerking partners; kwaliteitsbepaling; gedrag; training in preventief werken; vergoedingsmogelijkheden; leiderschap; toegankelijke zorg voor ouderen. Er moet meer aandacht besteed worden aan de kennis van de patiënt, de motivatie van de patiënt door de huisarts en het multidisciplinair overleg. De tijdsinvestering is haalbaar voor de huisartsenpraktijk, met een gemiddelde tijdsinvestering van twintig minuten door de verpleegkundige en twintig minuten door de huisarts in het eerste consult.

DISCUSSIE en BESLUIT: De implementatie van het praktijkinstrument Val- en Fractuurpreventie bij thuiswonende ouderen is een haalbare kaart voor de huisartsenpraktijk, indien aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Motivatie van de patiënt en de huisarts, kennis i.v.m. valpreventie bij de huisarts en de patiënt en samenwerking tussen artsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten en ergotherapeuten zijn daarbij cruciaal. Studies met grotere patiëntengroepen zijn aangewezen om de implementatie van deze praktijkrichtlijn beter in kaart te brengen.

Inhoudstafel

Abstract 1

Inhoudstafel 2

Inleiding 4

1. **Motivatie** 4
2. **Oriënterend literatuuronderzoek** 4

Onderzoeksvragen 4

Onderzoeksmethodiek 5

1. **Literatuuronderzoek – Praktijkrichtlijn Valpreventie** 6
2. **Train-the-trainer sessie** 6
3. **Opmaken dossier valpreventie** 6
4. **Rekrutering** 6
   Inclusie- en exclusiecriteria 6
5. **Valevaluatie en interventies** 6
6. **Opvolging** 7
   a. Overleg met de patiënt 7
   b. Overleg met de verpleegkundige 7
   c. Overleg met de kinesitherapeuten 7
   d. Overleg met de ergotherapeuten 7

Resultaten 7

1. **Literatuuronderzoek - Praktijkinstrument: een korte toelichting** 7
2. **Train-the-trainer sessie** 10
3. **Opmaken Dossiers Valpreventie** 10
   a. Overleg met de verpleegkundige 10
   b. Overleg met de huisartsen 10
   c. Overleg met de ergotherapeuten 11
   d. Overleg met de kinesitherapeuten 11
   e. Overleg met de tweede lijn 11
4. **Rekrutering** 11
5. **Valevaluatie** 12
   a. Demografische factoren 12
   b. Tijdsbelasting 12
   c. Aanleiding van de consultatie 13
   d. Etiologie van de valincidenten 13
   e. Bespreking van de verschillende risicofactoren 13
      1. Valangst 13
      2. Zicht 14
      3. Voeten en schoeisel 14
      4. Omgeving en gedrag 14
      5. Duizeligheid 15
      6. Medicatie 15
      7. Evenwicht, spierkracht en mobiliteit 15

6. Interventies 16
a. Evenwicht, spierkracht en mobiliteit 16
b. Omgeving en gedrag 16
c. Medicatie 16
d. Voeten en schoeisel 16
e. Doorverwijzing tweede lijn 16
7. Opvolging 16
a. Overleg met de patiënt 16
b. Overleg met de verpleegkundige 17
c. Overleg met de kinesitherapeuten 17
d. Overleg met de ergotherapeuten 18

Discussie

1. Is de implementatie van het praktijkinstrument Valpreventie haalbaar bij thuiswonende ouderen in de huisartsensetting? 18
2. Wat zijn de bevorderende en de belemmerende factoren voor het implementeren van het praktijkinstrument? Wat zijn hiervan de oorzaken? 18
Systematisch terugkerende methodiek 19
Lokaal netwerk 19
Samenwerking partners 19
Kwaliteitsbepaling 19
Gedrag 19
Training in preventief werken 20
Vergoedingsmogelijkheden 20
Leiderschap 20
Toegankelijke zorg voor ouderen 20
3. Hoeveel tijd spendeert de huisarts gemiddeld aan de implementatie van dit praktijkinstrument? 21
4. Planning 21
5. Methodologische en praktische beperkingen van deze studie 21

Besluit 21

Dankwoord 21

Referenties 22

Bijlagen 23
1. Praktijkinstrument Valpreventie 23
2. Brochures – Flyers – Folders 31
a. Vermijd vallen 31
b. Zelfstandig thuiswonen : iets voor u ! 32
c. Van slaappillen kan je vallen 33
d. Checklist voor een veilige huisinrichting 34
3. Dossier Valpreventie 38
4. Verslag Kiné 42
5. Week van de Valpreventie 44
6. Goedgekeurd protocol 45
7. Gunstig advies Ethische Commissie 48

Inleiding

1. Motivatie

In mijn masterproef wil ik nagaan in hoeverre de implementatie van het praktijkinstrument Val- en Fractuurpreventie van *Domus Medica* haalbaar is in de huisartsenpraktijk.

Recent verscheen het Praktijkinstrument voor Val- en Fractuurpreventie van *Domus Medica* in samenwerking met het *Expertisecentrum voor Val- en fractuurpreventie Vlaanderen*. Dit wekte mijn interesse op om rond valproblematiek te werken. Het is een veel voorkomend probleem. Bovendien is valpreventie in de praktijk waar ik als HAIO ben terechtgekomen nagenoeg onbestaande. Het gaat om een praktijkverbeterend project, in nauwe samenwerking met de patiënt. Daarnaast biedt het de mogelijkheid het sociale netwerk van de praktijk te verstevigen en multidisciplinair samen te werken met kinesitherapeuten, verpleegkundigen, ergotherapeuten en de tweede lijn.

2. Oriënterend literatuuronderzoek

Binnen de thuiswonende populatie ouder dan 65 jaar, valt een op drie ouderen minstens een maal per jaar. Dit neemt zelfs toe met de leeftijd. Het vallen heeft een belangrijke impact op bio-psycho-sociaal vlak. De helft van de valincidenten gaat gepaard met een klein letsel. Bij tien tot vijftien procent gaat het om een ernstig letsel, zoals een heupfractuur. Eén op drie van de patiënten met een heupfractuur overlijdt binnen het jaar. Ook de daaropvolgende tien jaar blijft er een verhoogde kans op overlijden. Bovendien kan valangst het leven van de oudere gaan domineren. Dan worden vele activiteiten stopgezet, wat tot sociale isolatie, depressie en zelfs een verhoogd valrisico kan leiden. De valproblematiek heeft ook een belangrijke maatschappelijke kost. Zo berekenden *Haentjens et al. 2005* dat patiënten met een heupfractuur voor een bijkomende kost zorgen, oplopend tot 15.000 euro in het jaar volgend op de fractuur, dit in vergelijking met ouderen zonder een heupfractuur (1-4). De valproblematiek dreigt in de toekomst ook enkel toe te nemen, gezien de tendens tot vergrijzing van de bevolking. In 2001 bedroeg het aantal 65-plussers 16.9 %van de Belgische bevolking. Verwacht wordt dat dit in 2020 zal toenemen tot 19.1 % en in 2060 zelfs tot 24.8 % (5).

Er werden reeds interne (zoals orthostatische hypotensie, polyfarmacie, verminderde spiermassa...) en externe (zoals inadequate verlichting, trappen, losliggende tapijten...) risicofactoren aangetoond (6-9). Bij een multifactoriële evaluatie en interventie op zeven verschillende niveaus zoals beschreven in de praktijkrichtlijn van het *Expertisecentrum voor Val- en Fractuurpreventie Vlaanderen*, kan een reductie van 25 tot 40 % in valfrequentie bekomen worden, mits goede therapietrouw. Deze niveaus betreffen evenwicht, spierkracht en mobiliteit; medicatie; orthostatische hypotensie; zicht; voeten en schoeisel; omgeving en gedrag; en valangst (1,10).

In het verleden werden reeds verschillende richtlijnen ontwikkeld: 'Valpreventie bij thuiswonende ouderen: Praktijkrichtlijn voor Vlaanderen' van het *Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen* (1), *NICE* richtlijn: 'Falls in older people: assessing risk and prevention' (10), *EBMpracticenet* : 'Vallen bij Ouderen' (3), *American Geriatric Society*: 'Guideline for the prevention of falls in older persons' (9) …

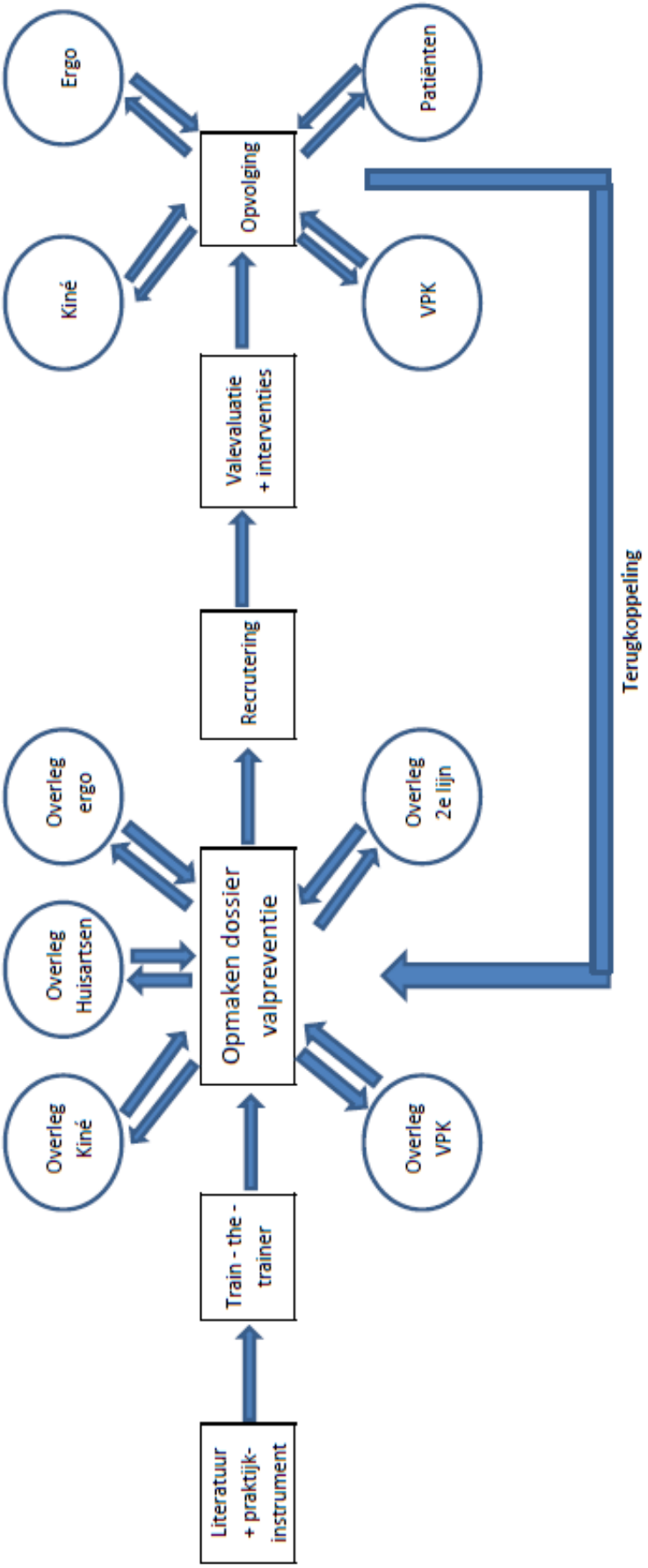
Recent verscheen door samenwerking van het *Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen* met *Domus Medica* het praktijkinstrument Val- en Fractuurpreventie (bijlage 1). Dit praktijkinstrument moet een leidraad zijn voor huisartsen, maar ook voor verpleegkundigen, ergotherapeuten en kinesitherapeuten in de thuiszorg om aan effectieve val- en fractuurpreventie te doen (11).

Onderzoeksvragen

1. Is de implementatie van het praktijkinstrument Valpreventie haalbaar bij thuiswonende ouderen in de huisartsensetting?
2. Wat zijn de bevorderende en de belemmerende factoren voor het implementeren van het praktijkinstrument? Wat zijn hiervan de oorzaken?
3. Hoeveel tijd spendeert de huisarts gemiddeld aan de implementatie van dit praktijkinstrument?

Onderzoeksmethodiek

Een samenvatting van de onderzoeksmethodiek wordt weergegeven in figuur 1.



Figuur 1: Verloop van de studie

1. Literatuuronderzoek – Praktijkrichtlijn Valpreventie

Bij het oriënterend literatuuronderzoek werden verschillende richtlijnen m.b.t. valpreventie nagekeken. In het bijzonder werd achtergrondinformatie verzameld op www.valpreventie.be, de website van het *Expertisecentrum Val- en Fractuurpreventie Vlaanderen*. Tevens werd de praktijkrichtlijn Valpreventie in detail bekeken (bijlage 1).

2. Train-the-trainer sessie

Domus Medica organiseerde in samenwerking met het *Expertisecentrum Val- en Fractuurpreventie* op 21/01/2016 een Train-the-trainer sessie om dit instrument te implementeren in de praktijk. Gemotiveerde huisartsen werden getraind om het praktijkinstrument toe te passen; en op hun beurt andere huisartsen op te leiden. Zelf heb ik de sessie bijgewoond, om hiermee in onze eigen praktijk aan de slag te kunnen gaan.

3. Opmaken dossier valpreventie

In nauwe samenwerking tussen de verschillende artsen en de andere disciplines, zoals weergegeven in figuur 1, wordt een dossier voor valpreventie binnen onze praktijk opgemaakt. Alle gegevens worden verzameld in een dossier per patiënt. De huisarts in opleiding heeft de verantwoordelijkheid over de dossiers en moet de gegevens van de verschillende disciplines erin verwerken. Het dossier wordt opgemaakt vertrekkend vanuit het praktijkinstrument.

Tevens zullen een beperkt aantal gegevens geregistreerd worden. Het gaat hierbij om leeftijd, geslacht, aanleiding van de raadpleging, aantal valincidenten gedurende het afgelopen jaar… Hiermee willen we mogelijks beïnvloedende demografische factoren opsporen. Tevens wordt de tijd die nodig is voor de raadpleging door de verpleegkundige en door de huisarts geregistreerd.

4. Rekrutering

In eerste instantie worden flyers, folders, brochures en affiches besteld via www.valpreventie.be. De affiche wordt tijdig opgehangen in de wachtzaal. De flyers, folders en brochures worden in de wachtzaal gelegd en zullen ook gebruikt worden tijdens de raadplegingen in het kader van val- en fractuurpreventie (bijlage 2a-d).

Vervolgens wordt overlegd hoe we de samenwerking in onze praktijk zullen organiseren. Een eerste inclusieronde gebeurt van 01/04/2016 t.e.m. 20/05/2016. Een tweede inclusieronde gebeurt van 15/07/2016 t.e.m. 15/09/2016. In deze periode bevraagt elke arts alle patiënten boven de 65 jaar, die zelf op raadpleging komen. Indien deze een valincident hebben doorgemaakt gedurende het voorbije jaar, of valangst hebben, wordt een afspraak gemaakt.

Inclusie- en exclusiecriteria

De inclusiecriteria zijn: patiënt is ouder dan 65 jaar, patiënt komt zelf op raadpleging, patiënt is thuiswonend en patiënt is cognitief intact. De exclusiecriteria zijn: patiënten op huisbezoek, immobiele patiënten, terminale patiënten, patiënten met een cognitieve beperking, patiënten wonend in residentiële setting of serviceflats.

5. Valevaluatie en interventies

Voor de patiënten die in aanmerking komen, wordt een afspraak vastgelegd. Ze zullen eerst bij de verpleegkundige komen en daarna aansluitend bij de arts. De verschillende risicofactoren worden bekeken aan de hand van het opgemaakte dossier voor valpreventie. De mogelijke interventies worden met de patiënt besproken en genoteerd in het dossier.

6. **Opvolging**

a. Overleg met de patiënt

Na een tot drie maanden worden de patiënten die deelnamen aan deze studie telefonisch gecontacteerd. Hierbij wordt bevraagd wat ze van het consult i.k.v. valpreventie hebben onthouden. Welke interventies werden uitgevoerd? Welke interventies werden niet uitgevoerd en waarom? Wat zijn de positieve en negatieve ervaringen? Hoe zouden we deze contacten nog kunnen optimaliseren?

b. Overleg met de verpleegkundige

In een gesprek met de verpleegkundige komen volgende thema's aan bod: Wat zijn de ervaringen van de verpleegkundige? Waar zitten de moeilijkheden? Zijn er belemmerende en bevorderende factoren?

c. Overleg met de kinesitherapeuten

Er wordt telefonisch of via e-mail contact opgenomen met de samenwerkende kinesitherapeuten. Hierbij worden volgende thema's bevraagd: Komt valpreventie/gangrevalidatie vaak aan bod in jullie praktijk? Zijn er ook verwijzingen door de huisartsen? Wat lijken voor u de grootste drempels voor de patiënten? Waar is volgens u verbetering mogelijk?

d. Overleg met de ergotherapeuten

Tevens worden de ergotherapeuten bevraagd. Hier komen dezelfde thema's als bij de kinesitherapeuten aan bod.

Resultaten

Achtereenvolgend worden de resultaten bij de verschillende stappen besproken.

1. Literatuuronderzoek - Praktijkinstrument: een korte toelichting

In de inleiding werd reeds een deel van het literatuuronderzoek besproken. Hier wordt het praktijkinstrument Valpreventie van het *Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen* toegelicht.
Op basis van de praktijkrichtlijn Valpreventie bij thuiswonende ouderen (vanaf 65 jaar) met verhoogd valrisico, werd het praktijkinstrument valpreventie en het praktijkinstrument fractuurpreventie ontwikkeld. Deze systematiseren de praktijkrichtlijn. In dit proefwerk gaat de focus uit naar valpreventie en wordt het praktijkinstrument fractuurpreventie buiten beschouwing gelaten (bijlage 1).

Hierbij vertrekt men van de patiënt die 65 jaar of ouder is. Wanneer er een consultatie is n.a.v. een val of een letsel t.g.v. een val, moeten de letsels uiteraard behandeld worden, maar moet telkens ook nagegaan worden of het hier om een verhoogd valrisico gaat. Tevens moet dit eenmaal per jaar nagevraagd worden, bijvoorbeeld bij het vernieuwen van het GMD (vroeger tevens GMD+). Er is een verhoogd valrisico indien de persoon minstens twee keer gevallen is tijdens het afgelopen jaar of indien er loop- en/of evenwichtsstoornissen zijn.

Wanneer er geen verhoogd valrisico is, worden enkel adviezen gegeven i.v.m. een gezonde levensstijl. De belangrijkste zaken zijn hierbij fitheid en activiteit; omgevingsveiligheid; gezonde voeding; blootstelling aan zonlicht; vermijden blootstelling aan tabaksrook.

Wanneer er wel een verhoogd valrisico aanwezig is, moet een multifactoriële valevaluatie gepland worden. De zeven meest voorkomende risicofactoren voor vallen worden bekeken (figuur 2).



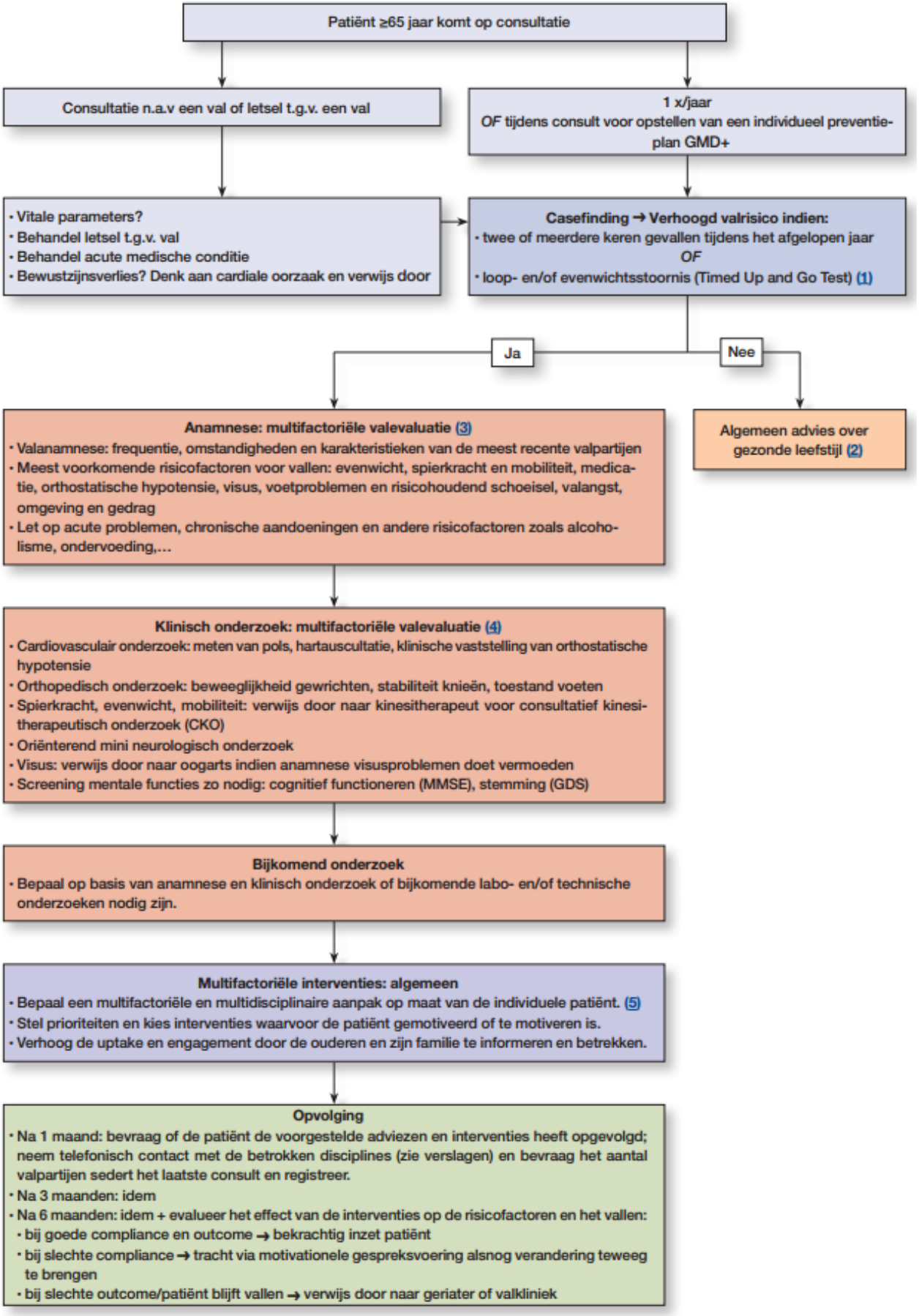
Figuur 2: Wat zijn de valrisicofactoren? Bron: www.valpreventie.be

- Hierbij worden anamnestisch een aantal zaken nagegaan:
  - De valanamnese; de meest voorkomende risicofactoren voor vallen; mogelijks aanwezige acute problemen en chronische aandoeningen; andere risicofactoren zoals alcoholisme, ondervoeding…
  - Het klinisch onderzoek bestaat uit een cardiovasculair onderzoek; een orthopedisch onderzoek, spierkracht, evenwicht en mobiliteit (eventueel CKO); oriënterend neurologisch onderzoek; visus (eventueel oogarts); eventueel screening mentale functies.
  - Zo nodig worden bijkomend labo- en/of technische onderzoeken aangevraagd.

- Uit de multifactoriële valevaluatie moet een multifactoriële en multidisciplinaire aanpak opgemaakt worden op maat van de individuele patiënt. Familie kan hierbij betrokken worden.

- Na een, drie en zes maanden wordt opvolging voorzien.

- Een overzicht van deze stappen wordt weergegeven in figuur 3.



Figuur 3: Overzicht van het Praktijkinstrument voor Valpreventie. Hierin worden de verschillende stappen schematisch weergegeven. Bron: Praktijkinstrument voor Valpreventie van het Exptertisecentrum voor Val- en fractuurpreventie Vlaanderen in samenwerking met Domus Medica.

2. Train-the-trainer sessie

Tijdens de Train-the-trainer sessie helpt voornamelijk de ervaring van Dr. Balligand Elie, huisarts, mij bij het uitbouwen van een sociaal netwerk. Hij maakt duidelijk dat valpreventie best niet enkel door de huisarts wordt toegepast, hoewel deze daarin wel een cruciale rol speelt. Als de evaluatie door één persoon gebeurt, is dit heel tijdrovend. Bovendien heeft de huisarts hier meestal onvoldoende expertise voor. De aanpak van alle risicofactoren is ook veel zinvoller dan de aanpak van een enkele factor. Een multidisciplinaire evaluatie met een nauwe samenwerking met andere disciplines is dus vereist. De kinesitherapeut kan spierkracht, evenwicht en mobiliteit evalueren, terwijl de expertise i.v.m. omgeving en gedrag voornamelijk bij de ergotherapeut ligt. Een verpleegkundige kan de evaluatie met betrekking tot de voeten en het schoeisel doen en de valangst en het zicht bevragen en concretiseren. Er wordt naar de oftalmoloog verwezen indien een evaluatie van het zicht nodig is. De huisarts evalueert de mogelijkheid van orthostatische hypotensie en voert een screenend klinisch onderzoek uit. Hij of zij is ook verantwoordelijk voor de evaluatie van de medicatie, voor de verwijzing naar andere hulpverleners en voor de opvolging van het dossier. Dr. Balligand adviseert om reeds vooraf contacten te leggen met de belangrijkste ergotherapeuten en kinesitherapeuten en concrete afspraken te maken i.v.m. verwijzing en terugkoppeling van de onderzoeken en interventies.

Dr. Balligand vertelt ook dat vanuit zijn ervaring, het moeilijk is om op alle risicofactoren tegelijk in te werken. Mensen staan niet meteen open voor verandering, en te veel ineens willen veranderen kan hen afschrikken en demotiveren. Daarom is het noodzakelijk steeds bij de patiënt af te toetsen wat wel en niet aanvaardbaar is. Tijdens volgende raadplegingen kan dan de therapietrouw nagegaan worden en kunnen eventuele andere interventies aangeraden worden. Het moet dus gaan om een multidisciplinaire aanpak op maat van de individuele patiënt. Het kan bovendien zinvol zijn om familie en omgeving hierbij te betrekken.

3. Opmaken Dossier Valpreventie

Vertrekkend vanuit het praktijkinstrument resulteert zo het overleg binnen de verschillende disciplines tot een ‘dossier valpreventie’ voor onze praktijk (bijlage 3). Hieronder worden de resultaten van de verschillende stappen besproken.

a. Overleg met de verpleegkundige

Ten eerste werken we samen met een verpleegkundige. In onze praktijk is reeds een verpleegkundige aan het werk. Zij is gemotiveerd om een actieve rol op te nemen binnen valpreventie in onze praktijk. Zij heeft het praktijkinstrument Val- en Fractuurpreventie doorgenomen. We hebben samen de topics overlopen die door haar zullen worden geëvalueerd. Tevens is het patiëntendossier en de manier van registratie besproken. Bij haar eerste patiëntencontact ben ik ook zelf aanwezig, om zo nodig bij te sturen.

De verpleegkundige vraagt de valangst na en concretiseert dit. Ook het zicht wordt door de verpleegkundige nagevraagd. Eveneens wordt de risicofactor voeten/schoeisel bevraagd en bekeken en worden een aantal zaken i.v.m. omgeving en gedrag bevraagd. De (voorbeeld)vragen hiervoor zijn overgenomen uit het Praktijkinstrument Val- en Fractuurpreventie. De verpleegkundige meet ook de bloeddruk en pols liggend en staand (orthostatische hypotensie). Ze voert tevens de Timed Up and Go test uit (spierkracht-evenwicht-mobiliteit).

b. Overleg met de huisartsen

De huisarts bekijkt de geneesmiddelen en OTC-producten die de patiënt inneemt. Gaat het om polyfarmacie? Is er risicovolle medicatie? Zijn er mogelijkse interacties? Hoe is de therapietrouw? Hoe is de calciuminname van de patiënt? Is het noodzakelijk om de medicatie aan te passen?

Tijdens het klinisch onderzoek heeft de arts oog voor het cardiovasculair onderzoek (pols, bloeddruk, auscultatie, orthostatische hypotensie) en het orthopedisch onderzoek met name de beweeglijkheid van de gewrichten, stabiliteit van de knieën, toestand van de voeten, eventuele voorgeschiedenis. Tevens wordt een screenend neurologisch onderzoek uitgevoerd. Zo nodig worden de mentale functies getest.

c. Overleg met de ergotherapeuten

Vervolgens wordt contact opgenomen met de ergotherapeuten van de twee grootste mutualiteiten in onze regio (Christelijke Mutualiteit en De Voorzorg) om te overleggen i.v.m. mogelijke ergotherapeutische evaluaties i.k.v. valpreventie. Er worden afspraken gemaakt omtrent de aanmelding van de patiënten. Bij De Voorzorg kan dit via het gratis nummer 0800 97 520, via de Mediotheek of via e-mail naar mediotheek.304@devoorzorg.be. Bij de Christelijke Mutualiteit kan dit via e-mail naar thuiszorgcentrum.retie@cm.be. Hierbij moeten de gegevens van de patiënt vermeld worden (naam, adres, gemeente, telefoonnummer, rijksregisternummer, contactpersoon) en de probleemstelling.

Het verloop is gelijkaardig bij de verschillende mutualiteiten. De Voorzorg plant een huisbezoek in binnen de twee weken. Bij de Christelijke Mutualiteit wordt dit formulier aan de ergotherapeuten doorgegeven, die dan een huisbezoek inplannen. De wachttijd bedraagt drie tot vier weken. De rapportering gebeurt naar de aanvrager (in dit geval de huisarts) en de patiënt. De ergotherapeuten vermelden wel dat er maar zelden aanvragen komen van de huisartsen.

Daarna wordt afhankelijk van de evaluatie al dan niet opvolging voorzien. Indien de mensen gebaat zijn met hulpmiddelen, volgen de ergotherapeuten dit mee op. Voor verbouwingen in huis werken ze samen met andere instanties. Afhankelijk van de vraag en de problemen van de patiënt kunnen verschillende huisbezoeken ingepland worden. Vaak wordt enkel een advies gegeven waarmee de mensen dan zelf aan de slag kunnen.

d. Overleg met de kinesitherapeuten

Als vierde partner contacteer ik de twee grootste kinesitherapeutische praktijken van ons dorp. Op de eerste praktijk kan ik langsgaan voor een gesprek. Daar overloop ik samen met de vier kinesitherapeuten de problematiek. Het Praktijkinstrument Val- en Fractuurpreventie van het *Expertisecentrum voor Val- en fractuurpreventie Vlaanderen* was hen onbekend. We nemen dit samen door. In hun praktijk komt valpreventie al aan bod, maar dan voornamelijk verwezen vanuit de tweede lijn. Verwijzingen door huisartsen waren er nog nooit. Ze willen hierrond wel met onze praktijk samenwerken. Ik kan enkel telefonisch spreken met een van de kinesitherapeuten van de andere praktijk. Zij hebben minder ervaring met valpreventie, maar ook zij willen met ons samenwerken. Met beide praktijken wordt afgesproken dat ik de patiënten mag verwijzen voor een consultatief kinesitherapeutisch onderzoek. Dan zal worden getest op spierkracht, mobiliteit en evenwicht. Er wordt een verslag opgemaakt voor de huisarts (bijlage 4). Indien de patiënt in aanmerking zou komen voor F-pathologie, wordt dit door hen aangevraagd. Zonder F-pathologie zijn de patiënten ook welkom voor achttien sessies in het kader van valpreventie en gangrevalidatie.

e. Overleg met de tweede lijn

Als laatste wordt contact opgenomen met Dr. Guido Van Hamme, geriater in het regionaal ziekenhuis Heilig Hart Mol, als tweede lijn. Het Praktijkinstrument Val- en Fractuurpreventie wordt doorgenomen en vergeleken met de aanpak van valpreventie op hun geriatrische dienst. Dezelfde risicofactoren worden daar nagegaan bij de patiënten die opgenomen zijn op de geriatrische afdeling, maar meestal is dat pas na een doorgemaakte val met ernstige letsels. Opnieuw wordt erop gewezen dat huisartsen te weinig aandacht hebben voor valpreventie, en dat ze als tweede lijn enkel kunnen proberen nieuwe valincidenten te vermijden. Aangezien daar geen valkliniek is, maken we afspraken voor mogelijke verwijzingen. Dan kan ik telefonisch contact met hem opnemen, om te overleggen of een verwijzing via het dagziekenhuis voldoende is, of er een opname noodzakelijk is. Ik krijg ook de kans om een valevaluatie door de kinesitherapeut en ergotherapeut te volgen. In samenwerking met hen maak ik dan ook een evaluatieformulier op voor verwijzing naar de kinesitherapeuten. Dit kan dan als feedbackformulier gebruikt worden (bijlage 4).

4. Rekrutering

Tijdens de eerste fase van rekrutering worden tien patiënten weerhouden. Dit komt overeen met een op dertig patiënten ouder dan 65 jaar die tijdens deze periode op raadpleging kwamen. Tijdens de tweede fase worden amper twee patiënten weerhouden. Dit komt overeen met een op veertig patiënten ouder dan 65 jaar die tijdens deze periode op raadpleging kwamen.

Zoals eerder vermeld, valt een op de drie mensen die ouder zijn dan 65 jaar minstens eenmaal per jaar. In vergelijking hiermee wordt maar een klein aantal gerekruteerd. Het meest voorkomende probleem ligt bij de arts. In veertig procent

van de gevallen werd vergeten de valincidenten te bevragen. Bovendien is er weerstand bij de patiënten. De H.A.I.O. is een nieuwe arts in de praktijk, die nog niet iedereen heeft leren kennen en met wie al helemaal geen vertrouwensrelatie is opgebouwd. Een aantal patiënten vermeldt ook het nut niet in te zien van valpreventie, of ze vinden dat dit voor hen nog niet van toepassing is. Twee patiënten mochten niet deelnemen van hun partner. In vergelijking met de cijfers van het *Expertisecentrum voor Val- en Fractuurpreventie*, kunnen we ook spreken van een onderrapportering van het aantal valincidenten door de patiënt. Bovendien worden enkel patiënten weerhouden die zelf op raadpleging komen, waardoor de groep thuiswonende ouderen die minder mobiel zijn per definitie al wordt uitgesloten.

5. Valevaluatie

Een valevaluatie vindt plaats bij twaalf patiënten. Zoals eerder beschreven worden deze patiënten eerst geëvalueerd door de verpleegkundige en daarna aansluitend door de arts. Hieronder worden de verschillende parameters van deze patiënten besproken. Eveneens is er aandacht voor de mogelijke interventies.

a. Demografische factoren

Bij de deelnemers zijn zes mannen en zes vrouwen. Een op zes van de patiënten is tussen de 65 en de 70 jaar. De helft van de patiënten behoort tot de leeftijdscategorie 71 t.e.m. 80 jaar. Een op drie van de patiënten is ouder dan 80. Niemand is ouder dan 90 jaar. Twee patiënten gebruiken sporadisch een loophulpmiddel: één patiënt een wandelstok, één patiënt een looprekje. De demografische gegevens worden weergegeven in tabel 1.

Leeftijd	Geslacht	Aanleiding raadpleging valpreventie	Valepisodes	Loophulmiddel	Tijd VPK	Tijd HA
72	man	valepisodes zonder ernstige fysieke gevolgen	3		30	20
83	man	onzeker, valangst	0		20	25
87	man	valepisodes zonder ernstige fysieke gevolgen	2	looprekje	20	25
75	vrouw	valepisode met fractuur	1		25	20
79	vrouw	valepisode, valangst	1	wandelstok	20	20
72	vrouw	valepisodes zonder ernstige fysieke gevolgen	3		20	25
82	vrouw	valepisode zonder ernstige fysieke gevolgen	1		20	20
68	man	vertigo	0		20	15
72	vrouw	valepisodes zonder ernstige fysieke gevolgen	2		20	20
76	man	duizeligheid	0		15	15
67	man	vertigo	1		20	15
83	vrouw	struikelt vaak	3		20	15

Tabel 1: Demografische factoren: Leeftijd, Geslacht, Aanleiding van de raadpleging valpreventie, Aantal valepisodes gedurende de voorbije twaalf maanden, Loophulpmiddel, Tijd in minuten die de verpleegkundige (VPK) investeert, Tijd in minuten die de huisarts (HA) investeert.

b. Tijdsbelasting

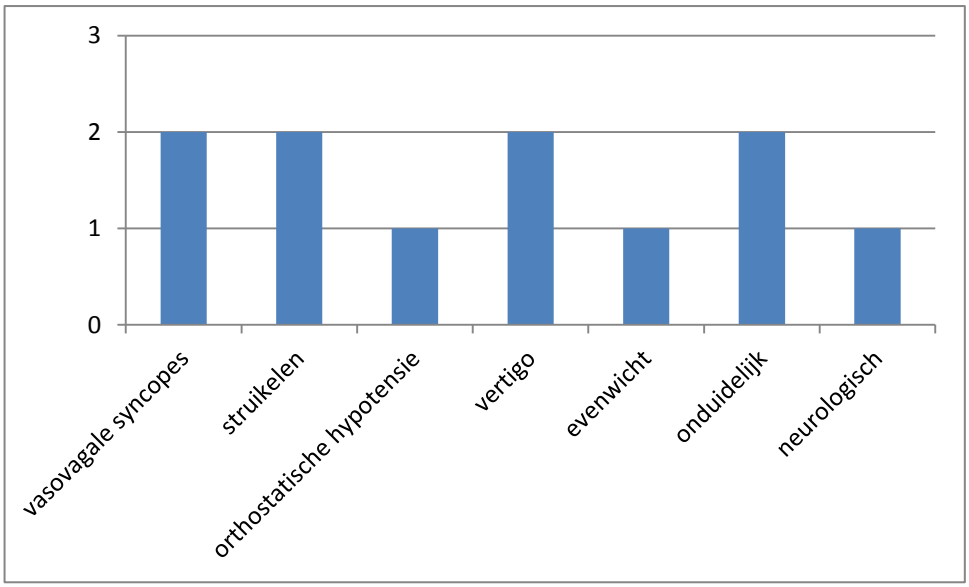
De verpleegkundige spendeert gemiddeld 20,8 minuten per patiënt met een standaarddeviatie van 3.59. Er is wel sprake van een leercurve, waarbij voor de eerste patiënten van de studie tot maximum dertig minuten nodig zijn en voor de laatste patiënten vijftien minuten (minimum) al volstaan. De huisarts spendeert gemiddeld 19,6 minuten per patiënt, gaande van vijftien minuten als minimum tot vijfentwintig minuten als maximum. Ook hier is sprake van een leercurve. Voor de opvolging van de gegeven adviezen, cfr. infra, was gemiddeld zes minuten nodig voor het telefonisch consult, met een minimum van twee minuten, een maximum van negen minuten en een standaarddeviatie van 1,85. De tijdsbelasting wordt weergegeven in tabel 1.

c. Aanleiding van de consultatie

Twee op de drie patiënten is minstens één keer gevallen het voorbije jaar. Een patiënt maakte een valincident mee met majeure impact op haar fysieke integriteit. Vijfentwintig procent vermeldt een gevoel van duizeligheid, in combinatie met valangst.

d. Etiologie van de valincidenten

De oorzaak van de valincidenten varieert heel sterk. Het gaat om vasovagale syncopes, vertigo, struikelen, orthostatische hypotensie, evenwichtsproblemen, neurologische problemen en onduidelijke oorzaken. De verdeling van de etiologie wordt weergegeven in grafiek 1.

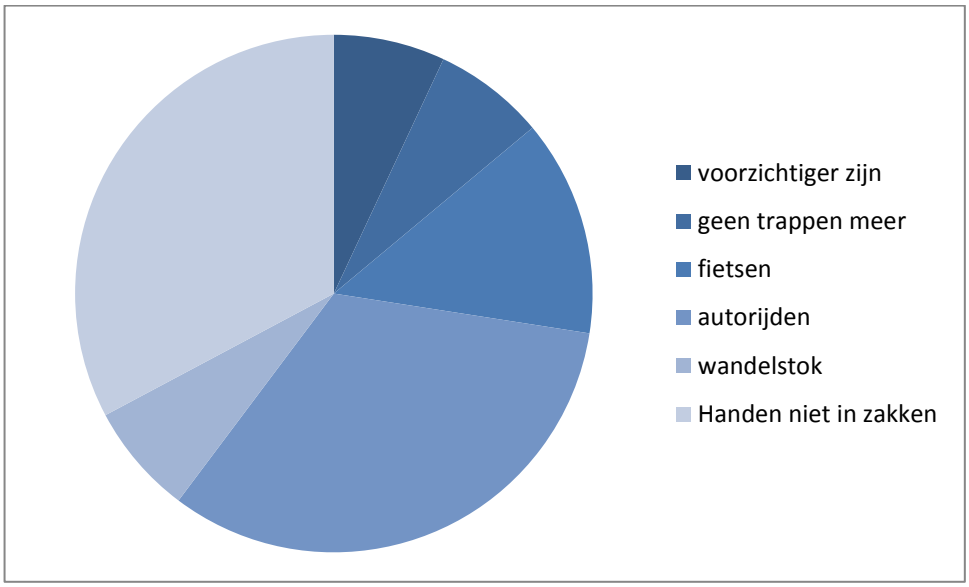


Grafiek 1: De etiologie van de verschillende valincidenten. X-as: de verschillende oorzaken, y-as: het aantal patiënten die dit als oorzaak vermelden.

e. Bespreking van de verschillende risicofactoren

1. Valangst

   Vijftig procent van de patiënten geeft aan bang te zijn om te vallen, resulterend in vermijdingsgedrag. Eén patiënt ontwikkelde valangst zonder gevolgen voor het dagelijks functioneren. Vijf patiënten zijn niet bang om (opnieuw) te vallen. De meest voorkomende gevolgen in het dagelijks functioneren worden verhoudingsgewijs weergegeven in Grafiek 2.

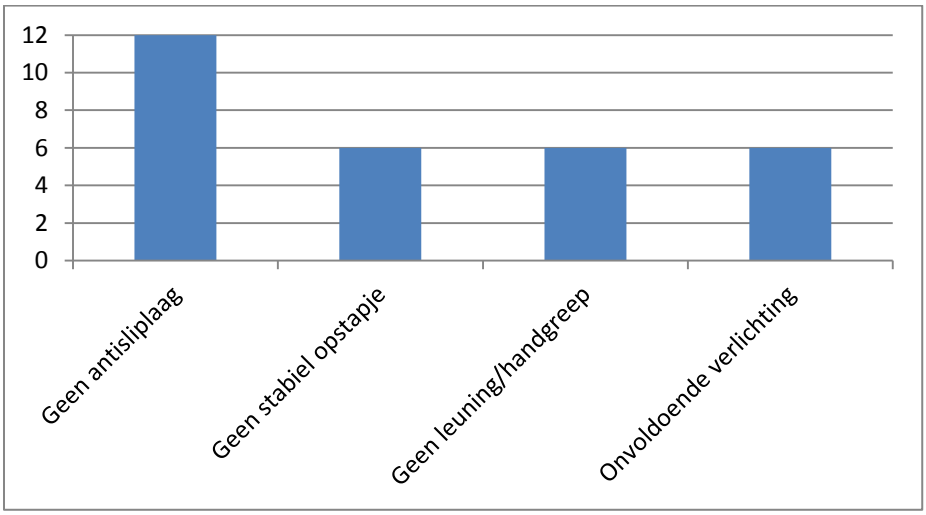


Grafiek 2: Gevolgen van valincidenten voor het dagelijks functioneren. Voorzichtiger zijn in ADL, Geen trappen meer doen, Niet meer fietsen, Niet meer autorijden, Een wandelstok gebruiken, De handen niet meer in de zakken houden.

2. Zicht
   Geen enkele van de patiënten beschikt over een goed zicht. Vijf op de zes patiënten werd hier wel (recent) voor gecontroleerd door de oogarts. Bij hen is ook opvolging voorzien. Een op zes patiënten heeft zichtproblemen en is hiervoor niet in behandeling.

3. Voeten en schoeisel
   Bij drie op vier patiënten worden geen afwijkingen gevonden ter hoogte van de voeten. Eén patiënt vertoont hyposensibiliteit ter hoogte van beide onderste ledematen, dit ten gevolge van eerdere chemotherapie. Bij één patiënt is er sprake van krachtverlies in de onderste ledematen. Er is maar één patiënt die aangeeft steeds aangepast schoeisel te dragen. Elf van de twaalf patiënten draagt geregeld schoenen zonder steun aan de hiel. Een op zes patiënten geeft aan geregeld op blote voeten of kousen rond te lopen.

4. Omgeving en gedrag
   Aan de hand van drie screenende vragen (bijlage 3) wordt een risico-inschatting gemaakt. De helft van de patiënten geeft aan zich te haasten naar de telefoon of deurbel. Tevens geeft vijftig procent aan een stoel te gebruiken om dingen op hoogte te nemen. Ook geeft de helft van de patiënten toe 's nachts soms op te staan zonder het licht aan te steken. Bij het overlopen van de checklist voor een veilige huisinrichting (bijlage 2d) komen volgende problemen het meest frequent naar voor (grafiek 3): tapijten zonder antisliplaag (100 %), het gebruik van een stoel i.p.v. een stabiel opstapje met leuning (50 %), geen of weinig gebruik van trapleuningen – handgrepen (50 %), te weinig gebruik van verlichting (50 %).
   Bij een op de drie patiënten is een ergotherapeutische evaluatie aangewezen. Bij vijftig procent volstaat het dat de huisarts zelf de mogelijke interventies bespreekt. Bij twee patiënten is het huis reeds volledig aangepast.

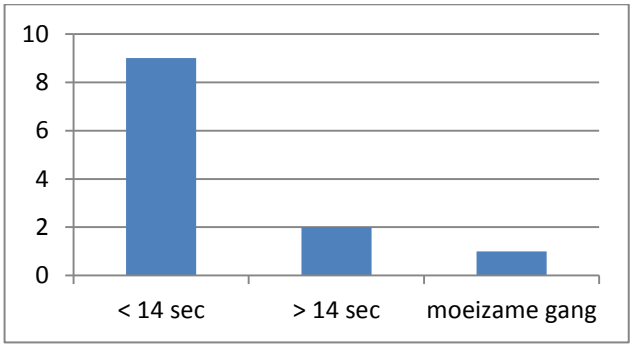


Grafiek 3: De meest voorkomende problemen i.v.m. huisinrichting na overlopen van checklist voor een veilige huisinrichting bij de twaalf deelnemende patiënten

5. Duizeligheid
   Bij niemand is er objectief sprake van orthostatische hypotensie. Eén patiënt heeft hiervoor wel een suggestieve anamnese. Twee patiënten zijn gekend met benigne paroxysmale positioneringsvertigo (BPPV) en worden hiervoor al kinesitherapeutisch behandeld.

6. Medicatie
   Alle patiënten blijken na anamnese therapietrouw te zijn, al dan niet met hulp van familie of verpleegkundigen. Bij 75 % kunnen geen aanpassingen in de medicatie gebeuren. Hierbij is soms wel sprake van risicovolle medicatie (antidepressiva en diuretica). Deze kan niet worden gestopt of afgebouwd, gezien het gaat om een terechte indicatie. Eén op vier patiënten neemt chronisch benzodiazepines of Z-drugs in voor het slapen gaan. Deze patiënten zijn zich niet bewust van de risico's die hiermee gepaard gaan.

7. Evenwicht, spierkracht en mobiliteit
   De Timed Up and Go test is bij 75 % van de patiënten normaal: tijd < 14 seconden, normaal gangpatroon. Een op zes patiënten heeft meer dan veertien seconden nodig. Bij één patiënt wordt een moeizame gang vastgesteld (grafiek 4). Drie patiënten hebben een totale knieprothese of totale heupprothese, maar vertonen een normale mobiliteit. Eén patiënt met een totale heupprothese vertoont een beperkte mobiliteit, hoewel de Timed Up and Go test normaal is. Eén patiënt is gekend met Morbus Parkinson. Hierbij is reeds kinesitherapie voorzien m.b.t. behoud van mobiliteit, kracht en evenwicht. Eén patiënt maakte een cerebrovasculair accident (CVA) door. Hiervoor is ook reeds revalidatie opgestart.



Grafiek 4: Resultaten van de Timed Up and Go test, uitgevoerd door de verpleegkundige. X-as: tijd nodig om de test uit te voeren en eventuele klinische observaties, y-as: aantal patiënten.

6. Interventies

Alle patiënten worden gemotiveerd tot een actieve levensstijl. Bovendien wordt uitleg gegeven i.v.m. gezonde voeding, calciuminname, alcoholgebruik, roken… Er wordt hen aangeraden om sociale isolatie te voorkomen. De verschillende infobrochures worden meegegeven (bijlage 2a-d) om thuis nog eens door te nemen en te bespreken met partner, familie en thuiszorg. Er wordt ook benadrukt dat het uitermate belangrijk is elk toekomstig valincident te melden aan en te bespreken met de huisarts.

Bij twee patiënten wordt eveneens een botmeting aangeraden. Deze zijn beiden niet afwijkend.

a. Evenwicht, spierkracht en mobiliteit
   Vier patiënten zijn reeds in behandeling bij de kinesitherapeut omwille van specifieke problemen (twee maal BPPV, eenmaal Morbus Parkinson, eenmaal revalidatie na CVA). Bij vier patiënten is een CKO aangewezen, waartoe twee patiënten kunnen gemotiveerd worden. Eén patiënt wil graag oefentherapie, hoewel dit voor hem niet aangewezen is. Voor de overige drie patiënten is geen CKO aangewezen.

b. Omgeving en gedrag
   Bij 75 % van de patiënten wordt de checklist voor een veilige thuisinrichting overlopen. Aan de hand van de antwoorden hierop, worden de nodige adviezen gegeven. Bij de helft van de patiënten volstaat het advies van de huisarts. Bij vier patiënten is een thuisevaluatie door een ergotherapeut aangewezen. Niemand kon hiertoe gemotiveerd worden, om diverse redenen: mag niet van partner, er zijn geen problemen, willen geen vreemde in huis. Bij twee patiënten is de thuisomgeving reeds volledig aangepast.

c. Medicatie
   25 % van de patiënten neemt benzodiazepines of Z-drugs. Aan hen wordt uitleg gegeven over de risico's hiervan. Twee patiënten kunnen gemotiveerd worden om een afbouwschema te proberen. Bij één patiënt resulteerde dit in een afname van het gebruik van benzodiazepines tot sporadische inname. Bij één patiënt wordt de pijnstilling geoptimaliseerd. Bij één patiënt wordt de behandeling voor osteoporose bijgesteld. Bij de andere patiënten zijn geen aanpassingen noodzakelijk, maar wordt nogmaals de nadruk gelegd op therapietrouw.

d. Voeten en schoeisel
   Bij elf van de twaalf patiënten wordt advies gegeven over veilig schoeisel. Bij één patiënt is er sprake van krachtverlies ter hoogte van de onderste ledematen. Aan hem wordt oefentherapie voorgesteld. Hij kon hiertoe niet gemotiveerd worden omwille van eerdere slechte ervaringen met een kinesitherapeut.

e. Doorverwijzing tweede lijn:
   Twee patiënten worden aangeraden om een afspraak te maken bij de oftalmoloog omwille van zichtproblemen. Een van deze patiënten heeft ook effectief de oftalmoloog geconsulteerd. Bij geen enkele patiënt was een valevaluatie in de tweede lijn noodzakelijk.

7. Opvolging

a. Overleg met de patiënt
   Na één tot drie maanden contacteert de huisarts elke patiënt telefonisch. Bij de opvolging zijn twee patiënten uitgevallen. Deze patiënten bevinden zich intussen in een palliatieve setting. Per patiënt is gemiddeld zes minuten nodig voor dit telefonisch consult. Acht patiënten geven (subjectief) aan een goede vooruitgang te hebben gemaakt. Zeven daarvan vinden de raadpleging i.v.m. valpreventie nuttig en zijn in meer of mindere mate gemotiveerd tot verandering. Vijf patiënten geven aan hun gedrag thuis aangepast te hebben. Drie patiënten hebben in hun woning veranderingen aangebracht. Twee patiënten geven aan dat het jammer is dat deze valpreventiemaatregelen nu pas werden voorgesteld. De helft van de patiënten vindt de meegegeven brochures nuttig. Eén patiënt kan opnieuw actiever zijn door de

aangepaste pijnstilling. De helft van de patiënten geeft aan toch nog verkeerd schoeisel te dragen, maar bij één patiënt werd het schoeisel consequent aangepast. De rest van de patiënten draagt minder vaak onveilig schoeisel. De kinesitherapie wordt bij alle drie de patiënten als een meerwaarde ervaren. De valangst is erdoor afgenomen. De twee patiënten die initieel kinesitherapie weigerden, konden hier niet meer toe gemotiveerd worden. Bij één patiënt werd de slaapmedicatie afgebouwd. Twee patiënten zijn ontevreden over de raadpleging en vonden dit tijdsverlies. Ze hebben er niks van opgestoken en konden niet gemotiveerd worden tot verandering.
Als belemmerende factor kunnen we weerhouden dat het niet evident is om thuis alle aanpassingen ineens door te voeren. De patiënten geven aan gehecht te zijn aan hun matten, schoenen, … Bovendien is het voor velen niet wenselijk een 'vreemde' toe te laten in hun woning voor een ergotherapeutisch advies.Geen enkele van de patiënten is opnieuw gevallen tijdens de periode van opvolging. Samenvattend kunnen we dus stellen dat bij acht op de tien patiënten een vooruitgang is geboekt. Geen enkele keer werden alle adviezen opgevolgd. Zeven op tien patiënten heeft zich tegenover vrienden en familie positief uitgesproken over valpreventie. Patiënten van wie familie (partner, kinderen) bij de raadplegingen i.v.m. valpreventie aanwezig was, konden makkelijker tot gedragsverandering gemotiveerd worden.

b. Overleg met de verpleegkundige

De verpleegkundige die heeft meegewerkt aan dit project, vindt het nuttig om aan valpreventie te doen omdat er op heden te weinig aandacht aan besteed wordt. Als belemmerende factoren vermeldt ze de Timed Up and Go test en de beperkte interesse vanuit de populatie. De Timed Up and Go Test gaf een aantal keer een vertekend beeld, omdat de mensen op dat moment net heel veel aandacht besteedden aan hun gangpatroon. Dit zorgt dan ook voor een beter tot normaal gangpatroon, hoewel ze bij het wandelen naar de consultatieruimte dan wel weer evenwichtsproblemen e.d. vertonen. Het is dus belangrijk de Timed Up and Go test niet als enige parameter te gebruiken, maar altijd aandacht te hebben voor het gangpatroon van de patiënten. De verpleegkundige kaart aan dat ondanks de aanwezigheid van de affiche en brochures in de wachtzaal, er geen enkele vraag naar valpreventie vanuit de patiënten zelf is gekomen. Het is belangrijk dat dit ook aangekaart wordt door de huisarts, thuisverpleegkundigen... De huisarts die hier weinig of geen aandacht aan besteedt, verhoogt enkel de drempel. De combinatie van de brochures en het motiveren door de huisarts heeft dan wel weer resultaat. Dit vormt dan ook een punt waar verbetering mogelijk is. De verpleegkundige heeft weinig moeilijkheden ervaren tijdens haar evaluatie van de patiënten in het kader van valpreventie. Wel merkt ze op dat het soms niet evident is een goed evenwicht te bewaren tussen het verhaal van de patiënt en de tijdsinvestering. Een correcte en voldoende uitgebreide valevaluatie is noodzakelijk, maar eens de patiënten hun verhaal beginnen, is het soms moeilijk om bij het onderwerp te blijven.

c. Overleg met de kinesitherapeuten

Valpreventie/gangrevalidatie komt aan bod in de praktijken, maar eerder in beperkte mate. Kinesitherapeuten ontvangen zelden voorschriften door huisartsen i.v.m. valpreventie. De patiënten worden vaak verwezen vanuit de tweede lijn, na een ziekenhuisopname in het kader van een valincident. Ook door huisartsen worden patiënten doorgestuurd, maar meestal staan op het voorschrift dan verschillende diagnoses, al dan niet met daarbij gangrevalidatie vermeld. Het gaat meestal om personen met een sedentaire levensstijl. Vaak komen de problemen terug na het aflopen van hun F-pathologie. Er komen twee belemmerende factoren naar voor. Als eerste zien veel patiënten hun probleem niet in, of zien ze het nut niet in van de toegepaste oefentherapie. Als tweede ervaren de kinesitherapeuten soms weerstand omdat ze de patiënt letterlijk verplichten om uit hun luie zetel te komen en actief te zijn. Er komen eveneens twee grote punten tot verbetering naar voor. Vooreerst is het belangrijk dat zowel de huisartsen als de kinesitherapeuten en (thuis)verpleegkundigen meer aandacht besteden aan valpreventie. Zo worden patiënten gedetecteerd en kunnen ze mogelijks ook gemotiveerd worden. Ten tweede is een vlottere communicatie tussen huisarts en kinesitherapeut wenselijk. Onderling overleg en informatie over elkaars bekwaamheden/specialisaties is cruciaal.

d. Overleg met de ergotherapeuten

Een aantal belemmerende factoren komen aan bod. De ergotherapeuten geven aan dat er bijna nooit verwijzingen gebeuren door de huisarts. Meestal gaat het om een verwijzing vanuit de tweede lijn of worden patiënten door de mutualiteit doorverwezen nadat ze daar om raad vroegen i.v.m. aanvragen voor een loophulpmiddel. Bij de patiënten die uiteindelijk aangemeld zijn, zijn de ergotherapeuten wel welkom. Ze geven hun adviezen, en een deel daarvan wordt ook effectief opgevolgd. Toch is het niet evident patiënten te motiveren tot gedragsverandering. Mogelijke verbeteringen zijn, zoals ook vermeld bij het overleg met de kinesitherapeuten, meer aandacht hebben voor valpreventie en meer informatie geven aan de patiënten over de functie van ergotherapeuten.

Discussie

1. Is de implementatie van het praktijkinstrument Valpreventie haalbaar bij thuiswonende ouderen in de huisartsensetting?

De implementatie van het praktijkinstrument Val- en Fractuurpreventie bij thuiswonende ouderen is zeker een haalbare kaart voor de huisartsenpraktijk. Echter moet wel aan een aantal voorwaarden voldaan worden. Om chronische aandoeningen/problemen beter te managen, is interactie vereist op verschillende niveaus. Volgens het ICCC-model (The Innovative Care fo Chronic Conditions model) zijn acties nodig op micro- (patiënt, gezondheidswerkers, familie), macro- (gemeenschap) en meso-niveau (beleidsniveau). Er moet een wisselwerking ontstaan tussen de patiënt (als actieve deelnemer in de gezondheidszorg), de gezondheidswerkers, de gemeenschap en het beleid van onze gezondheidszorg om winst in de levenskwaliteit van de patiënt en zijn familie te bewerkstelligen (12). In deze studie komt voornamelijk het micro-niveau aan bod.

Vooreerst is het belangrijk dat de artsen zelf tijd investeren in valpreventie en het initiatief durven nemen. De patiënt moet geïnformeerd worden over het mogelijke valrisico en zowel doelstellingen als strategieën moeten besproken worden. De patiënt moet gemotiveerd worden tot gedragsverandering op lange termijn. Best wordt hierbij de familie en mantelzorg betrokken.
Uit deze studie blijkt dat de belangrijkste belemmerende factor is dat gevestigde huisartsen valproblematiek vergeten aan te kaarten. Het is maar zelden dat de patiënten n.a.v. affiches en brochures in de wachtzaal actief vragen om meer informatie. Mogelijks kan het persoonlijk aanschrijven van alle patiënten boven de 65 jaar ook een oplossing bieden. Eveneens kan dit opgenomen worden in het jaarlijkse Globaal Medisch Dossier (vroeger ook GMD+). Een systematisch terugkerende methodiek, zoals vb. *De Week van de Valpreventie* (bijlage 5), is nodig om valpreventie blijvend te integreren in de praktijk (13).

Een tweede belangrijke voorwaarde is dat de kennis m.b.t. valpreventie aanwezig is bij de artsen. Zo moet de arts aandacht hebben voor alle risicofactoren gezien de multifactoriële problematiek. Dit geeft betere resultaten dan aandacht en aanpassingen m.b.t. tot een afzonderlijke risicofactor.

Ook de derde voorwaarde houdt hiermee verband. Er is immers een samenwerking noodzakelijk met de verschillende disciplines, met name verpleegkundigen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten en de tweede lijn. De sociale kaart van de huisartsenpraktijk moet worden uitgewerkt tot een landschap waarin verwijzen, overleg en feedback evident wordt. Valpreventie moet opgenomen zijn in een goed opgebouwd lokaal netwerk (13).

2. Wat zijn de bevorderende en de belemmerende factoren voor het implementeren van het praktijkinstrument? Wat zijn hiervan de oorzaken?

Vlaeyen et al. 2016 bieden beleidsaanbevelingen omtrent de implementatie van val- en fractuurpreventie bij thuiswonende ouderen. Aan de hand van multidisciplinaire brainstormsessies en literatuuronderzoek werden negen bevorderende en belemmerende factoren geïdentificeerd. Deze worden vergeleken met de resultaten uit dit praktijkverbeterend project (tabel 2) (13).

Systematisch terugkerende methodiek
Structuur ingebed in een lokaal netwerk
Samenwerking partners
Kwaliteit/benchmarking
Gedrag
Training in preventief werken
Vergoedingsmogelijkheden
Leiderschap
Toegankelijke zorg voor ouderen

Tabel 2: De negen meest prioritaire bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie van val- en fractuurpreventie volgens Vlaeyen et al. 2016 (13)

Vooreerst is een *systematisch terugkerende methodiek* aangewezen om valpreventie blijvend te integreren. Op meso-niveau is in Vlaanderen de *Week van de Valpreventie* (bijlage 5) hier al een goed voorbeeld van. Deze studie toont aan dat het ook op praktijkniveau belangrijk is dat er op een systematische manier aandacht voor is. De arts zelf kan zowel een belemmerende als een bevorderende factor zijn. Wanneer deze hierin geen tijd wil investeren omdat 'het al druk genoeg is', wanneer de arts zelf over onvoldoende kennis beschikt, wanneer de arts niet consequent alle mogelijke patiënten bevraagt, worden heel wat patiënten gemist. Tevens was het voor deze studie ook een belemmerende factor dat de patiënten mij nog niet (genoeg) kenden. Als nieuwe arts in een praktijk moet gewerkt worden aan een vertrouwensrelatie.

Ten tweede dient valpreventie ingebed te zijn in een *lokaal netwerk*. Er is behoefte aan langdurige zorg van verschillende gezondheidswerkers die op een efficiënte manier samenwerken met dezelfde doelstellingen voor ogen. In deze studie werd vooraf contact opgenomen met de verschillende disciplines en werden duidelijke afspraken gemaakt. Dit was een bevorderende factor. Helaas was er wel weerstand vanuit de patiënten zelf. Alle patiënten in deze studie stonden weigerachtig tegenover een huisbezoek van een ergotherapeut. De belangrijkste reden die de patiënten hiervoor aangeven is dat ze liever geen onbekende mensen in hun huis toelaten. Eveneens willen ze niks veranderen aan hun huis/omgeving. Ook een verwijzing naar de kinesitherapeut was niet altijd vanzelfsprekend. De mensen zien op tegen de verplaatsing, mensen hebben het financieel wat moeilijker, of ze hebben eerder al een slechte ervaring gehad met de kinesitherapeut. De taak van de huisarts is dan ook om de patiënten te informeren over het nut en het doel van deze disciplines, en eventuele obstakels op te lossen.

Ten derde is een goede *samenwerking* tussen de verschillende *partners* noodzakelijk. *Vlaeyen et al. 2016* wijzen op het belang van fysieke en digitale overlegstructuren tussen alle betrokken partijen. In deze studie gebeurde de terugkoppeling voornamelijk naar de huisarts. Tussen de disciplines onderling is er verder geen overleg gebeurd. Eveneens is er te weinig feedback m.b.t. de opvolging van de patiënten van de huisarts naar de andere gezondheidswerkers toe. Dit vormt dan ook een werkpunt voor onze praktijk.

Als vierde factor weerhouden *Vlaeyen et al.2016 kwaliteitsbepaling*. Op dit moment is er te weinig registratie van de valincidenten, de oorzaken ervan en de gevolgen die ermee gepaard gaan. Ook op micro-niveau is dit belangrijk. De thuisverpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis registreren reeds elk valincident. Dankzij een tool in het medisch programma kunnen huisartsen dit nu ook rechtstreeks inkijken. Hiervan en van soortgelijke registraties, moet in de toekomst nog meer gebruik gemaakt worden.

De volgende factor is het *gedrag* van de patiënten. Ook uit deze studie blijkt dat veel mensen niet meteen open staan voor (gedrags-)verandering. Veel ineens veranderen blijkt een hele opgave. De patiënten motiveren is niet evident. Een mogelijke oplossing hiervoor is een individueel traject opstellen voor de patiënt, waarbij kleine veranderingen elkaar opvolgen op het moment dat de patiënt er zelf klaar voor is. Er moet bij elke individuele patiënt afgetoetst worden wat voor deze patiënt haalbare kaart is. De patiënt moet geïnformeerd en gemotiveerd worden naargelang de fase van (mogelijke)

gedragsverandering waarin de patiënt zich bevindt, overeenstemmend met het model van *Prochaska en Diclemente* (14). Belangrijk is ook deze interventies op te volgen, zodat de patiënt gemotiveerd en zo nodig bijgestuurd kan worden. In de volgende raadplegingen kan dan een volgende stap gezet worden. Ten tweede speelt de kennis van de patiënt een belangrijke rol. Ouderen zullen minder gemotiveerd zijn tot valpreventie als ze niet weten dat vallen kan voorkomen worden, dat dit ondermeer d.m.v. fysieke activiteit kan en welk e activiteit hiervoor voldoende is (15). Dit kan op alle valrisicofactoren toegepast worden. Sommige mensen zien valincidenten als inherent aan het proces van veroudering, waardoor het voor hen onmogelijk lijkt hieraan iets te veranderen. Wanneer de patiënten hierover niet correct geïnformeerd worden, is de motivatie tot gedragsverandering slechts beperkt. Ze zijn namelijk in de overtuiging dat preventieve maatregelen zinloos zijn. Vervolgens is ook de angst van de patiënt een belangrijke belemmerende factor. Vaak worden valincidenten verzwegen, omdat de patiënten bang zijn voor de mogelijke gevolgen. Ze willen geen ziekenhuisopname, ze willen niet opgenomen worden in een RVT, ze willen geen extra onderzoeken. Een mogelijke oplossing hiervoor is hierover op een eerlijke en open manier te communiceren met de patiënt. Maak de patiënt duidelijk dat alle disciplines hetzelfde doel voor ogen hebben: minder valincidenten, minder valangst en in tweede tijd dus ook minder ziekenhuisopnames, extra onderzoeken, opnames in een RVT; de patiënten zo lang mogelijk in hun eigen thuisomgeving laten wonen… De nadruk moet worden gelegd op de positieve factoren van valpreventie: onafhankelijkheid bewerkstelligen, sociale contacten, plezier, vertrouwen, zich goed voelen… (15). Het is ook raadzaam om de familie en mantelzorg te betrekken bij de valpreventie. Zij hebben vaak een beter zicht op de situatie en vormen een belangrijke motivatie voor de patiënt. Wanneer een familielid bij de valpreventie aanwezig was, kon de patiënt makkelijker tot gedragsverandering gemotiveerd worden (15). Een andere bevorderende factor is de huisarts zelf. Wanneer de eigen, vertrouwde huisarts hierover met de patiënten communiceert en hen op het belang van valpreventie wijst, zijn meer patiënten bereid om hier op in te gaan (15).

Ten zesde vermelden *Vlaeyen et al. 2016* het belang van een goede *training in preventief werken*. De meeste gezondheidswerkers zijn opgeleid in het model van de curatieve geneeskunde. Op verschillende niveaus moet er aandacht zijn voor preventief handelen. Voor deze studie was voornamelijk het micro-niveau van belang: de huisartsen moesten ervoor opgeleid worden. Intussen is het ook mogelijk om een opleiding in valpreventie in de LOK-groepen te organiseren. Dit zou voor veel praktijken een meerwaarde kunnen betekenen.

Tevens zijn er vooralsnog onvoldoende *vergoedingsmogelijkheden* voor multidisciplinair overleg. Eveneens is preventieve zorg nog niet opgenomen in de nomenclatuur van gezondheidswerkers. Op dit moment gebeurt het multidisciplinaire overleg m.b.t. valpreventie nog op basis van de goodwill van de verschillende gezondheidswerkers. Op het niveau van de patiënt is er met de gekende F-pathologie al een grote vooruitgang geboekt, hoewel er nog steeds een sterk verhoogd valrisico moet zijn alvorens de sessies terugbetaald zijn. Dit kan dus eerder als secundaire dan als primaire preventie benoemd worden.

Als voorlaatste komt ook *leiderschap* aan bod. Een multidisciplinaire samenwerking met gedeelde verantwoordelijkheid vergt leiderschap. De huisarts kan hierin een belangrijke rol vervullen. In deze studie ligt de eindverantwoordelijkheid bij de huisarts, zodat die de nodige aandacht kan besteden aan het opvolgen van de adviezen en behandelingen van de verschillende disciplines en ook therapietrouw verder kan nagaan en bevorderen. Hiervoor is uiteraard enig engagement vereist.

Als laatste komt *toegankelijke zorg voor ouderen* aan bod. Verplaatsingen naar de arts/verpleegkundige/kinesitherapeuten zijn niet altijd evident. Voor een aantal mensen vormde dit dan ook een struikelblok. Een optie is alles thuis te organiseren. De mogelijkheden en de financiële middelen zijn daarbij echter beperkt. In deze studie werden om praktische redenen ook enkel patiënten opgenomen die ambulant op raadpleging kwamen, waardoor in se al een belangrijke risicopopulatie werd gemist. Om een individueel traject op te stellen in de thuissituatie en in de Rust- en Verzorgingstehuizen zijn verdere intraregionale afspraken noodzakelijk.

Uit dit praktijkverbeterend project kwamen nog enkele bevorderende factoren aan bod. Het gaat om een actueel thema, dat ook geregeld in de media verschijnt. Dit toont het maatschappelijk belang, informeert patiënten en maakt het onderwerp bespreekbaar. Ook de brochures in de wachtzaal en voornamelijk de brochures die de artsen persoonlijk aan de patiënt geven, kunnen hun kijk op het onderwerp veranderen.

3. Hoeveel tijd spendeert de huisarts gemiddeld aan de implementatie van dit praktijkinstrument?

In deze studie spendeerde de huisarts gemiddeld iets minder dan twintig minuten aan een raadpleging in het kader van valpreventie alleen. Dit is net iets meer dan een gemiddelde raadpleging van een kwartier. Een voordeel hierbij was uiteraard dat de patiënt vooraf al gezien was door de verpleegkundige. Een beperking was dat alle risicofactoren in eenzelfde raadpleging moesten overlopen worden. Mogelijkerwijze is het beter om de verschillende risicofactoren over verschillende raadplegingen te verdelen. Hierbij moet dan wel weer aandacht besteed worden aan een goed medisch dossier, zodat alle risicofactoren ook werkelijk bekeken worden en de interventies opgevolgd worden. Mogelijks kan dit op termijn geïntegreerd worden in het elektronisch medisch dossier, zoals dit nu bijvoorbeeld al gerealiseerd is voor het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie, het zorgtraject diabetes mellitus… De opvolging kon in een telefoongesprek van gemiddeld zes minuten gebeuren. Eveneens is het mogelijk om dit te integreren in de vervolgraadplegingen van deze patiënt, in het kader van opvolging voor andere problemen, in kader van preventie, bij het afleveren van vervolgrecepten… Qua tijdsinvestering is valpreventie dus een haalbare kaart in de huisartsenpraktijk, indien deze goed georganiseerd is.

4. Planning

Op populatieniveau is een adequate aanpak van de valproblematiek aangewezen, gezien het reeds bestaande maatschappelijk en individueel probleem, maar zeker omdat de valproblematiek nog dreigt toe te nemen (5).
In onze huisartsenpraktijk wordt intussen aandacht besteed aan valpreventie. De sociale kaart van de praktijk is goed uitgebouwd. Er zijn afspraken gemaakt met de andere disciplines inzake verwijzing, overleg en opvolging. Eveneens is de verpleegkundige van onze praktijk mee ingeschakeld voor de raadplegingen in het kader van valpreventie. Voor onze praktijk is het belangrijk om blijvend aandacht te besteden aan valpreventie en de patiënten hierover geregeld te bevragen en aan te spreken. Dit is het belangrijkste werkpunt.

5. Methodologische en praktische beperkingen van deze studie

Een beperking van deze studie is het kleine aantal patiënten dat gevolgd werd en dat het enkel om patiënten ging die ambulant op raadpleging kwamen. Eveneens werd fractuurpreventie buiten beschouwing gelaten. Tevens zijn niet alle artsen gemotiveerd om valpreventie de nodige aandacht te geven. Hierdoor worden vele patiënten gemist. Er is ook onvoldoende kennis over motivationele gespreksvoering en preventief werken. Daarnaast was de verwijzing naar andere disciplines beperkt. Er was wel feedback naar de huisarts, maar tussen de verschillende disciplines onderling was geen communicatie. Eens de valrisicofactoren zijn nagegaan, is de opvolging ook van cruciaal belang. De risicofactoren staan dan wel vermeld in het elektronisch medisch dossier, maar niet elke arts heeft hier voldoende aandacht voor. Op praktijkniveau moeten duidelijke afspraken gemaakt worden en moet elke arts dezelfde doelstellingen voor ogen hebben. Om de implementatie in de huisartsenpraktijk verder te evalueren zijn ook studies met een grotere populatie aangewezen. Tevens kunnen dan verschillende aanpakken in organisatie van valpreventie vergeleken worden.

Besluit

Het belang van valproblematiek bij de thuiswonende ouderen is duidelijk aangetoond. De aanpak van de verschillende valrisicofactoren kan het aantal valincidenten en de gevolgen die daarmee gepaard gaan verminderen. Deze studie toont aan dat de implementatie in de huisartsenpraktijk mogelijk is, wanneer aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Verder onderzoek dient te gebeuren op grotere populaties, mede naar de meest efficiënte manier om valpreventie te organiseren.

Dankwoord

Prof. Koen Milissen, bedankt voor de kans om dit praktijkverbeterend project met uw samenwerking te kunnen realiseren. Zowel voor mij als voor de praktijk was deze masterproef een meerwaarde. Mevr. Rita Van Balen, bedankt om als verpleegkundige hieraan gemotiveerd te willen meewerken. Bedankt aan de kinesitherapeuten uit Olmen en de ergotherapeuten van CM en De Voorzorg voor jullie medewerking. Dr. Guido Van Hamme, bedankt voor uw interesse, steun en opvolging. Lynn Callewaert, bedankt om mij te motiveren en voor het lezen en corrigeren van deze masterproef. Kristel Mangelschots, bedankt voor je onvoorwaardelijke liefde en steun, zonder jou was dit alles niet mogelijk geweest.

Referenties

(1) Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen. www.valpreventie.be/zorgverlener/valpreventiebijthuiswonendeouderen/praktijkrichtlijn.aspx (Laatst geraadpleegd op 14/11/2015)
(2) Evitt CP, Quigley PA. Fear of falling in older adults: A guide to its prevalence, risk factors and consequences. Rehabilitation Nursing 2004, 29: 207-210.
(3) Vallen bij Ouderen: Duodecimrichtlijn. https://www.ebmpracticenet.be/nl/Paginas/default.aspx?ebmid=ebm00478 (Laatst geraadpleegd op 14/11/2015). Maritta Salonoja. Article ID: ebm00478(022.001). Duodecim Medical Publications Ltd.
(4) Haentjens P, Lamraski G, Boonen S. Costs and consequences of hip fracture occurrence in old age: An economic perspective. Disability and Rehabilitation 2005, 27: 1129-1141.
(5) Hoge Raad van Financiën. Studiecommissie voor de vergrijzing – Jaarlijks verslag. http://www.plan.be/admin/uploaded/201107120844080.Rapport_CEV_NL.pdf (Laatst geraadpleegd op 25/01/2017).
(6) Ganz DA, Bao Y, Shekelle PG, Rubenstein LZ. Will my patient fall? JAMA 2007, 297(1): 77-86.
(7) Phelan EA, Mahoney JE, Voit JC, Stevens JA. Assessment and management of fall risk in primary care settings. Med Clin North Am 2015, 99(2): 281-293
(8) Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. N Engl J Med 1988, 319(26): 1701-1707
(9) American Geriatrics Society, British Geriactrics Society, American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. J Am Geriatr Soc 2001, 49(5):664-672.
(10) National Institute for Clinical Excellence (NICE). Clinical Guideline 161, Falls in older people: assessing risk and prevention. 2013. http://www.nice.org.uk/guidance/cg161 (Laatst geraadpleegd op 14/11/15).
(11) Wertelaers A, Baeten R, Vandeput O, Tessier J, Deconinck L, et al. Praktijkinstrumenten Val- en Fractuurpreventie. Domus Medica vzw 2015.
(12) World Health Organization. *The Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC) model*. http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf?ua=1 (Laatst geraadpleegd op 27/01/2017)
(13) Vlaeyen E, Etienne J, Geeraerts A, Leysens G, Dejaeger E, Milisen K. Beleidsaanbevelingen omtrent de implementatie van val- en fractuurpreventie bij thuiswonende ouderen. Tijdschr Gerontol Geriatr (2016) 47: 164-171.
(14) Prochaska J, DiClemente C. Stages of change in the modification of problem behaviors. Prog Behav Modif 1992, 28: 183-218.
(15) Nyman, Samuel R. Psychosocial issues in Engaging Older People with Physical Activity Interventions for the Prevention of Falls. Canadian Journal on Aging 2011, 30(1): 45-55.
(16) www.valpreventie.be: voor alle achtergrondinfo, het praktijkinstrument, brochures-flyers-folders…

Bijlagen

Bijlage 1: Praktijkinstrument Valpreventie

PRAKTIJKINSTRUMENTEN VAL- EN FRACTUURPREVENTIE

AUTEURS

A. WERTELAERS, R. BAETEN, O. VANDEPUT, J. TESSIER,

L. DECONINCK, L. HEIRSTRATE, A. BEYEN, S. GOEMAERE, K. MILISEN, E. VLAEYEN, E. GIELEN, E. DEJAEGER

© Domus Medica vzw juli 2015

domus medica
vereniging van huisartsen

PRAKTIJKINSTRUMENTEN VAL- EN FRACTUURPREVENTIE

Inleiding

Val- en fractuurpreventie in de huisartsenpraktijk is een complexe problematiek.
Het detecteren van personen met een verhoogd risico op vallen, het bepalen van de onderliggende oorzakelijke factoren en het zoeken van oplossingen in samenspraak met de patiënt en zijn omgeving kan enkel multidisciplinair gebeuren en vergt samenwerking binnen de eerste en zo nodig met de tweede lijn.

Praktijkrichtlijn

Het Expertisecentrum Val- en Fractuurpreventie Vlaanderen stelde daarom in samenwerking met Domus Medica en andere partners een multidisciplinaire praktijkrichtlijn op: Valpreventie bij thuiswonende ouderen (vanaf 65 jaar) met verhoogd valrisico.
Deze richtlijn is een leidraad voor huisartsen, verpleegkundigen, ergotherapeuten en kinesitherapeuten in de thuiszorg om aan effectieve valpreventie te doen.

Praktijkinstrumenten

Om de taken voor de huisarts scherper te stellen heeft Domus Medica samen met het Expertisecentrum Val- en Fractuurpreventie Vlaanderen ook twee op elkaar aansluitende praktijkinstrumenten ontwikkeld: het praktijkinstrument valpreventie en het praktijkinstrument fractuurpreventie.
Deze systematiseren de praktijkrichtlijn in twee beslisbomen die u helpen om de doelgroep af te lijnen en te focussen op welke taken u kunt opnemen en hoe u kunt verwijzen. Achter elke stap in de beslisboom vindt u achtergrondinformatie en praktische hulpmiddelen die uw beleid ondersteunen. Deze praktijkinstrumenten geven u houvast in de betere aanpak van val- en fractuurpreventie in uw praktijk.

Randvoorwaarden

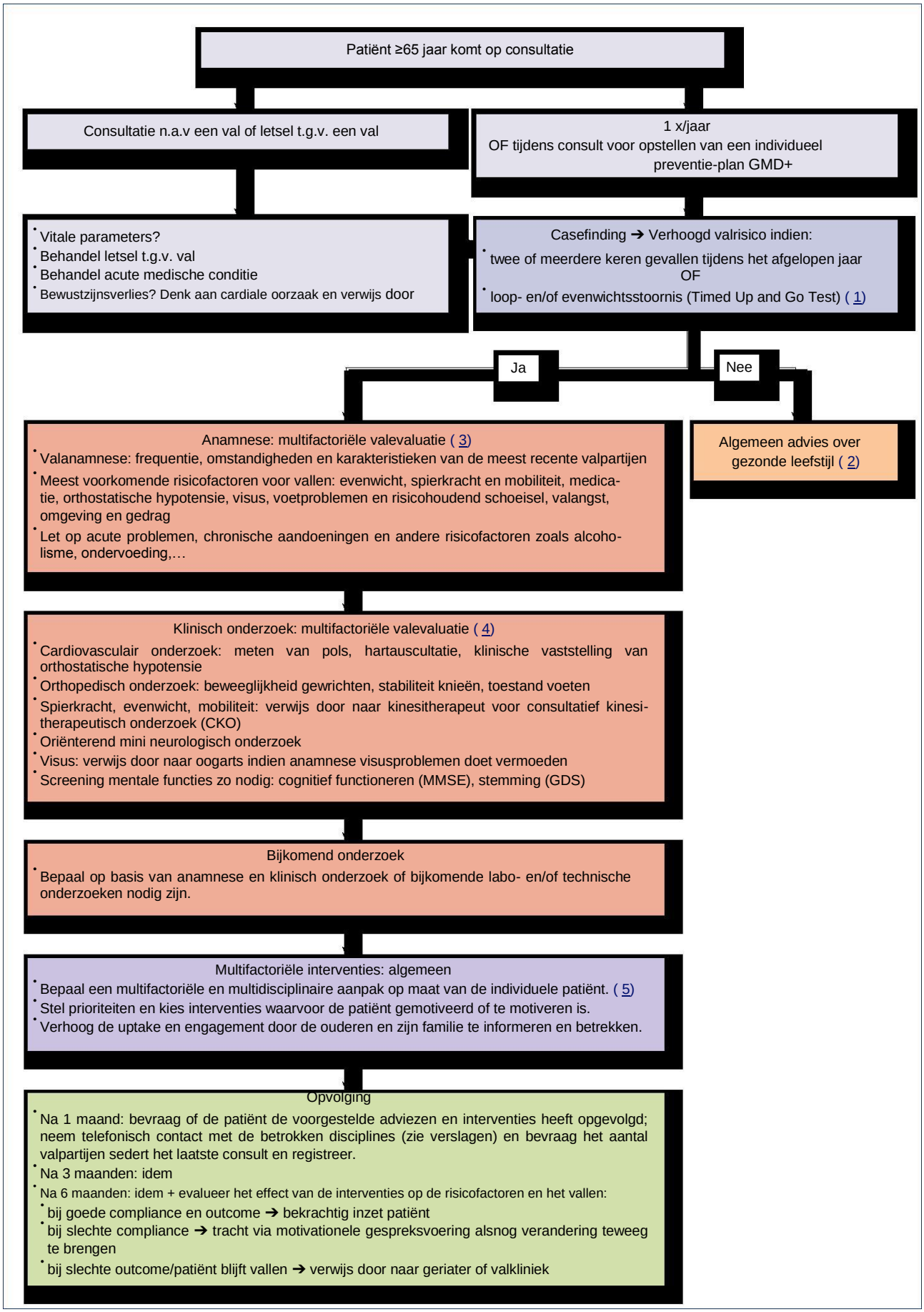
Voor een efficiënte aanpak en een significante daling van het aantal val- en fractuurincidenten bij de doelgroep volstaan deze praktijkinstrumenten echter niet.
Heel wat randvoorwaarden zoals ondersteuning van de coördinerende taak van de huisarts, de beschikbaarheid van goed opgeleide paramedici, stimulansen voor patiënten om hun gedrag en omgeving aan te kunnen passen, zijn zelden alle ingevuld. Laat u dat niet ontmoedigen om waar mogelijk toch de beste zorg te verlenen.

Totstandkoming

Deze praktijkinstrumenten werden ontwikkeld door Arlette Wertelaers (huisarts), Rik Baeten (coördinator preventie) en Olivia Vandeput (huisarts) voor Domus Medica in samen-werking met Jan Tessier (kinesist), Leen Deconinck (ergo-therapeute), Luc Heirstrate (verpleegkundige), Anne Beyen (geriater), Stefan Goemaere (reumatoloog), Koen Milisen (Expertisecentrum Val- en Fractuurpreventie Vlaanderen), Ellen Vlaeyen (Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen), Evelien Gielen (geriater) en Eddy Dejaeger (geriater).

Vlaanderen
is zorg

PRAKTIJKTOOL VALPREVENTIE



(1) TIMED UP AND GO TEST

De Timed Up and Go Test is een eenvoudige manier om de functionele mogelijkheden van de patiënt en eventuele beperkingen op motorisch vlak vast te stellen.

Benodigdheden

Stoel met armleuning en standaardzithoogte (± 50 cm).
Bij voorkeur de stoel beveiligen tegen de muur; een oudere die bij het neerzitten neerploft, loopt zo geen risico op een 'val'.

Procedure

- Vraag aan de oudere om de volgende opdracht uit te voeren: rechtstaan van de stoel, 3 meter wandelen, zich omdraaien, terugwandelen en opnieuw gaan zitten op de stoel.
- De oudere draagt zijn normale schoeisel en mag, indien nodig, een hulpmiddel gebruiken; hulp van derden is niet toegestaan; de oudere mag de test eenmaal op voorhand uitvoeren om ermee vertrouwd te geraken.
- Startpositie: rug tegen de leuning, armen op de armleuningen en, indien nodig, hulpmiddel in de hand.
- De tijd wordt genomen en het gangpatroon wordt geëva-lueerd.
- Afwijkend gangpatroon: een ongelijkmatig/ onevenwichtig gangpatroon, slenteren, schuifelen of sloffen, afwijken van de vaste lijn af, onvaste, wankele stappen.
- U blijft best altijd in de onmiddellijke nabijheid van de patiënt.

Resultaat

De test is positief indien de oudere 14 seconden of langer doet over de test of een afwijkend gangpatroon vertoont. Bij ouderen die de test om cognitieve of fysieke redenen niet kunnen uitvoeren, is de test automatisch positief.

Op http://vimeo.com/5390998 kunt u een demonstratie van de test bekijken.

(2) ALGEMEEN ADVIES OVER GEZONDE LEEFSTIJL

- Moedig de oudere aan om fit en actief te worden en te blijven:
  - steekkaart evenwichtige voeding, bewegen en seden-tair gedrag van Domus Medica
    www.domusmedica.be/documentatie/gezondheidsgids/2792-advies-gezonde-voeding-beweging-en-sedenta-riteit.html
  - activiteitenpiramide van Expertisecentrum Val- en frac-tuurpreventie Vlaanderen (EVV)
    www.valpreventie.be/algemeen/Ikwoonthuis/Activitei-ten/Activiteitenpiramide.aspx
- Moedig de oudere aan om met eenvoudige maatregelen zijn omgevingsveiligheid te vergroten: antislip onder mat-ten, voldoende verlichting, veilige beweegruimte (in het bijzonder bij gebruik van loophulpmiddelen), dingen die regelmatig gebruikt worden binnen handbereik plaatsen, veilige trapladder gebruiken, op eigen tempo naar de deur of telefoon gaan als er gebeld wordt,…
- Geef de oudere advies met betrekking tot gezonde voeding:
  - voldoende voeding die rijk is aan calcium: maak een ruwe inschatting van het aantal zuivelproducten per dag.
    Gebruik hiervoor de zuiveltest van VIGeZ die samen met Nice werd ontwikkeld:
    www.gezondheidstest.be/tests_alle.html
    of de folder 'Laat je niet vallen'.
    http://issuu.com/ziekenzorg/docs/brochure_valbus
  - Alcoholgebruik beperken: niet meer dan 1 alcoholische consumptie per dag en niet meer dan 2 à 3 consump-ties bij speciale gelegenheden.
- Adviseer de oudere 10 tot 15 minuten per dag met de armen en het gezicht bloot in de zon te lopen. Het lichaam heeft niet alleen vitamine D nodig om calcium uit de voe-ding op te nemen, maar ook voor het goed functioneren van de spieren. De verminderde blootstelling aan zon-licht in de winter kan de oudere deels compenseren door vitamine D uit de voeding te halen. Vitamine D zit in vette vissoorten (sardienen, tonijn, zalm, haring, makreel, enzo-voort), in eigeel en in lever. Ook sommige ontbijtgranen en margarines zijn verrijkt met vitamine D.
- Adviseer de oudere blootstelling aan tabaksrook te vermij-den en indien de oudere rookt om te stoppen met roken.

(3) ANAMNESE: MULTIFACTORIËLE VALEVALUATIE

De huisarts doet steeds een gerichte bevraging naar de fre-quentie, omstandigheden en karakteristieken van de meest recente valpartijen (valanamnese): prodromen, activiteit, oorzaak, locatie, tijdstip, gevolgen.

Dit geeft meer inzicht in de valpartijen en mogelijke aanwij-zingen voor de verdere aanpak:

- heeft u de val voelen aankomen?
- wat was u aan het doen? (rechtkomen uit bed, tijdens wan-delen, op het toilet, tijdens reiken, tijdens rustperiode of tijdens inspanning, na het eten,…)
- bent u bewusteloos geweest voor of na de val? Bent u zelf kunnen rechtkomen? Had u andere verschijnselen/ symp-tomen voor, tijdens of na de val? (zoals duizeligheid, verlies blaascontrole, pijn op borstkas, ritmestoornissen, convul-sies,...)
- waar bent u gevallen?
- wanneer, op welk tijdstip bent u gevallen?
- heeft u letsels opgelopen t.g.v. de val? Andere gevolgen?

De huisarts kan aan de thuisverpleegkundige vragen om dit systematisch op te volgen en bepaalde parameters te noteren in het verpleegkundig dossier voor de reguliere zorg voor de oudere. Als een andere hulpverlener in de thuiszorg een val meldt, neem dit steeds ernstig.

Multifactoriële valevaluatie: vragen naar risicofactoren

Evenwicht, spierkracht, mobiliteit

Reeds opgenomen in de casefinding. Voor verder onderzoek verwijst de huisarts naar de kinesitherapeut.

Medicatie

- ➔ Vraag de patiënt naar alle voorgeschreven en/of vrij verkrijgbare geneesmiddelen die hij/zij inneemt: polyfarmacie (= inname van ≥4 verschillende soorten geneesmiddelen) kan leiden tot vallen.
- ➔ Ga na of patiënt risicovolle geneesmiddelen inneemt:
  - hypnotica, sedativa, anxiolytica: meer bepaald de (lang- en kortwerkende) benzodiazepines en Z-producten
  - antidepressiva
  - antipsychotica
  - cardiovasculaire medicatie: meer bepaald diuretica, centraal werkende antihypertensiva, ACE-inhibitoren, nitraten, type 1a anti-aritmica en digoxine
- ➔ Controleer het medicatieschema: mogelijke interacties, aangepast,…
- ➔ Vraag aan de oudere hoe hij zijn medicatie inneemt:
  - wanneer neemt u uw medicatie in?
  - welke dosis neemt u in?
  - vergeet u soms uw medicatie in te nemen?
  - kunt u uw geneesmiddelen goed innemen, doorslikken?
  - gebruikt u een week- of dagplanner?
- ➔ Vraag de verpleegkundige inadequate therapietrouw te diagnosticeren en te signaleren.

Orthostatische hypotensie

- ➔ Bevraag:
  - heeft u soms last van duizeligheid/ draaierigheid?
  - heeft u dit bij het rechtstaan uit bed, stoel of zetel, of bij het bukken?
  - heeft u dit al gehad binnen het uur na een maaltijd?
- ➔ Let op inname van medicatie die orthostatische hypotensie in de hand kan werken: cardiovasculaire medicatie, antidepressiva, hypnotica,…

Visus

Een beperkt gezichtsveld, verminderde contrastgevoeligheid en dieptеperceptie, een onaangepaste bril zijn vaak voorkomende problemen die een verhoogd valrisico inhouden.

- ➔ Bevraag:
  - heeft u moeite bij het lezen, tv-kijken, autorijden?
  - schenkt u soms te veel koffie in een kop of schenkt u er soms naast? (dieptеperceptie)
  - heeft u moeite met het inschatten van een stoeprand, trede of trap? (dieptеperceptie en contrastgevoeligheid)
  - draagt u een bril? Uw eigen bril? Wanneer bent u de laatste keer naar de oogarts geweest om na te gaan of uw bril nog aangepast is?
  - draagt u een bi- of multifocale bril? Heeft u daar last van, bv. met de overgang dichtbij-veraf?
- ➔ Ga na in het medisch dossier of er in het verleden oftalmologische diagnoses werden gesteld en zo ja of het behandelvoorstel opgevolgd is.

Voetproblemen en risicohoudend schoeisel

- ➔ Bevraag:
  - heeft u klachten t.h.v. uw voeten?
  - loopt u soms wel eens op blote voeten of op uw kousen?
  - draagt de patiënt veilig schoeisel?
    Kenmerken van risicohoudend schoeisel zijn: onvast, te klein, te groot, te breed, te smal, open of niet hoog genoeg aan de achterkant, hak hoger dan 2,5 cm, te gladde zool, antislipzool, te dikke en zachte middenzool of geen specifieke middenzool,…

Valangst

- ➔ Bevraag:
  - heeft u schrik om te vallen?
  - zijn er dingen die u niet meer doet omdat u bang bent dat u zou kunnen vallen?
- ➔ Voor een diepgaande evaluatie van de valangst kunt u de FESi (Falls Efficacy Scale International) afnemen of laten afnemen door een ergo-therapeut of verpleegkundige of kinesitherapeut.
  FES kunt u hier raadplegen, of via de app voor Ipad: www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/thuis/EVV_thuis_Falls-Efficacy-Scale.pdf Er bestaat ook een ICON-FES app voor Ipad: https://itunes.apple.com/app/iconfes/id554555864

Omgeving en gedrag

- ➔ Bevraag en observeer:
  - voert u soms onveilige handelingen uit zoals snel naar de deurbel of telefoon lopen of een stoel gebruiken om dingen op hoogte te nemen of 's nachts bij het opstaan het licht niet aansteken?
  - zijn er thuis risicovolle situaties zoals losliggende draden, opkrullende tapijten, onvoldoende verlichting,…?
- ➔ Vraag indien nodig de thuisverpleegkundige een globale inschatting te maken van omgevings- en/of gedragsrisicofactoren en deze te signaleren.
- ➔ Voor een diepgaande evaluatie van de thuisomgeving schakelt u een ergotherapeut in. Hij/zij kan vervolgens samen met de oudere een voor-stel tot woningaanpassing uitwerken en advies formuleren over hulpmiddelen en methodeveranderingen.
  Hier vindt u een ergotherapeut. www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/thuis/EVV_thuis_Info_ergo_aan_huis.pdf

Andere risicofactoren

Let tijdens uw anamnese en onderzoek ook op:

- acute problemen: zoals infecties, TIA, ritmestoornissen, hartfalen,…
- chronische aandoeningen:
  - cardiale problemen: o.a. hartritmestoornissen
  - orthopedische problemen: o.a. osteoartritis, artrose heup en knie,…
  - neurologische en metabole ziekten: o.a. Parkinson, dementie, restletsels van een CVA, perifere neuropathie in de onderste ledematen, vertigo, diabetes,…
  - urinaire incontinentie
  - depressie,…
- andere: alcoholisme, ondervoeding,…

(4) KLINISCH ONDERZOEK: MULTIFACTORIËLE VALEVALUATIE

Cardiovasculair onderzoek

- Meten van pols en bloeddruk, hartauscultatie.
- Klinische vaststelling orthostatische hypotensie:
  - meet de bloeddruk en pols na een liggende houding van minimaal 5 en liefst 10 minuten, bij voorkeur 's mor-gens of na de middagrust; hoe vaker u meet, hoe meer kans dat u het zal vinden;
  - laat de oudere rechtstaan;
  - meet de bloeddruk en pols opnieuw onmiddellijk na het rechtstaan en na 3 minuten rechtstaan;
  - bevraag de aanwezigheid van eventuele symptomen;
  - meet de bloeddruk en pols opnieuw na 5 minuten recht- staan bij een vermoeden van een posturaal orthosta- tisch tachycardiesyndroom;
  - orthostatische hypotensie is aanwezig indien:
    - bloeddrukdaling systolisch ≥20 mmHg of
    - bloeddrukdaling diastolisch ≥10 mmHg of
    - systolische bloeddruk daalt tot ≤90 mmHg.
  - orthostatisch tachycardiesyndroom is aanwezig indien:
    - bij rechtstaan stijgt hartritme ≥30 slagen per minuut;
    - bij rechtstaan is het hartritme ≥120 slagen/min.

Orthopedisch onderzoek

Dit onderzoek gaat de beweeglijkheid van de gewrichten (onderste ledematen) na, de stabiliteit van de knieën en de toestand van de voeten.

Voeten

Volgende aandoeningen moeten worden nagekeken: eeltknobbels, standsafwijkingen zoals platvoet/ holvoet, teenafwijkingen, ingegroeide nagels, blaren, zweren, ampu-taties, drukpunten, open wonden of diabetes met aantas-ting diepe gevoeligheid.

Onderzoek spierkracht, evenwicht, mobiliteit, bepalen Fb-pathologie

Hiervoor verwijst u door naar de kinesitherapeut voor een consultatief kinesitherapeutisch onderzoek (CKO).

Nomenclatuur

Het CKO wordt uitgevoerd op voorschrift van de arts voor-aleer een eventuele behandeling wordt voorgeschreven. Deze verstrekking omvat de mededeling aan de behan-delende arts, een schriftelijk verslag van de bevindingen van het kinesitherapeutisch onderzoek en een voorstel van eventuele behandeling. Het CKO van de patiënt mag slechts één keer per pathologische situatie worden aange-rekend door de kinesitherapeut.

Voordelen

Het CKO kan de indicatiestelling voor kinesitherapie beves-tigen en vult de medische diagnose aan met de kinesithera-peutische werkdiagnose. Het geeft de arts informatie over de bijdrage van de kinesitherapeutische behandeling aan het te verwachten herstelproces.

Voorschrift

Om geldig te zijn bevat het voorschrift: naam van de patiënt, de diagnose, voorschrijfdatum, identificatiegegevens van de arts, handtekening én de toevoeging 'consultatief kine-sitherapeutisch onderzoek'.

Praktische elementen

Het invoegen van de verwachte rapporteringsdatum, het doel van de consultatie en aanvullende diagnostische gegevens: de medische diagnose, voorgeschiedenis, medicatie, operaties, risicofactoren en relevante informatie kunnen de hulpvraag verhelderen. Als een CKO gevolgd wordt door een kinevoorschrift, moet dit een verwijzing naar het CKO bevatten.

Neurologisch onderzoek

Oriënterend neurologisch onderzoek.

Oftalmologisch onderzoek

Indien uit de anamnese aanwijzingen zijn voor stoornissen in het zicht: verwijs door naar de oogarts.

Screening mentale functies

Zo nodig, screening van de mentale functies aan de hand van de volgende instrumenten: cognitief functioneren (MMSE) en stemming (GDS).

- www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/thuis/EVV_thuis_Mini%20Mental%20State%20Examina-tion.pdf
- www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/thuis/EVV_thuis_Geriatric_Depression_Scale.pdf

(5) MULTIFACTORIËLE INTERVENTIES OP MAAT

Deze componenten zijn meestal opgenomen in effectieve interventies:

- aanpassing van de thuisomgeving;
- oefenprogramma, in het bijzonder evenwicht-, kracht- en mobiliteitstraining;
- verminderen of geleidelijke stopzetting van psychofarmaca;
- verminderen of geleidelijke stopzetting van andere medi-catie;
- behandelen van posturale hypotensie;
- aanpak van voetproblemen en dragen van veilig schoeisel.

Studies hebben aangetoond dat er globaal een meer-waarde is van multifactoriële interventies versus unifacto-riële interventies. Er is echter nog te weinig evidentie over multifactoriële interventies bij dementie om het valrisico te reduceren.

Multifactoriële interventies

Stoornissen gang, evenwicht, spierkracht

- Geef advies algemene activering: bijvoorbeeld op basis van een specifiek oefenpakket.
  www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/WvdV/2014/2014_EVV_Specifiek-oefenpakket_valpreventie.pdf
- Pas medicatie met invloed op het evenwicht aan.
- Maak een voorschrift voor CKO (consultatief kinesitherapeutisch onderzoek) voor de evaluatie en bepaling van Fb-pathologie (zie 4):
  zie hiervoor het Kennisgevingsformulier in de Chronische 'F-lijst'. www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/kinesitherapeuten/Paginas/terugbetaling-kinesitherapie-aandoeningen-lijsten-fa-fb.aspx
- Maak in overleg met de kinesitherapeut een voorschrift voor een specifiek oefenprogramma.
- Volg de therapietrouw op en het effect van het specifiek oefenprogramma: evenwicht-, spierkracht- en gangtraining.
- Bespreek in overleg met de kinesitherapeut of ergotherapeut de noodzaak aan loophulpmiddelen en maak een voorschrift:
  - bepaal welk loophulpmiddel geschikt is.
  - maak een voorschrift loophulpmiddel:
- multidisciplinair functioneringsrapport voor de aanvraag van een mobiliteitshulpmiddel en/of aanpassingen
  www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/Paginas/formulieren-arts.aspx
- medisch voorschrift voor een mobiliteitshulpmiddel en/of aanpassingen
  www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/Paginas/formulieren-arts.aspx
  - aanleren correct gebruik loophulpmiddel

Medicatie

- Polyfarmacie
  - Medicatie-evaluatie
    - is de diagnose accuraat? Is de behandeling effectief? Verbetert de behandeling de toestand van de patiënt?
    - veroorzaken de medicatie en mogelijke nevenwerkingen meer hinder dan de symptomen op zich?
    - is de dosis nog aangepast? De dosis voor een bejaarde persoon is gewoonlijk de helft van die voor een persoon van middelbare leeftijd, vooral wat psychoactieve medicatie betreft; door veranderingen in lever- en nierfunctie kan een verdere aanpassing van de dosis noodzakelijk zijn.
    - is er nog een duidelijke indicatie voor alle voorgeschreven geneesmiddelen?
    - is er dubbeling van medicatie?
    - zijn er interacties? Denk ook aan interacties met niet-voorgeschreven geneesmiddelen.
  - Verwijder/vermijd onnodige medicatie
    - in geval van verdwenen indicatie, preventieve medicatie bij een korte levensverwachting,…
    - vooraleer een nieuw geneesmiddel op te starten: kunnen de huidige symptomen bijwerkingen zijn van de huidige medicatie-inname?
    - bijzondere aandacht voor psychofarmaca.
  - Vereenvoudig het toedieningsschema
  - Substitueer door veiliger alternatieven
  - Overweeg een niet-farmacologische aanpak
- Bewaak en stimuleer therapietrouw
  Bij inadequate therapietrouw kan de behandelende arts toestemming geven voor een wekelijkse voorbereiding van geneesmiddelen per os door een verpleegkundige: klaarzetten, sorteren per dag, in een medicatiedoos, pillendoos of equivalent recipiënt, van alle geneesmiddelen die de patiënt gedurende een week oraal inneemt.
- Wees waakzaam in de periode na het opstarten van elk nieuw geneesmiddel.
- Beslissingsondersteuning vanuit het EMD.
- Shared decision: hou rekening met overtuigingen en voorkeuren van patiënt.
- Goede samenwerking met apotheek en tweede lijn, informatie delen.
- Verbeterde communicatie en overdracht bij transfer van de patiënt van eerste naar tweede lijn en omgekeerd.

Orthostatische hypotensie

- Verdere vaststelling/opvolging
  De orthostatische klachten zijn sterker gerelateerd aan het risico van vallen en syncope dan de gemeten bloeddrukval.
- Stel indien mogelijk de etiologische diagnose en behandel waar mogelijk de oorzakelijke factoren:
  - screening medicatie: antihypertensiva, vasodilatatoren, alfablokkers, opiaten, anti-Parkinsonmedicatie/ dopamine-agonisten; overweeg de afbouw van geneesmiddelen die de oorzaak kunnen zijn van de orthostatische klachten; bepaalde medicatie, bv. alfablokkers kunnen best 's avonds ingenomen worden om het valrisico te reduceren.
  - hypovolemie: diarree, onvoldoende vochtinname, eventuele wijziging van de zoutrestrictie, bloedverlies, varices.
  - neurologisch: ziekte van Parkinson, Parkinson plus syndromen, diabetes mellitus.
- Start conservatieve maatregelen
  Niet-medicamenteuze maatregelen zoals voorlichting van de patiënt over de mechanismen van orthostatische hypotensie nemen een belang-rijke plaats in.
  In de richtlijnen wordt het belang van niet-medicamenteuze maatregelen beklemtoond:
  - neem voldoende lichaamsbeweging (gecontroleerd en geïndividualiseerd oefenprogramma: zwemmen, aerobics, fietsen, wandelen,…)
  - doe volgende oefeningen voor het rechtstaan: met enkels en polsen draaien, handen dichtknijpen, kuitspieren opspannen, benen kruisen,…
  - kom langzaam recht vanuit bed (eerst enkele minuten op de kant van het bed gaan zitten) of stoel.
  - vermijd een te warme omgeving (bv. hete douche of bad) en langdurig platliggen.
  - slaap met een verhoogd hoofdeinde (20-30 cm) van het bed.
  - draag steunkousen of compressieverbanden; steunkousen moeten de juiste maat hebben, reiken minstens tot boven de knie en worden best aangedaan in lighouding.
  - drink voldoende en op regelmatige tijdstippen (2-2,5 l per dag – 500 ml is effectief om de bloeddruk onmiddellijk te doen stijgen).
  - neem extra zout in (minimaal 8 g per dag).
  - eet regelmatig kleine porties, vermijd overdadige maaltijden en alcohol, vermijd inspanningen en het plots rechtstaan na het eten.

- Start medicatie:
  - Bij ernstige klachten en onvoldoende beterschap met conservatieve maatregelen kan een behandeling met fludrocortisone opgestart worden, in combinatie met voldoende inname van zout en water. Hiervoor kunt u de patiënt doorverwijzen naar de geriater of valkliniek.
    - ondanks onvoldoende onderbouwing voor medicamenteuze behandeling van orthostatische hypotensie wordt vooral gepleit voor het mineralocorticoïd fludrocortisone, in combinatie met voldoende zout en water.
    - fludrocortisone kan magistraal voorgeschreven worden in een dosis tussen 0,1 en 1 mg per dag (gelules met 0,1 mg fludrocortisone-acetaat TFM). Opdrijven met max 0,1 mg 1x/week. De hoge dosis van 1 mg wordt zelden bereikt omwille van bijwerkingen.
    - hou rekening met ongewenste effecten zoals hypokaliëmie, oedeem (wees voorzichtig bij patiënten met een laag serumalbuminegehalte) en hypertensie in liggende houding. Om hypokaliëmie te voorkomen wordt voeding rijk aan kalium aanbevolen: fruit, groenten, gevogelte, vis, vlees.
    - cave: retentie, feochromocytoma en thyreotoxicosis
  - Voor de volgende geneesmiddelen is er geen duidelijke evidentie voor gebruik bij orthostatische hypotensie, verdere studies zijn aangewezen: efedrine, dihydro-ergotamine, desmopressine, erythropoietin, pyridostigmine.
- Opvolging medicatie.

Visusstoornis

- Verwijs naar de oogarts voor verder onderzoek (controle bril, correctie refractieve stoornissen, cataract, glaucoom,…) + behandelvoorstel/ behandeling.
  Een eerste operatieve ingreep voor cataract reduceert het valrisico.
- Advies m.b.t. verhoogd valrisico na aanpassing van de brilglazen, oogoperatie, bij dragen van multifocale glazen in het bijzonder bij het gebruik van trappen.
- Bij slecht zicht: verwijs naar de ergotherapeut voor advies voor de aanpassing van de omgeving.

Problemen met voeten en schoeisel

- Geef advies over veilig schoeisel of verwijs hiervoor naar de verpleegkundige, ergotherapeut of kinesitherapeut.
- Verwijs voor voetproblemen zo nodig naar de pedicure, podoloog of orthopedisch chirurg of voetkliniek.

Problemen met onveilige thuisomgeving en onveilig gedrag

- Verwijs naar de ergotherapeut indien de veiligheid van de patiënt (en zijn/haar mantelzorgers) een probleem lijkt of bij belangrijke gang- en visusproblemen.
- Denk aan de educatie van de patiënt en mantelzorger(s). Nuttige materialen zoals folders en een checklist voor de thuisomgeving vindt u hier: www.valpreventie.be/Aanbod/Aanbodthuissetting/Menukaartthuisbackup.aspx

Valangst

- Informeer de oudere over de risicofactoren voor valincidenten. Benadruk dat vallen geen inherent gevolg is van het verouderen waar niets aan te doen is.
- Schrijf een oefenprogramma voor bij de kinesitherapeut.
- Geef aan de patiënt een informatiebrochure 'Hoe rechtkomen na een val' of verwijs voor het aanleren hiervan naar de ergotherapeut of kinesitherapeut.
  Info over het aanleren 'Hoe rechtkomen na een val' (afh. van cognitieve en fysieke toestand) vindt u hier: www.valpreventie.be/Portals/ Valpreventie/Documenten/thuis/EVV_thuis_Hoe_rechtkomen_na_een_val.pdf en http://vimeo.com/5390729 ➔ informatiebrochure met beeldmateriaal en video
- Geef informatie over het personenalarmsysteem (PAS):
  - iedereen die slecht te been is of gemakkelijk onwel wordt en daardoor een verhoogd risico op vallen heeft, komt in aanmerking voor een personenalarmsysteem.
  - de patiënt dient over een vaste telefoon (analoge telefoonlijn) en een stopcontact (220 volt) te beschikken. Het alarmtoestel wordt meestal in de buurt van het telefoontoestel geplaatst. Verder wijst de patiënt drie hulpverleners aan (familie, buren of kennissen) die in geval van nood binnen de 15 minuten bij hen thuis kunnen komen om te helpen en hij bezorgt elk van deze hulpverleners een huissleutel. Voor een PAS kan de patiënt terecht bij thuiszorgdiensten of de mutualiteit. Meestal betaalt de patiënt eenmalig installatiekosten en daarnaast maandelijks een kleine bijdrage voor de huur van het toestel en de permanente aansluiting op de zorgcentrale.

Wanneer doorverwijzen naar gespecialiseerde valkliniek of geriatrisch dagziekenhuis?

- Geen duidelijk aanwijsbare oorzaak voor het vallen.
- Een valincident na plots, niet te verklaren bewustzijnsverlies.
- Orthostatische hypotensie die onvoldoende reageert op conservatieve maatregelen.
- Verdere diagnostiek van vermoede onderliggende ziektebeelden/ risicofactoren: polyfarmacie, complexe comorbiditeit.
- Weinig mobiele ouderen en/of transportproblemen: diagnostiek en regie hierbij kan op 1 dag en 1 plaats.

BRONNEN

- American Geriatrics Society, British Geriatrics Society. AGS/BGS clinical practice guideline: prevention of falls in older persons. New York: American Geriatrics Society; 2010.
- Lahrmann H, Cortelli P, Hilz M, Mathias CJ, Struhal W, Tassinari M. Or-thostatic hypotension. In: Gilhus NE, Barnes MP, Brainin M, editor(s). Euro-pean handbook of neurological management. 2nd ed. Vol. 1. Oxford (UK): Wiley-Blackwell; 2011.
- Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. Phys Ther 2000;80:896-903.
- Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen. www.valpreventie.be/Zorgverlener/Valpreventiebijthuiswonendeouderen/Praktijkrichtlijn.asp

Bijlage 2: Brochures – Flyers – Folders
Via: www.valpreventie.be besteld

2a: Vermijd Vallen

Hebt u soms moeite om uw evenwicht te bewaren? Bent u onlangs gevallen?

Dan is het raadzaam om uw huisarts te raadplegen.
Meer info? Surf naar www.vermijdvallen.be

V.U.: Chris Vander Auwera, Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Koning Albert II-laan 35 bus 33, 1030 Brussel

Vlaanderen is zorg

VALPREVENTIE.be
Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen

Het autootje van uw kleinzoon kan gevaarlijker zijn dan het verkeer.



VALLEN
Blijf er even bij stilstaan

Als u ouder bent, wordt vallen pas echt een pijnlijke zaak.

Volgt u deze tips al?

Kijk uit met uw ogen

- Draag een bril als u er een nodig hebt.
- Leen geen bril van iemand anders.
- Ga naar de oogarts als u voelt dat uw ogen achteruitgaan.
- Leg uw bril op een vaste plaats of gebruik een brilkoordje.

Zorg voor uw voeten

- Koop goede schoenen die uw hele voet omsluiten, met een stevige, platte zool.
- Vermijd hoge hakken.
- Draag steunzolen als dat nodig is.
- Loop zo weinig mogelijk op kousenvoeten of op blote voeten.

Blijf fit en actief!

- Ga minstens een halfuur per dag wandelen, joggen of fietsen.
- Ga vaker te voet of met de fiets boodschappen doen.
- Volg een cursus turnen of tai chi: da's goed voor uw evenwicht, lenigheid en spierkracht.

Ga voor een veilig huis

- Zorg ervoor dat er geen losliggende matten en tapijten in uw huis liggen.
- Loop niet op natte vloeren en laat niets rondslingeren.
- Kleef antislip op de traptreden.
- Zorg voor goede verlichting en stevige handgrepen.
- Ga niet op een stoel staan om iets uit de kast te nemen, maar gebruik een veilige trapladder.

Vaak duizelig bij het rechtstaan?

- Zwaai vooraleer u opstaat uw benen voorzichtig uit bed of uit de zetel en blijf rechtop zitten tot u niet meer duizelig bent. Adem een aantal keren diep in en uit. Plaats vervolgens uw beide voeten naast elkaar. Zet ze plat op de grond. Steun met uw handen op uw knieën en sta langzaam recht.
- Pas uw gedrag aan: neem bijvoorbeeld de tijd als er iemand aanbelt of als de telefoon rinkelt en doe niets overhaast.
- Bespreek vaak terugkomende duizeligheid met uw huisarts.

Let op voeding en medicijnen

- Eet regelmatig voeding met calcium en vitamine D, zoals melkproducten, peulvruchten, vette vis en eieren: ze zijn essentieel voor stevige botten en sterke spieren.
- Bespreek het gebruik van medicijnen altijd met uw huisarts, ook geneesmiddelen die u zonder voorschrift kunt krijgen.
- Vermijd kalmeer- en slaapmiddelen. Volg het voorschrift als u er toch neemt.
- Wees matig met alcohol (max. 1 consumptie per dag).
- Rook niet.

Een op de drie 65-plussers valt minstens één keer per jaar. En zo'n valpartij heeft vaak nare gevolgen. Vermijd valincidenten: volg onze tips, wees actief en verhoog uw veiligheid. Begin er vandaag nog aan!

2b: Zelfstandig thuiswonen: iets voor u !

Voorkom breuken

Maak uw beenderen sterker.

- Stap regelmatig.
- Eet voeding die veel calcium bevat.
- Bespreek de inname van extra calcium en vitamine D met uw huisarts.



Hulpmiddelen

Ervaart u ongemakken of angst om activiteiten uit te voeren die u fijn vindt? Er bestaan heel wat hulpmiddelen om het dagelijkse leven te vergemakkelijken. Bespreek met uw huisarts of deze middelen u kunnen helpen en aarzel niet ze te gebruiken.

Gevallen of problemen met uw evenwicht- en/of mobiliteit?

Praat erover met uw huisarts. Hij zal nagaan of u een verhoogd valrisico hebt en welke risicofactoren hier een rol in spelen. Heel wat risicofactoren kunnen aangepakt of behandeld worden. Zo nodig verwijst de huisarts door naar een andere gezondheidswerker zoals een kinesitherapeut, ergotherapeut of verpleegkundige.

Bespreek zeker de volgende punten met uw huisarts als u er problemen mee ondervindt:

	JA	NEE
Ik ben slecht te been.		
Ik voel mij soms draaierig wanneer ik opsta.		
Ik neem meer dan 4 verschillende geneesmiddelen.		
Ik ben de afgelopen 6 maanden al eens gevallen of gestruikeld.		
Ik ben bang om te vallen.		
De krant lezen of televisie kijken is moeilijk voor mij.		
Ik doe minder dan drie keer per week een half uur aan lichaamsbeweging.		
In mijn huis zijn er: opstapjes, losliggende draden, opkrullende tapijten, gladde vloeren, …		
Ik draag loszittend schoeisel (bijv. slippers) of schoenen met hoge hakken.		

Meer informatie op www.valpreventie.be.

Vu.: Koen Milsen, K.U. Leuven, CZV, Kapucijnenvoer 35, 3000 Leuven | 2010_113



ZELFSTANDIG THUIS WONEN, IETS VOOR U!

Droomt u er ook van om:

- zelfstandig thuis te blijven wonen?
- uw eigen gewoonten te behouden?
- zelf uw boodschappen te doen?
- met uw (achter)kleinkinderen te kunnen spelen?
- met vrienden te kunnen gaan kaarten, een uitstap te doen?

JA?!

Dan is fit blijven de boodschap!

Hoe blijft u fit? Blijf actief!

Fit blijven zit vaak in kleine dingen zoals te voet naar de bakker gaan, de post binnenhalen, stof afdoen, de hond uitlaten.

Doe daarnaast minstens 3 keer per week een half uur aan lichaamsbeweging:

- kies een activiteit die u graag doet zoals wandelen, fietsen, zwemmen.



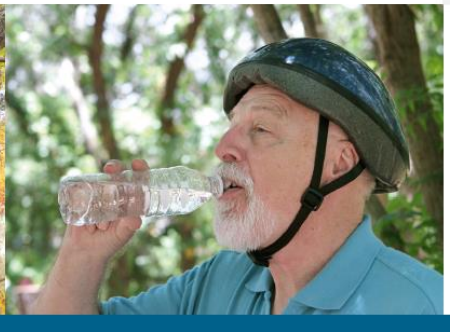
- drink voldoende water bij lang aangehouden activiteiten en/of warm weer.
- bouw elke activiteit geleidelijk op (bijv. start met 3 keer 5 à 10 minuten per week).

Verhoog uw eigen veiligheid

- Richt uw huis en tuin veilig in. Zorg voor:
  - voldoende verlichting
  - antislip onder de matten
  - een veilige trapladder
  - …
- Wees bijzonder aandachtig en voorzichtig op de stoep.
- Draag aangepast en stevig schoeisel.
- Laat uw ogen regelmatig controleren en draag een aangepaste bril indien nodig.
- Sta niet te snel op uit bed of uit de zetel, anders kan u duizelig worden.
- Neem uw medicatie zoals uw arts of apotheker het u zegt.
- Vermijd zoveel mogelijk slaapmedicatie!







Deze folder is een initiatief van:

VALPREVENTIE.be Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen

Rode Kruis Vlaanderen Paraat. Altijd, overal.

en Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie, Logo's Vlaanderen, Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg, Vlaamse Vereniging voor Diensten Gezinszorg en Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

Met de steun van:

Vlaanderen is zorg

KBC

Meer informatie op www.valpreventie.be.

2c: Van Slaappillen kan je vallen

Van slaappillen kan je vallen



Wist je dat jaarlijks één op de drie 65-plussers valt?
Wist je dat slaappillen dit kunnen veroorzaken?

Praat erover met je arts of apotheker

Vlaanderen is zorg

VALPREVENTIE.be
Week van de Valpreventie

Een goede nachtrust zonder slaappillen is mogelijk. Neem je al langer dan een maand slaapmedicatie? Bespreek het met je arts of apotheker. Om succesvol te stoppen met slaapmedicatie, moet je deze medicatie immers langzaam afbouwen.

Tips voor een goede slaap

BETER TE VERMIJDEN

- Lezen, computeren of tv kijken in bed
- Roken, alcohol en alle dranken met cafeïne zoals koffie, thee en cola
- Zware maaltijden en een volle maag voor het slapen gaan
- Een lege maag is evenmin bevorderlijk voor een goede nachtrust. Een lichte hap is OK

WAT DOE JE BEST WEL

- Overdag actief zijn en volop bewegen
- Zoveel mogelijk buiten komen. Buitenlucht en daglicht zorgen ervoor dat je interne klok stabiel blijft
- Ontspanningsoefeningen of een bad nemen voor het slapen gaan
- Kies voor vaste bedtijden op maat van jouw slaapbehoefte. Probeer zoveel mogelijk op te staan op hetzelfde uur. Dan word je ook 's avonds rond hetzelfde uur slaperig

Heb je hier vragen over? Vraag de informatiebrochure bij uw arts of apotheker. Meer info over valpreventie vind je op www.VALPREVENTIE.be

VALPREVENTIE.be
Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen

vormgeving©kaat flamey - V.U. Koen Milisen, voorzitter Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen (EVV) KU Leuven, Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde, Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Kapucijnenvoer 35 blok d, 3000 Leuven.

2d: Checklist voor een veilige huisinrichting



Deze checklist is een hulpmiddel waarmee je kan werken aan de veiligheid van je huis. De vragen doen je ook stilstaan bij je eigen gedrag. Gedragen we ons wel altijd even veilig? Door tijdig de juiste maatregelen te treffen, vergroot je de kans dat je lang zelfstandig kan blijven wonen in je eigen huis.

De vragen zijn zo gerangschikt dat je stapsgewijs door je huis kan wandelen om ze te beantwoorden. We starten bij de inkom. Je leest elke vraag aandachtig. Als je gedrag of de toestand van je huis overeenkomt met de beschrijving dan kan je een kruisje in de kolom "ja" zetten. Indien de beschrijving niet overeenkomt met de toestand in je huis, of met je gedrag dan zet je een kruisje in de kolom "neen". Is de vraag helemaal niet van toepassing op je huis omdat het gewoonweg niet aanwezig is, dan zet je een kruisje in de kolom "heb ik niet".

De resultaten van de checklist dienen zeker niet om je huis te be- of veroordelen. Ze dienen alleen om je aandacht te vestigen op onveilige situaties en onveilig gedrag die aanleiding kunnen geven tot een valpartij.

1. Gang en inkom

		JA	NEEN	HEB IK NIET
A.	Mijn pad, de toegang tot mijn huis ligt effen.			
B.	Ik gebruik de leuning die aan mijn voordeur is bevestigd.			
C.	Mijn deurmat heeft een antisliplaag en kan dus niet wegschuiven.			
D.	Ik steek het licht aan als er te weinig daglicht is.			
E.	Er zijn lichtschakelaars bij alle deuren die uitkomen in de gang.			
F.	Er zijn lichtschakelaars bij alle deuren die uitkomen in de gang.			

2. woonkamer

		JA	NEEN	HEB IK NIET
A.	Al mijn meubelen zijn stevig genoeg zodat ik erop kan leunen indien ik zou struikelen.			
B.	Ik heb mijn meubels zo gezet dat er voldoende ruimte is zodat ik nergens tegenaan kan lopen.			
C.	Ik gebruik voldoende verlichting in de woonkamer zodat ik alles duidelijk kan zien.			
D.	Ik leg onder mijn tapijten een antisliplaag.			

3. Keuken

		JA	NEEN	HEB IK NIET
A.	Ik werk in een goed verlichte keuken.			
B.	Ik gebruik een stabiel opstapje met een leuning.			
C.	Ik doe kasten en schuiven steeds dicht na gebruik zodat ik nergens kan blijven haperen.			
D.	Ik zet het keukengerei dat veel gebruikt wordt in kastjes die makkelijk bereikbaar zijn.			
E.	Ik kuis gemorste etensresten of vloeistoffen op zodat ik er niet over kan uitglijden.			
F.	Ik hou steeds de grond vrij en zet de dingen (fritpot, boodschappentassen…) dus niet op de grond.			

4. Trappen, overloop, zolder en kelder

		JA	NEEN	HEB IK NIET
A.	Ik ga naar boven/naar beneden op een goed verlichte trap.			
B.	Zowel beneden als bovenaan de trap is er een lichtschakelaar.			
C.	Mijn traploper ligt goed vast.			
D.	Ik hou mij steeds vast aan mijn trapleuning als ik de trap gebruik.			
E.	Er liggen geen spullen op de trap die mij verhinderen om veilig de trap op en af te lopen.			
F.	Ik heb zowel aan de eerste als laatste trede een duidelijke fluo-strook aangebracht zodat ik kan zien waar de trap begint en eindigt.			

5. Badkamer

		JA	NEEN	HEB IK NIET
A.	Ik gebruik de handgreep die aangebracht is als steun voor de douche en het bad.			
B.	Ik gebruik het zitbankje in de douche en in het bad			
C.	Zowel in als voor de douche en het bad ligt een antislipmatje.			

6. Toilet

		JA	NEEN	HEB IK NIET
A.	Ik gebruik de handgreep die aangebracht is als steun bij het toilet.			
B.	Voor het toilet ligt een antislipmatje.			
C.	Ik steek steeds het licht aan bij het gebruik van het toilet.			

7. Slaapkamer

		JA	NEEN	HEB IK NIET
A.	Ik doe steeds het licht aan als ik 's nachts naar het toilet ga.			
B.	De lichtschakelaar kan ik makkelijk vanuit het bed bereiken.			
C.	Ik heb onder mijn tapijten een antisliplaag gelegd.			
D.	Vanuit mijn slaapkamer kan ik het toilet makkelijk bereiken.			
E.	Mijn bed staat op de juiste hoogte zodat ik, als ik op de rand van mijn bed ga zitten, net met beide voeten aan de grond kan.			

8. Garage en tuin

		JA	NEEN	HEB IK NIET
A.	Ik ruim onmiddellijk gemorste olie, verf en dergelijke op, zodat ik er niet over kan uitglijden.			
B.	Mijn gereedschap is zo opgeborgen dat het niet kan onderuitschuiven.			
C.	Mijn ladders en opstapjes zijn in goede en stabiele staat.			
D.	Ik onderhoud mijn terras of koertje zodat het niet begroeid is met gras of mos.			

9. Algemeen

		JA	NEEN	HEB IK NIET
A.	Mijn elektriciteitsdraden en verlengkabels zijn goed aan de muur bevestigd.			
B.	Ik doe aangepast schoeisel aan als ik in huis rondloop.			
C.	Ik kan de telefoons op elk verdiep makkelijk bereiken.			
D.	Ik verplaats mij rustig als de telefoon rinkelt.			
E.	Ik heb het telefoonnummer van mijn huisarts en van mijn familielid of buur, naast mijn telefoons gelegd (ook die van boven).			
F.	Ik heb afspraken gemaakt met buren, familie of vrienden bij noodgevallen.			
G.	Ik laat mij regelmatig onderzoeken door mijn huisarts.			
H.	Ik neem mijn geneesmiddelen volgens doktersvoorschrift.			
I.	Ik draag steeds mijn bril indien dat nodig is.			
J.	Ik ben matig met alcohol.			

Nadenken over... je huis en je gedrag thuis

Nadat je met deze checklist je woning bent rondgegaan, heb je misschien een aantal onveilige situaties en gedragingen opgemerkt.

Staan er heel veel kruisjes in de kolom **"ja"**? Wel dan heb je waarschijnlijk een veilige woning en gedraag je je ook echt wel veilig.

Kijk toch ook eens naar de kolom **"neen"**. Staan daar kruisjes in? En welke kruisjes zijn dat juist? De kruisjes in deze kolom willen zeggen dat je een aantal gedragingen stelt die valpartijen kunnen veroorzaken of dat er een aantal onveilige situaties zijn in je huis.

Bij de kruisjes in de kolom **"heb-ik-niet"** moet je even stilstaan of het veranderen van de situatie nodig is om je woning veilig te maken. Een echt doordenkerskolommetje dus.

Tijd om er iets aan te doen? Hoe gaan we dat doen? Wel door jezelf eerst een aantal vragen te stellen en dan een werkplan te maken.

- Wat zou er allemaal moeten veranderen?
- Waar ga ik eerst aan beginnen?
- Wat is eenvoudig op te lossen?
- Wat kan ik zelf veranderen?
- Waarvoor heb ik hulp nodig van anderen?
- Wanneer begin ik eraan?

Blijf op je eigen benen staan

DAT VOELT BETER

VALPREVENTIE.be

vigez

LOGO

Rode Kruis

Een samenwerking van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie,
Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen.
het Rode Kruis en de Logo's (Lokaal Gezondheidsoverleg).

Bijlage 3: Dossier Valpreventie

Dossier Valpreventie

Tijd VPKTijd HA

Klever Mutualiteit

Naam: **Geboortedatum:**

Geslacht: **Aantal consultaties:**

1/ Aanleiding consultatie + Valanamnese ZN

2/ Risicofactoren volgens Praktijkinstrument Val- en Fractuurpreventie

Verpleegkundige

- **Valangst**
  - Heeft u schrik om te vallen?
  - Zijn er dingen die u niet meer doet omdat u bang bent dat u zou kunnen vallen?

- **Zicht**
  - Heeft u moeite bij lezen, tv-kijken, autorijden?
  - Schenkt u soms te veel koffie in een kop of schenkt u er soms naast?
  - Heeft u moeite met het inschatten van een stoeprand, trede of trap?
  - Draagt u een bril? Uw eigen bril?
    Bi-of multifocale bril? Heeft u daar last van? (vb overgang dicht-veraf)
  - Wanneer bent u laatst bij de oogarts geweest om na te gaan of uw bril nog aangepast is?
  - Eerder diagnose bij oogarts?

- **Voeten/schoeisel**
  - Heeft u klachten t.h.v. uw voeten?
  - Loopt u soms wel eens op blote voeten of op uw kousen?
  - Risicohoudend schoeisel?
    (onvast, te klein, te groot, te breed, te smal, open aan achterkant, hak > 2.5 cm,
    gladde zool, antislipzool, geen (stevige) zool…

- **Omgeving en gedrag**
  - Haast u zich soms naar de deurbel of telefoon?
  - Gebruikt u soms een stoel om dingen op hoogte te nemen?
  - Staat u soms 's nachts op zonder het licht aan te steken?

- **Bloeddruk:**
  - Liggend:
  - Staand:

- **Spierkracht – evenwicht – mobiliteit**
  *** Timed Up and Go test:**

HUISARTS

- **Medicatie**
  - Welke Medicatie + OTC?
    ≥4 verschillende = polyfarmacie = valrisico
  - Risicovolle medicatie?
    - Hypnotica, sedativa, anxiolytica
    - Antidepressiva
    - Antipsychotica
    - Cardiovasculaire medicatie
  - Mogelijke interacties?
  - Therapietrouw?

- **Klinisch onderzoek:**
  - Cardiovasculair Onderzoek
    - Pols, BP, Auscultatie
    - Orthostatische hypotensie
  - Orthopedisch Onderzoek
    - Beweeglijkheid gewrichten
    - Stabiliteit knieën
    - Toestand van voeten
  - Neurologisch Onderzoek
  - Screening mentale functies ZN
  - Andere opmerkingen KOZ

3/ Verwijzing noodzakelijk?

- **CKO:**
  Samenvatting verslag:

  Fb-pathologie? (60 sessies: gangrevalidatie + rechtkomen na val)

- **Ergotherapeute: Omgeving en gedrag**

4/ Interventies?

5/ Opmerkingen opvolging

Bijlage 4: Verslag Consultatief Kinesitherapeutisch Onderzoek

Kinesitherapeutisch valevaluatie

<< Klever patiënt >>

Naam therapeut:

1. Timed Up and Go

Hulpmiddel? Nee Ja:

Score? … sec

Opmerkingen evenwicht, gangpatroon, …

2. Four Test Balance Scale (Patiënt mag hulp krijgen om de stand te bereiken)
   a. Parallelle stand ok < 10 sec
   b. Semi-tandem stand ok < 10 sec
   c. Tandem stand ok < 10 sec
   d. Unipodale stand ok < 10 sec

Opmerkingen:

3. Tinetti test (Valrisico score <20)
   a. Score balans: …/16
   b. Score gang: …/12
   c. Totaal: …/28

Opmerkingen:

4. Handknijpkracht

Uitgangshouding: zit, arm naast lichaam (keuze hand), elleboog 90°, pols in dorsiflexie
Patiënt krijgt 3 pogingen.

Beste poging: …… bar (……..kPa) → positief indien < 40 kPa of 0.4 bar

5. F-pathologie

F-pathologie criteria bereikt?

Hulpmiddel aan te raden?

Geplande behandeling/advies?

GANG	Score: /12	
Instructies	De bewoner staat samen met de kinesitherapeut; hij stapt in de gang of in de kamer, eerst aan een gewoon tempo, dan op de terugweg in een snellere maar veilige pas. De bewoner gebruikt eigen hulpmiddelen zoals een stok of een looprek.	
10. Inzetten van gang na startwoord	- aarzeling of verschillende pogingen - zonder aarzeling	0 1
11. Paslengte en hoogte		
Rechts zwaaivoet	- passeert de li standvoet niet - passeert de li standvoet	0 1
	- komt niet los van de grond - komt los van de grond	0 1
Links zwaaivoet	- passeert de re standvoet niet - passeert de re standvoet	0 1
	- komt niet los van de grond - komt los van de grond	0 1
12. Pas symmetrie	- re en li staplengte zijn niet gelijk - re en li staplengte zijn gelijk	0 1
13. Pas continuïteit	- haltes of discontinuïteit tussen passen - passen lijken continu	0 1
14. Afwijkende gang	- opvallende afwijking - middelmatige afwijking of gebruik van loophulp - rechtuit zonder loophulp	0 1 2
15. Romp	- uitgesproken rompbeweging of van gebruik loophulp - geen rompbeweging maar flexie van knieën, rug of spreiding van armen - rechtop zonder loophulp	0 1 2
16. Voetafstand	- hielen uit elkaar - hielen raken mekaar bijna tijdens stappen	0 1

BALANS	Score: /16	
Instructies	De bewoner zit op een harde stoel zonder leuningen, de volgende manoeuvres worden getest.	
1. Zitbalans	- zakt scheef of onderuit - zit stabiel en veilig	0 1
2. Rechtopstaan	- onmogelijk zonder hulp - mogelijk met armsteun - mogelijk zonder armsteun	0 1 2
3. Pogingen tot rechtopstaan	- onmogelijk zonder hulp - mogelijk >1 poging - mogelijk met 1 poging	0 1 2
4. Balans in stand (eerste 5 seconden)	- onstabiel (wankelt, voet- en rompbewegingen) - stabiel met steun (rollator, stok of dergelijke) - stabiel zonder enige steun	0 1 2
5. Balans in stand	- onstabiel - stabiel, voetafstand >10 cm of armsteun - voeten gesloten, zonder steun	0 1 2
6. Duwtje op sternum (3x) (voeten samen)	- begint te wankelen - wankelt maar herstelt zich - stabiel	0 1 2
7. Gesloten ogen (voeten samen)	- onstabiel - stabiel	0 1
8. 360° ronddraaien	- onregelmatige stapjes - regelmatige stapjes	0 1
	- onstabiel (wankelt) - stabiel	0 1
9. Gaan zitten	- onveilig (valt, misrekening afstand) - gebruikt armen - veilige en vloeiende beweging	0 1 2

Bijlage 5: Week van de Valpreventie



Bijlage 6: Goedgekeurd protocol

Formulier : mededeling onderwerp masterproef

Stuur dit formulier ingevuld en voorzien van de nodige handtekeningen naar het ICHO-secretariaat vóór 1 december (of vóór 1 juni in geval van start opleiding in februari/maart)

Naam haio: Eline Allegaert

Haio's waarmee ik zal **samenwerken**: /

Titel van het project :

De haalbaarheid van de implementatie van het praktijkinstrument Valpreventie van Domus Medica in de huisartsenpraktijk.

Type onderzoek (aankruisen wat past):

- Kwaliteitsverbeterproject
- Kwalitatief onderzoek of kwantitatieve research
- Systematisch literatuuronderzoek
- Duodecim-project

Achtergrond/Aanleiding:

Binnen de thuiswonende populatie ouder dan 65 jaar, valt één op drie ouderen minstens een maal per jaar. Dit neemt zelfs toe met de leeftijd. Het vallen heeft een belangrijke impact op bio-psycho-sociaal vlak. De helft van de valincidenten gaat gepaard met een klein letsel. Bij tien tot vijftien procent gaat het om een ernstig letsel, zoals een heupfractuur. Eén op drie van de patiënten met een heupfractuur overlijdt binnen het jaar. Ook de daaropvolgende tien jaar blijft er een verhoogde kans op overlijden. Bovendien kan valangst het leven van de oudere gaan domineren. Zo worden vele activiteiten stopgezet, wat tot sociale isolatie, depressie en zelfs een verhoogd valrisico kan leiden. De valproblematiek heeft ook een belangrijke maatschappelijke kost. Bijvoorbeeld: Haentjens et al. (2005) berekenden dat patiënten met een heupfractuur voor een bijkomende kost zorgen die oplopen tot 15.000 euro in het jaar volgend op de fractuur, dit in vergelijking met ouderen zonder een heupfractuur *(1-4)*.

Er werden reeds interne en externe risicofactoren aangetoond *(5-8)*. Bij een multifactoriële evaluatie en een multifactoriële interventie op zeven verschillende niveaus, kan een reductie van 25 tot 40 % in valfrequentie bekomen worden, mits goede therapietrouw. Deze niveaus betreffen evenwicht, spierkracht en mobiliteit; medicatie; orthostatische hypotensie; zicht; voeten en schoeisel; omgeving en gedrag; en valangst *(1,9)*.

In het verleden werden reeds verschillende richtlijnen ontwikkeld: 'Valpreventie bij thuiswonende ouderen: Praktijkrichtlijn voor Vlaanderen' van het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen *(1)*, NICE richtlijn: 'Falls in older people: assessing risk and prevention' *(9)*, EBMpracticenet 'Vallen bij Ouderen' *(3)*, American Geriatric Society: 'Guideline for the prevention of falls in older persons' *(8)*, …
Recent verscheen door samenwerking van het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen met Domus Medica het praktijkinstrument Val- en Fractuurpreventie. Dit praktijk instrument moet een leidraad zijn voor huisartsen, maar ook voor verpleegkundigen, ergotherapeuten en kinesitherapeuten in de thuiszorg om aan effectieve val- en fractuurpreventie te doen *(10)*.

Het Expertisecentrum Val- en Fractuurpreventie organiseert dit jaar Train-the-trainer sessies om dit instrument te implementeren in de praktijk. Gemotiveerde huisartsen zullen getraind worden om het praktijkinstrument toe te passen; en op hun beurt andere huisartsen op te leiden.

In mijn masterproef wil ik nagaan in hoeverre de implementatie van het praktijkinstrument Val- en Fractuurpreventie van Domus Medica haalbaar is.

(1) Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen.

www.valpreventie.be/zorgverlener/valpreventiebijthuiswonendeouderen/praktijkrichtlijn.aspx (Laatst geraadpleegd op 14/11/2015)
(2) Evitt CP, Quigley PA. Fear of falling in older adults: A guide to its prevalence, risk factors and consequences. Rehabilitation Nursing 2004, 29: 207-210.
(3) Vallen bij Ouderen: Duodecimrichtlijn. https://www.ebmpracticenet.be/nl/Paginas/default.aspx?ebmid=ebm00478 (Laatst geraadpleegd op 14/11/2015). Maritta Salonoja. Article ID: ebm00478(022.001). Duodecim Medical Publications Ltd.
(4) Haentjens P, Lamraski G, Boonen S. Costs and consequences of hip fracture occurrence in old age: An economic perspective. Disability and Rehabilitation 2005, 27: 1129-1141.
(5) Ganz DA, Bao Y, Shekelle PG, Rubenstein LZ. Will my patient fall? JAMA 2007, 297(1): 77-86.
(6) Phelan EA, Mahoney JE, Voit JC, Stevens JA. Assessment and management of fall risk in primary care settings. Med Clin North Am 2015, 99(2): 281-293
(7) Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. N Engl J Med 1988, 319(26): 1701-1707
(8) American Geriatrics Society, British Geriactrics Society, American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. J Am Geriatr Soc 2001, 49(5):664-672.
(9) National Institute for Clinical Excellence (NICE). Clinical Guideline 161, Falls in older people: assessing risk and prevention. 2013. http://www.nice.org.uk/guidance/cg161 (Laatst geraadpleegd op 14/11/15).
(10) Wertelaers A, Baeten R, Vandeput O, Tessier J, Deconinck L, et al. Praktijkinstrumenten Val- en Fractuurpreventie. Domus Medica vzw 2015.

Concrete vraagstelling:

- Is de implementatie van het praktijkinstrument Val- en Fractuurpreventie haalbaar bij thuiswonende ouderen in de huisartsensetting?
- Wat zijn de bevorderende en de belemmerende factoren van het praktijkinstrument? Wat zijn hiervan de oorzaken? (patiënt-/arts/structuur-/proces-/… gebonden?)
- Hoeveel tijd spendeert de huisarts gemiddeld aan de implementatie van dit praktijkinstrument?

Geplande methode:

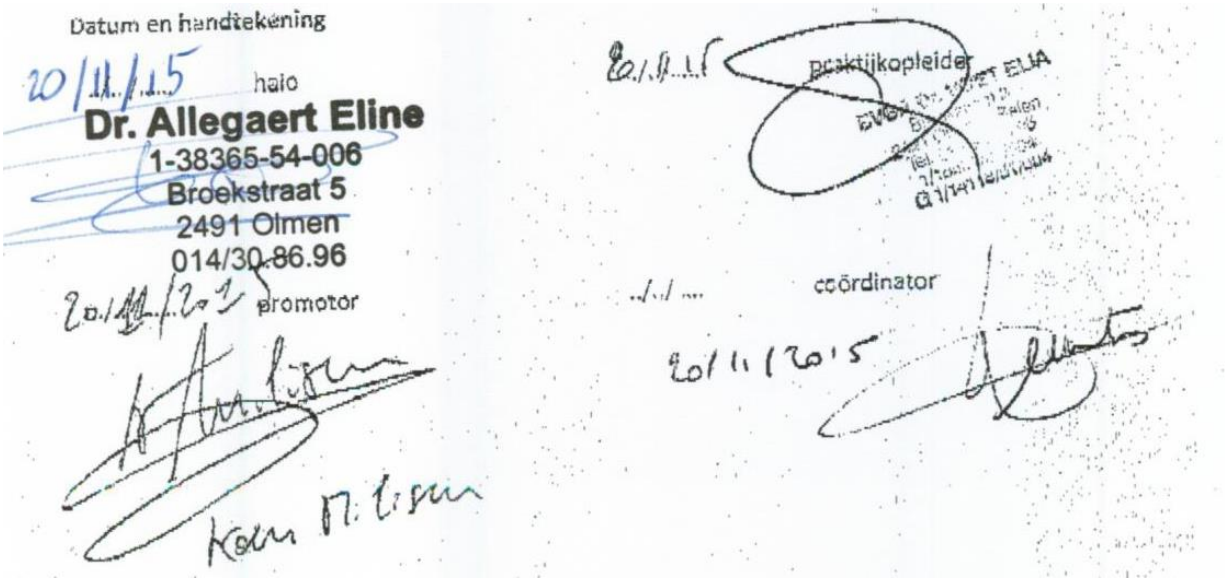
Na het doornemen van de verschillende richtlijnen over valpreventie om de valproblematiek en de mogelijkheden van valpreventie te kunnen kaderen, zal ik de Train-the-trainer sessies bijwonen. De andere aanwezige artsen breng ik van mijn masterproef op de hoogte.
Ik stel een vragenlijst op aan de hand van het praktijkinstrument valpreventie om te registreren wat per consult wel en niet bereikt wordt. Tijdens de registratieperiode zal ikzelf, en hopelijk een aantal van deze gemotiveerde artsen, bij elke consultatie van een patiënt die voldoet aan de inclusiecriteria deze vragenlijst doorlopen.

Inclusiecriteria:
- Patiënt > 65 jaar
- Patiënt komt zelf op de raadpleging
- Thuiswonend
- Cognitief intact

Exclusiecriteria:
- Patiënten op huisbezoek
- Immobiele patiënten
- Terminale patiënten
- Cognitief beperkte patiënten
- Wonend in de residentiële setting, serviceflats…

Het praktijkinstrument is een soort flow-chart, en deze structuur zal behouden worden in de opbouw van de vragenlijst. Met deze vragenlijst zal worden nagegaan welke onderdelen van het praktijkinstrument kunnen worden doorlopen, en welke onderdelen niet worden toegepast. Zo zullen bevorderende en belemmerende factoren worden opgespoord: wat verloopt goed, waar loopt het vast? Gezien de registratie per consult zal gebeuren, kan zo ook nagegaan worden hoeveel raadplegingen de arts gemiddeld spendeert aan dit praktijkinstrument.

De resultaten van deze registratie zullen dan worden geëvalueerd en besproken met de betrokken huisartsen, om zo een antwoord te kunnen geven op de vooropgestelde onderzoeksvragen.



Bijlage 7: Gunstig advies Ethische Commissie

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "De haalbaarheid van de implementatie van het praktijkinstrument Valpreventie van Domus Medica in de huisartsenpraktijk." onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "De haalbaarheid van de implementatie van het praktijkinstrument Valpreventie van Domus Medica in de huisartsenpraktijk." and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Informatie- en toestemmingsformulier ontbreekt, gelieve nog toe te voegen.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)